

# ZIEN, BEWOGEN WORDEN, IN BEWEGING KOMEN

Rede, uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar *Mensen met een verstandelijke beperking: Psychopathologie en behandeling* en bijzonder hoogleraar *Beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog* aan Tilburg University op 17 juni 2011 door Prof.dr. Petri Embregts.

© Petri Embregts, Tilburg University, 2011  
ISBN: 978-94-61670-42-7

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

[www.tilburguniversity.edu/nl](http://www.tilburguniversity.edu/nl)

Mijnheer de rector magnificus,  
zeer gewaardeerde toehoorders,

U bent vandaag bij de oratie van de leerstoel *Mensen met een verstandelijke beperking: Psychopathologie en behandeling* en de leerstoel *Beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog*. Twee afzonderlijke leerstoelen op het eerste oog. Echter, bij een nadere analyse zijn het twee leerstoelen die beide gericht zijn op het optimaliseren van kwaliteit van zorg, kwaliteit van hulpverlening en dus kwaliteit van leven van tijdelijk of langdurig kwetsbare medemensen, soms cliënten, en soms patiënten genoemd. De wijze waarop we als mens naar andere mensen kijken bepaalt in belangrijke mate hoe we ons opstellen, of we ons door hen laten raken, en wat onze beweegredenen zijn in de omgang. In de hulpverlening is het niet anders; onze kijk op mensen met hulpvragen bepaalt in belangrijke mate de manier waarop vorm wordt gegeven aan hulp en ondersteuning. Een opvatting over hulpverlening zonder dat er echt goed wordt gezien, zonder dat men zich echt wil laten raken door de behoeften van zowel de cliënt als de hulpverlener, zal niet resulteren in beweging. Ik hoop U met mijn betoog duidelijk te maken dat beweging een gevolg is van het geraakt zijn door eerst en vooral in medemenselijke relatie met elkaar te staan als basis voor groei en ontwikkeling, als basis voor het nieuwe en zo gewenste perspectief van de hulpvrager en zijn hulpverlener. De kwaliteit van de hulpverlening aan kwetsbare medemensen meer laten zijn dan de som der delen kan realiteit worden door op verschillende manieren verbinding te zoeken: de verbinding tussen hulpverleners, cliënten en cliëntsystemen, maar ook de verbinding tussen praktijk, opleiden en onderzoek. Vanuit het perspectief van beide leerstoelen betekent dit het ontwikkelen en delen van kennis ten dienste van *het zien, het bewogen worden en in beweging komen* van hulpverleners, opleiders en onderzoekers. Ik wil u in mijn betoog vandaag meenemen in deze zienswijze.

**Zien** Kwaliteit van zorg vindt in zijn meest wezenlijke vorm plaats in een betekenisvolle, goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlener. Dit uitgangspunt wordt onderbouwd door de resultaten van een onderzoek dat we onlangs uit hebben gevoerd bij mensen met een licht verstandelijke beperking.<sup>1</sup> Centraal stond de vraag aan de cliënt: Wat vind jij belangrijk aan een hulpverlener? Mensen met een verstandelijke beperking benadrukken het belang van interesse tonen, complimenten geven, grenzen accepteren, aandachtig luisteren, de cliënt vertrouwen geven en de cliënt accepteren en respecteren. ‘Even bijkletsen’ om te weten wat er speelt in het leven van een cliënt laat volgens mensen met een licht verstandelijke beperking zien dat een hulpverlener geïnteresseerd is. Maar interesse

tonen is alleen van waarde als de hulpverlener tijd en ruimte vrijmaakt om aandachtig naar een verhaal te luisteren. Mensen met een verstandelijke beperking geven in dit onderzoek aan dat acceptatie en respect zichtbaar wordt wanneer zij persoonlijk benaderd worden; “niet zakelijk of vanuit een boekje”. Ze willen als mens gezien worden: “niet dat verstandelijk gehandicapt gedoe. Ik ben *mens*”. Ook ouders van mensen met een ernstig verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen vinden het belangrijk dat de begeleider hun kind als mens ziet, “dat hij zich echt inleeft en dat hij mijn kind niet als een object ziet, maar hem als mens beschouwt.” Ouders willen vooral *sámen* met begeleiders de zorg voor hun kind vormgeven. Informatie-uitwisseling, betrokkenheid en oprechte dialoog lijken hierin dé bouwstenen om optimale afstemming te realiseren.<sup>2</sup> De ander als mens zien, dat is wat ook hulpverleners zelf erg belangrijk vinden.<sup>3</sup> Hulpverleners willen er zijn voor een cliënt, hetgeen volgens henzelf inhoudt dat cliënten bij de hulpverlener terecht kunnen, dat de hulpverlener aandacht geeft en dat cliënten een onbevooroordeeld, luisterend oor bij de hulpverlener vinden. De betrokkenheid van hulpverleners is groot en men wil vaak iets voor anderen betekenen, mensen helpen of terzijde staan. Of zoals een hulpverlener zegt: “Ik ben absoluut geen type dat de hele dag op kantoor gaat zitten. Ik ben heel graag met mensen bezig, help mensen graag, maar voel me daar ook geen Florence Nightingale in of zo. Dat is overdreven. Ik voel me wel heel verwant met mensen, ik wil iets voor hen betekenen”.

Cliënten en hun hulpverleners willen dus met elkaar in medemenselijke relatie staan. Dit zou goed moeten kunnen aansluiten bij het gegeven dat de laatste tien jaar de zorg meer en meer is ingericht vanuit de maatschappelijke opvatting dat zorg en ondersteuning beter moeten worden afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de cliënten. Geheel in lijn met deze veranderingen in opvattingen over zorg(relaties) zien we dat cliënten met een verstandelijke beperking ‘burger’ zijn gaan heten, die als gelijkwaardig worden gezien, die het recht hebben om te kiezen en die gebruik moeten kunnen maken van gemeenschappelijke voorzieningen.<sup>4</sup> Het burgerschapsparadigma is leidend geworden in de huidige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het proces van empowerment van mensen met een beperking wordt als gevolg hiervan sterk gestimuleerd. Empowerment heeft niet alleen betekenis voor cliënten, maar is tevens van directe invloed op de rol-opvatting van de professional. Empowerment van cliënten betekent het ontwikkelen van vaardigheden die leiden tot een toename van zelfbewustzijn en zelfbepaling bij cliënten zelf. Uitgaan van dromen en wensen van cliënten, uitgaan van partnerschap en gelijkwaardigheid betekent echter ook een verandering in rol-opvatting van hulpverleners en de wijze waarop de relatie vorm krijgt (zie Figuur 1). Van Regenmortel definieert empowerment als een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving door het verwerven van controle,

het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie.<sup>5</sup> Bij empowerende hulpverlening wordt de ‘menselijke maat’ ingebracht en wordt gestreefd naar volwaardig burgerschap voor iedereen.<sup>6</sup> Samenwerking en partnerschap tussen cliënten en hulpverleners zijn sleutelwoorden in het empoweren van cliënten die tijdelijk of langdurig afhankelijk zijn van hulpverleners. Meestal wordt een driedeling gemaakt in persoonlijke of psychologische empowerment, sociale of organisatie empowerment en politieke of structurele empowerment.<sup>7,8</sup> Bij persoonlijke empowerment gaat het om het ontwikkelen van vaardigheden die leiden tot een toename van zelfbewustzijn, zelfvertrouwen en zelfbepaling. De persoon dient zijn eigen kwaliteiten aan te spreken. Jacobs, Braakman en Houweling spreken in dit verband van ‘power from within’ (kracht van binnenuit).<sup>9</sup> Sociale empowerment, ook wel het niveau van de organisatie genoemd, richt zich op het collectief.<sup>10</sup> Het gaat om het aanwenden van krachtbronnen uit de eigen omgeving. Hierbij is te denken aan sociale steun van familie, vrienden en burens, maar ook aan maatschappelijke diensten als kerkelijke instanties. Jacobs e.a. spreken hier van ‘power with’.<sup>9</sup> Samen met anderen wordt naar bepaalde doelen gestreefd. Bij politieke of structurele empowerment gaat het om het door willen voeren van veranderingen op gebieden die niet alleen over het eigen leven gaan, maar veel breder zijn dan dat, zoals het willen veranderen van oordelen. Jacobs e.a. spreken hier van ‘power to’.<sup>9</sup> Belangrijk is dat deze drie niveaus met elkaar verbonden zijn, hetgeen de interactieve aard van empowerment laat zien; personen, netwerken en samenlevingen worden bekeken in hun context. Hierin is een parallel te zien met de theoretische stroming van Positive Behavior Support (PBS), die in de uitwerking concreet aandacht heeft voor (a) wie het proces bewaakt, (b) wie aanwezig is bij de planning, (c) de tijd die genomen wordt om te luisteren naar en bouwen aan prestaties, sterke punten en visie, (d) het proces om te achterhalen wat belangrijk is voor de vorm en uitkomsten van de ondersteuning, en (e) de ontwikkeling van een actieplan dat leidt tot echte veranderingen in het leven van de persoon die de ondersteuning krijgt. Ook benadrukken de grondleggers van PBS het belang van samenwerking om wensen en dromen van cliënten te realiseren waarbij het natuurlijke netwerk van de cliënt (ouders, vrienden, broers, zussen) als partner wordt gezien.<sup>11</sup> De wensen en dromen van cliënten, naast het principe van gelijkwaardigheid, zouden het uitgangspunt moeten zijn in de interactie tussen hulpverlener en cliënt. Is dat ook zo? Onderzoekers kunnen een bijdrage leveren aan het beantwoorden van deze vraag door de kwaliteit en het verloop van interacties tussen cliënten en hulpverleners te bestuderen. Promovenda Ellen Reuzel gaat bijvoorbeeld na in welke mate cliënten en hulpverleners in een gesprek op elkaar afstemmen, zodat een zo goed mogelijk beeld wordt verkregen van ondersteuningsvragen van cliënten. Zij maakt onder andere gebruik van video-analyses. De resultaten van een eerste studie maken duidelijk dat begeleiders over het algemeen dominanter zijn dan cliënten, maar dat dit verschil gering is. Wel blijken ze andere strategieën te hanteren om invloed te houden op het

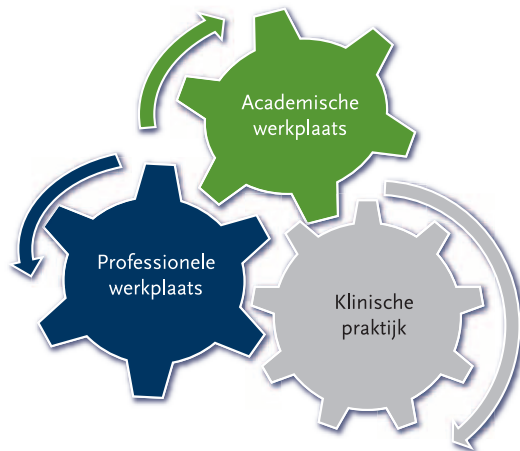
gesprek. Begeleiders stellen veel vragen en houden monologen. Het houden van monologen is tegelijkertijd ook een strategie van cliënten om invloed te houden op het gesprek, evenals het negeren van hetgeen de begeleider heeft gezegd.<sup>12</sup> Deze bevindingen zijn van belang voor de ontwikkeling van trainingsprogramma's om cliënten en hulpverleners op meer adequate wijze met elkaar in verbinding te laten komen opdat ondersteuning daadwerkelijk afgestemd gaat worden op de wensen en mogelijkheden van cliënten.

We zien dat het burgerschapspaaradigma niet alleen heeft geleid tot ingrijpende veranderingen in de organisatie van zorg (zo nemen ambulante wonen en begeleid wonen in de wijk een hoge vlucht), maar dus ook tot veranderingen in de rolopvatting van hulpverleners.<sup>13</sup> Een van de meer nadrukkelijke taken van een hulpverlener is het ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het leggen en onderhouden van contacten en het betrekken van de sociale omgeving van de cliënt. De hulpverlener moet in staat zijn een sociaal netwerk op te bouwen en er mee samen te werken, waardoor de cliënt minder afhankelijk wordt van het professionele circuit,<sup>14</sup> en ook op sociaal niveau empowerment plaatsvindt. Ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die sinds 2007 van kracht is, zet sterk in op informele zorg vanuit het sociale netwerk van de cliënt en vrijwilligerswerk; pas als de eigen oplossingen ontoereikend zijn en het persoonlijke sociale netwerk onvoldoende ondersteuning kan bieden bij het zelf vorm en inhoud geven aan het bestaan, kunnen mensen met een zorgvraag een beroep doen op hulpverleners.<sup>15,16</sup> Dit vraagt van hulpverleners dat zij, naast het luisteren naar de wens en vraag van cliënten ten aanzien van het netwerk, ook signaleren wat de cliënt nodig heeft op dit gebied. Zeker wanneer er sprake is van een meervoudige problematiek (licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen of psychopathologie) blijkt het in de praktijk complex om hier ook vorm aan te geven. Promovenda Ida van Asselt-Goverts richt zich op dit onderwerp en is nagegaan op welke manier professionals op dit moment de sociale netwerken van jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking in kaart brengen, betrekken, versterken en uitbreiden. Uit haar eerste deelonderzoek blijkt dat licht verstandelijk beperkte cliënten met gedragsproblemen of psychopathologie anders aankijken tegen het belang en de mogelijkheden van hun netwerk.<sup>17</sup> Dit levert soms een spanningsveld op tussen terughoudendheid en ingrijpen, maar wijst ons ook op het belang aan te sluiten bij een cliënt en hem of haar vanuit partnerschap te motiveren voor dat wat nodig is voor zijn of haar welzijn.<sup>4</sup> Ook blijkt uit de resultaten dat hulpmiddelen voor het in kaart brengen van sociale netwerken weliswaar bekend zijn, maar op meer systematische wijze in kaart kunnen worden gebracht.

**Bewogen worden** Graag wil ik mijn beide leeropdrachten beschouwen in het perspectief van het “*in beweging komen*”. Wat brengt mensen nu eigenlijk in beweging? Behalve dat we zien dat de context van zorg- en hulpverlening is veranderd, is ook de rolopvatting en de opstelling van de hulpverlener veranderd. Een noodzakelijke beweging, maar is het “een in beweging komen” doordat men “*bewogen is geraakt*”? Hoe verankeren we bewogenheid in beweging? Daartoe wil ik de medemenselijke relatie als uitgangspunt van zorg achtereenvolgens vanuit de zorgethiek, het onderzoek en het opleiden belichten (zie figuur 1). De mogelijkheden om deze bevindingen uit te bouwen door kennis te ontwikkelen en te delen, worden nader toe gelicht onder het kopje *In beweging komen*.

Het “zien” van hulpvragers als burgers die recht hebben op volwaardig burgerschap en de geconstateerde behoefte om vanuit een gelijkwaardige relatie zorg te bieden, heeft er inderdaad toe geleid dat de taken en verantwoordelijkheden van (toekomstige) hulpverleners in beweging komen. De afgelopen jaren wordt expliciet de vraag gesteld welke competenties nodig zijn om aan de veranderende hulpvraag van cliënten te beantwoorden.<sup>14,18,19,20</sup> Tot nu toe wordt een antwoord op deze vraag vooral gegeven in de oprichting van beroepsregisters met hoge eisen voor alle beroepsbeoefenaren, in het opstellen van duidelijke richtlijnen en protocollen, maar ook in het formuleren van opleidings- en competentieprofielen. Deze profielen zijn sterk functioneel en kunnen worden omschreven in werkopdrachten en taaklasten. Opleidingen hebben criteria geformuleerd in termen van toetsbaar, meetbaar en objectief waarneembaar kerngedrag. De richtlijnen en procedures dienen de professionalisering van interventies, maar hangen ook samen met het inperken van aansprakelijkheid en willekeur en met de noodzaak om transparant te werken.<sup>21</sup> Binnen de zorgethiek zijn signalen zichtbaar om te komen tot een beweging, die de professionele zorgbeoefening juist niet wil baseren op zorgverrichtingen maar juist op zorgrelaties, vanuit het kader van menslievendheid.<sup>13,22,23,24</sup> In de theorie van menslievende zorg is het versterken van relationele banden constitutief voor goede zorg. Een menslievende houding wordt gekenmerkt door vakkundigheid, ingebed in medemenselijke betrokkenheid. Verrichtingen als diagnoses stellen en behandelen gebeurt in een ruimer kader van de menselijke betrekking waarin de professional probeert iemand bij te staan. Dit laatste gebeurt vanuit menslievendheid en aandachtige betrokkenheid: betrokkenheid en bereidheid om kennis en kunde iedere dag opnieuw aan te wenden voor wie dan ook.<sup>23</sup> Professionaliteit op basis van menslievendheid is zorgen voor de ander op basis van een medemenselijke betrekking; het is praktisch inspelen op iemands afhankelijkheid. Vanuit de zorgethiek is de laatste jaren gewezen op de schijnbare autonomie van mensen die afhankelijk zijn van zorg, maar als klant worden aangesproken. Het is de vraag of de term zorg- of hulpvraag niet misleidend is: mensen met een zorg- of hulpvraag hebben een zorgbehoefte, omdat ze afhankelijk zijn. Iemand die zorgafhankelijk is, is een kwets-

bare medemens en geen autonome klant. Professionals lijken te worden geïnstrueerd om louter op hulpvragen te reageren. En precies daar zit m.i. een probleem, want alleen een verbale, cognitief te beredeneren hulpvraag wordt vaak als geldig erkend. Maar vaak is een 'goed gesprek' onvoldoende en dient het aflezen plaats te vinden in de relatie. Om de zorgsituatie in alle helderheid te analyseren, is het tijd voor minder aandacht voor beheersbaarheid en meer aandacht voor het hulpverleningsproces. We kunnen in deze zorgsituatie onderscheid maken in: aandacht (om zorg te 'zien'), verantwoordelijkheid (om zich aangesproken te voelen en bewogen te worden), en competentie (om in beweging te kunnen komen). Aandacht voor de medemenselijke relatie binnen de hulpverlening kan door zorgethiek toe te passen. Dit betekent dat we patronen van betrokkenheid onderzoeken, interacties onder de loep nemen, de betekenis van gevoelsmatige binding meewegen en niet uitzonderlijke situaties aangrijpen voor nieuwe regelgeving of beleid. Menslievende professionaliteit is gebouwd op het mededogen van een hulpverlener die geraakt is en in beweging komt, en op de interesse en het plezier van mensen in mensen.<sup>25</sup> Niet alleen de ander zien, maar dus ook geraakt en bewogen worden. Die innerlijke motivatie en gedrevenheid van hulpverleners, ingegeven door het verbindende karakter van de zorgrelatie, komt ten gevolge van de verzakelijking in de zorg en de individualisering in onze cultuur steeds verder onder druk te staan.<sup>22,23,26</sup> Ook bestaat het risico dat er voor de morele en existentiële kenmerken van de hulpverlener zélf, zoals inventiviteit, creativiteit en eigen beslissingsruimte, steeds minder ruimte is, wat verlies van motivatie en afname van arbeidssatisfactie tot gevolg heeft.<sup>27</sup> Creatief denken, flexibel en inventief zijn en handelen baseren op intuïtie en gevoel, zijn voor de begeleiders juist manieren om op hun eigen manier invulling te geven aan menslievende zorg en om te ontsnappen aan de aanspraak van transparantie die op de moderne professional wordt gedaan.<sup>3</sup>



Figuur 1. Verbinding praktijk, opleiden en onderzoek

Wat betekent dit voor de beroepsuitoefening van hulpverleners in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking? In Nederland werken hulpverleners vanuit veel verschillende beroepsgroepen: verpleegkundigen, begeleiders, maatschappelijk werkers, therapeuten, artsen, orthopedagogen en GZ-psychologen. Van deze hulpverleners wordt bekwaam en betrokken handelen verwacht. Het is van belang de vraag te stellen of we tot een goede hulpverlener iemand rekenen die louter vaktechnische kwaliteiten laat zien of juist iemand die ook zijn persoonlijke kwaliteiten in kan zetten? Kennis en vaardigheden kunnen we toetsen en op relatief eenvoudige wijze trainen; attitude en persoonlijkheidskenmerken zijn lastiger te evalueren en te beïnvloeden. Echter, wanneer we uitgaan van de relatie en de persoonlijke betrekking tussen de hulpverlener en een mens die zorgafhankelijk is, dan zijn het vooral deze kwaliteiten die van invloed zijn op contact maken, afstemmen op de ander, een betrekking of relatie aangaan en deze onderhouden. De competente hulpverlener zal van alle competentiegebieden gebruik moeten maken om uit te groeien tot een bekwaam en betrokken hulpverlener. Graag licht ik dit toe aan de hand van twee belangrijke beroepsgroepen in de zorg- en hulpverlening. Allereerst ga ik in op de begeleiders of ondersteuners in het primaire proces en daarna op de behandelaren, GZ-psychologen, de cultuurdragers van een organisatie. Het is evident dat het in de eerste plaats begeleiders zijn die voor cliënten en hun verwanten het gezicht van de hulpverlening zijn; met hen hebben zij in het dagelijks leven te maken. De wijze waarop zij vorm geven aan hun relatie met de cliënt is van doorslaggevend belang voor de kwaliteit van de zorg en de beleving van die zorg. Bijzonder in mijn aandachtsgebied staan begeleiders en behandelaren die omgaan met mensen met verstandelijke beperking en complexe hulpvragen; van hen worden specifieke kwaliteiten en vaardigheden gevraagd teneinde zowel in medemenselijke relatie met de cliënt te staan als intentioneel te handelen om een beter perspectief voor deze cliënten te realiseren.

Deze hulpverleners staan voor een grote uitdaging. Mensen met een verstandelijke beperking lopen immers een groter risico op de ontwikkeling van psychopathologie en gedragsproblemen dan hun niet verstandelijk beperkte leeftijdsgenoten; veelal wordt gesproken over een kans die drie tot vier keer zo groot is.<sup>28</sup> Longitudinaal onderzoek van Einfeld e.a. maakt tevens duidelijk dat de kans dat deze problemen spontaan verminderen niet groot is.<sup>28</sup> Kinderen die op jonge leeftijd problemen hadden, hadden dat veelal ook nog op volwassen leeftijd. Er is sprake van psychopathologie als de intensiteit en frequentie van bepaalde, met elkaar optredende gedrags- en emotionele problemen afwijkend zijn. Het dagelijks functioneren van de persoon wordt hierdoor aanzienlijk belemmerd.<sup>29</sup> De complexe hulpvragen van mensen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen spelen zich vaak af op het grensvlak van psychiatrie, justitie, verslavingszorg en gehandicaptenzorg en kunnen slechts moeizaam in ons bestaande zorgaanbod beantwoord worden.<sup>30</sup> De groep die het niet redt zijn mensen met, naast het lagere IQ, ernstige,

bijkomende problemen, zoals verslaving en criminaliteit. Vaak hebben zij geen aangepast werk of dagbesteding en doen zij minder snel een beroep op hulp uit angst voor bemoeizucht. Daarnaast veroorzaakt deze doelgroep veel maatschappelijke overlast. Een andere beweging zal nodig zijn om te komen tot een meer preventieve aanpak van problemen van deze groep kwetsbare mensen, gericht op het voorkomen en verminderen van (beginnende) psychische- en gedragsproblemen en de verlichting van de (maatschappelijke) gevolgen van bestaande problematiek. Meta-analyses binnen de GGZ tonen aan dat met een preventieve aanpak een afname van symptomen op het gebied van depressie, angst, stress en probleemgedrag bereikt kan worden van 25%. Dit effect is vergelijkbaar met de resultaten van psychologische, educatieve en gedragsmatige behandelingen.<sup>31</sup> Preventieonderzoek kan een belangrijke bijdrage leveren in het kader van de verhoogde prevalentie, de complexer wordende maatschappij en het zoeken naar aansluitende hulpvormen. Preventie betekent dus ook meer samenwerking tussen sectoren die allen met mensen met een licht verstandelijke beperking te maken hebben.

Om te werken aan preventieve interventies is het van belang zicht te hebben op factoren die verantwoordelijk zijn voor dit verhoogde risico op psychopathologie. Naast biologische factoren, zijn er ook risicofactoren te onderscheiden die buiten het individu liggen. Wanneer er binnen een gezin veel problemen zijn, ouderlijke stress of dysfunctioneren, of wanneer een licht verstandelijk beperkte jongere ingrijpende levensgebeurtenissen meemaakt, verhoogt dit eveneens de kans op psychopathologie.<sup>29,32</sup> En ook de plaats waar iemand woont heeft invloed op het ontwikkelen van psychopathologie:<sup>33</sup> Wanneer een persoon niet in een gezinssituatie woont, maar bijvoorbeeld in een woongroep, heeft hij een groter risico op het ontwikkelen van psychopathologie dan wanneer hij thuis, of in een vergelijkbare situatie, zou wonen. De belangrijke rol die de hulpverleners in het primaire proces, de begeleiders of ondersteuners, hierin kunnen spelen is evident en wordt ook door de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderkend.<sup>34</sup> Zij zouden de gevraagde ondersteuning moeten bieden en zorgorganisaties moeten hiertoe voorwaarden scheppen en eisen aan het handelen stellen: wordt er wel gehandeld conform de richtlijnen? Uiteraard zijn dit aspecten die de kwaliteit van zorg bepalen, maar er is meer onderzoek nodig om na te gaan hoe we juist bij deze doelgroep een betekenisvolle, goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlener kunnen realiseren, daar waar gezien de complexiteit van zorgvragen ook zeer intentioneel gehandeld moet worden door hulpverleners. Graag richt ik me in dit deel van mijn oratie op onderzoek dat zich hier mee bezig houdt.

We kunnen allereerst onderzoek onderscheiden dat zich gefocust heeft op daadwerkelijk gedrag van begeleiders. Zo is er onderzoek dat duidelijk maakt dat de manier waarop begeleiders omgaan met behandelafspraken, hun houding en de wijze waarop zij com-

municeren met mensen met een verstandelijke beperking van invloed is op de ontwikkeling en het voortduren van gedragsproblemen.<sup>35,36</sup> Binnen de theoretische stroming van het Organisational Behavior Management zijn verschillende procedures ontwikkeld om gedrag en handelen van begeleiders effectief te beïnvloeden. Deze procedures zijn onder te verdelen in antecedente en consequente procedures, zelfmanagement procedures en combinaties van deze procedures. Antecedente procedures, zoals instructie en rollenspel, bestaan uit het geven van informatie en worden uitgevoerd voordat gedrag kan optreden. Hierbij kunnen we denken aan een duidelijke beschrijving van taken en verantwoordelijkheden, zodat iedere professional weet wat van hem verwacht wordt. De professional krijgt eerst uitleg en wordt geïnstrueerd in de uitvoering van bijvoorbeeld een sociale vaardigheidstraining en/of hij oefent in een rollenspel voordat de training daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Consequente procedures worden juist uitgevoerd na het vertonen van bepaald gedrag, bijvoorbeeld het geven van complimenten of corrigerende feedback. Bij zelfmanagement, ten slotte, wordt gedrag van begeleiders beïnvloed door procedures waarbij de begeleider zijn of haar eigen gedrag identificeert en controleert. Zelfmanagement vindt bijvoorbeeld plaats wanneer de professional zelfregistratielijsten invult over bepaalde handelingen na afronding van een dienst. Het is van belang dat er gebruik wordt gemaakt van interactieve technieken. Actieve deelname door studenten of begeleiders aan een training resulteert namelijk in grotere gedragsveranderingen dan passieve deelname.<sup>37</sup> Gedragsverandering bij begeleiders is het grootst gebleken wanneer antecedente technieken gecombineerd worden met consequente technieken als inhoudelijke, directe of videofeedback.<sup>38</sup> Met name het geven van feedback aan begeleiders is zeer effectief in het realiseren van gedragsveranderingen. Het gebruik van feedback hebben we in een reeks van onderzoeken uitgewerkt door begeleiders videofeedback te geven over hun begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking.<sup>39,40,41</sup> Door op interactieve wijze met begeleiders naar video-opnamen te kijken en deze te bespreken, werd er adequater gehandeld. Uit het onderzoek van Embregts bleek echter ook dat er met betrekking tot effectiviteit van de interventie grote individuele verschillen bestaan.<sup>40</sup> Begeleiders profiteerden niet allemaal evenveel van een videofeedbacktraining. Niet iedereen kwam evenveel in beweging zou je kunnen zeggen. De vraag die ik me heb gesteld was waarom we niet meer mensen in beweging konden krijgen. Hoe kwam het dat niet meer mensen bewogen raakten? Een van onze veronderstellingen was dat persoonlijke kenmerken invloed hadden op de effectiviteit van een dergelijke training. Het concept van emotionele intelligentie is een belangrijk construct dat niet eerder is meegenomen in trainingen die gericht zijn op de verbetering van het gedrag van begeleiders. Emotionele intelligentie wordt beschreven als emotionele, persoonlijke en sociale capaciteiten en vaardigheden die de manier waarop individuen met eisen en druk vanuit de omgeving omgaan beïnvloeden.<sup>42</sup> Het gaat bij emotionele intelligentie vooral om een persoonlijke stijl, een bepaalde



manier waarop individuen over het algemeen geneigd zijn te reageren. Een veel gebruikt, betrouwbaar en valide instrument om emotionele intelligentie mee in kaart te brengen is de Bar-On EQ-i.<sup>43</sup> De EQ-i brengt vijf gebieden in kaart, namelijk intrapersonlijke capaciteiten, interpersoonlijke vaardigheden, aanpassingsvermogen, vaardigheden om met stress om te gaan en algemene stemming. Gerits, Derksen en Verbruggen toonden aan dat begeleiders met een hogere emotionele intelligentie effectievere copingstrategieën hanteerden in het omgaan met stressvolle situaties en minder burn-out klachten rapporteerden dan begeleiders met een lagere emotionele intelligentie.<sup>44</sup> In het promotieonderzoek van Linda Zijlmans proberen we dan ook de effectiviteit van videofeedback te optimaliseren door deze te verbinden met de emotionele intelligentie van de begeleider. Dit heeft geresulteerd in de ontwikkeling van de training Begeleiders in Beeld; deze wordt in samenwerking met Cello, De Borg, het VOBC en deelnemende praktijkinstellingen uitgevoerd en getoetst op effectiviteit. De training Begeleiders in Beeld bestaat uit twee onderdelen: het eerste gedeelte richt zich op de emotionele intelligentie van de begeleiders, de stijl die ze hanteren in hun werk en de impact die de gedragsproblemen op hen heeft. Het tweede gedeelte richt zich op het handelen van de begeleiders waarbij door middel van videofeedback wordt gekeken naar de manier waarop begeleidingsafspraken worden uitgevoerd en hoe de cliënt hierop reageert. Een belangrijk element van de training is het koppelen van het emotioneel intelligentie (EQ) profiel van een begeleider aan het concrete handelen van deze begeleider. Concreet geformuleerd: welke aspecten uit het EQ-profiel maken dat een begeleider moeite heeft met het uitvoeren van een bepaalde begeleidingsafpraak, of deze juist op een zeer soepele en natuurlijke wijze uitvoert. In de lopende deelstudies uit dit promotieproject richten we ons op het effect van Begeleiders in Beeld op daadwerkelijk gedrag van begeleiders en het welzijn van cliënten.<sup>45</sup> Onderzoek van promovendus Arno Willems gaat niet alleen in op de invloed die de emotionele intelligentie van begeleiders heeft op hun handelen. Ook de relaties met andere factoren als zelfvertrouwen, executief functioneren, persoonlijke motivatie, steun van het team en de dagelijkse variaties in interactiepatronen van een begeleider worden nader onderzocht opdat de interacties tussen begeleiders en mensen met complexe problematiek geoptimaliseerd kan worden. Om zicht te krijgen op deze interactiestijlen van begeleiders, is de SIG-B ontwikkeld.<sup>46</sup> Het tweede perspectief van veel onderzoek bij begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking is het zoeken van verklaringen voor gedrag van begeleiders. Juist het begrijpen van gedrag van begeleiders is erg belangrijk. Zij zijn belangrijke personen in het netwerk van cliënten met een verstandelijke beperking,<sup>47</sup> zij hebben een grote verantwoordelijkheid om in beweging te komen. Echter Rose, Jones en Fletcher maken duidelijk dat deze *beweging* soms gehinderd wordt door de ervaren stress.<sup>48</sup> Uit hun onderzoek komt naar voren dat het aantal interacties in de vorm van assistentie en positieve aandacht tussen begeleiders en cliënten het hoogst was wan-

neer het stressniveau van begeleiders laag was. De ander oprecht zien wordt dus lastig wanneer men stress ervaart. Begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking blijken een relatief hoge mate van stress te ervaren. Werkdruk, onduidelijke taakomschrijving en een negatieve teamsfeer worden regelmatig als belangrijke stressbronnen gerapporteerd.<sup>49</sup> Begeleiders van cliënten die gedragsproblemen vertonen, blijken met extra bronnen van stress geconfronteerd te worden.<sup>50,51</sup> Whittington en Burns vatten de moeilijkheid voor deze begeleiders op pakkende wijze samen door te stellen dat het moeilijk is om op een menselijke, maar ook effectieve wijze te handelen (p. 73).<sup>52</sup> Het ongewenste effect van stress op begeleiders is uitgebreid beschreven in de literatuur. Negatieve emotionele reacties en een hoge mate van stress vergroten bijvoorbeeld het risico dat begeleiders gedrag gaan vertonen dat de gedragsproblemen van de cliënt op de lange termijn in stand houdt. Wanneer een begeleider inadequaat reageert op gedragsproblemen van een cliënt, bijvoorbeeld door negatieve aandacht te geven aan gedrag dat onder controle staat van aandacht, houdt de begeleider onbewust het gedrag van de cliënt in stand. De gedragsproblemen nemen dan eerder toe dan af.<sup>53</sup> Bovendien blijken negatieve emotionele reacties een cumulatief effect te hebben op werkgerelateerd welzijn van begeleiders.<sup>54</sup>

Wanneer reacties van begeleiders inadequaat zijn, dan kunnen hier drie factoren aan ten grondslag liggen.<sup>19</sup> Allereerst kan er sprake zijn van een gebrek aan kennis bij begeleiders over het gedrag van cliënten. Ten tweede komt het voor dat begeleiders inaccurate opvattingen hebben over de oorzaken van het gedrag van cliënten. Ten slotte speelt de mate van negatieve emoties bij begeleiders, zoals angst en ergernis, een rol in hun handelen. Een zeer recent voorbeeld is de jongen Brandon, waarvan begeleiders aangaven de jongen iedere dag opnieuw met angst tegemoet te treden. Zowel in de wetenschappelijke literatuur als in het werkveld wordt inmiddels algemeen erkend dat begeleiders behoefte hebben aan specifieke en intensieve scholing wanneer zij in hun werk geconfronteerd worden met gedragsproblemen van cliënten. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat begeleiders onvoldoende kennis hebben ten aanzien van de oorsprong en het verloop van gedragsproblemen. Bovendien zouden zij beschikken over een beperkte set van attributies (d.w.z. hoe wordt het gedrag verklaard in termen van oorzaak en gevolg) en een gebrek aan zelfvertrouwen.<sup>55,56</sup> In het promotieonderzoek van Wietske van Oorsouw, getiteld *Conscious care for complex clients*, worden interventiestudies uitgevoerd die hierop gebaseerd zijn. In samenwerking met Amarant zijn diverse trainingsmodules ontwikkeld die gebaseerd zijn op praktijkervaring en wetenschappelijke kennis. In een interventiestudie naar de effectiviteit van een agressie-managementtraining van Van Oorsouw, Embregts, Bosman en Jahoda is beschreven dat het volgen van het scholingsprogramma kan leiden tot een toename van kennis over gedragsproblemen en een verbetering in de kwaliteit van

de uitvoering van fysieke interventietechnieken.<sup>57</sup> Een verbetering in professionaliteit zou echter niet beperkt moeten blijven tot het verbeteren van kennis over gedragsprincipes, attributies en eenvoudige fysieke vaardigheden.<sup>58</sup> Diverse onderzoekers ondersteunen de behoefte aan aanvullende scholing met als doel om negatieve emoties en stressniveaus te doen afnemen.<sup>59,60</sup> Het is dus van belang een stressmanagementtraining te ontwikkelen waarin informatie over stress en angst en de invloed hiervan op begeleiders centraal staat. Dit is binnen het project van Wietske van Oorsouw gebeurd in een 4-daagse stressmanagementtraining voor begeleiders. Onderzoek laat zien dat er binnen de experimentele groep sprake was van een verandering in de wijze waarop begeleiders reflecteerden over hun eigen stressmanagement, terwijl dit niet het geval was in de controlegroep.<sup>61</sup> Reflecties van de experimentele groep werden uitvoeriger en er kwam relatief meer aandacht voor interventiestrategieën die men kan inzetten om stress te voorkomen of te verminderen.

De interesse naar de kwaliteit van training en coaching van begeleiders is de afgelopen jaren gegroeid. In de praktijk zien we een groeiend aanbod aan workshops en cursussen die door instellingen zelf of door externe bedrijven worden georganiseerd. Binnen wetenschappelijk onderzoek komt met name de doelgerichtheid en effectiviteit van trainingen steeds vaker aan de orde.<sup>62</sup> Wanneer de scholing voor begeleiders wordt geëvalueerd, is er relatief veel aandacht voor de beoordeling door de deelnemers zelf. De vraag of een training ook daadwerkelijk verbetering oplevert ten aanzien van concreet gedrag van de begeleider of het welzijn van de cliënt wordt minder vaak gesteld.<sup>63</sup> Ook is het nog lang niet duidelijk wat de basisingrediënten voor een effectieve training zijn. Gezien de essentie van scholing, is het noodzaak om dit helder te krijgen. Uit een meta-analyse wordt duidelijk dat de effectiviteit van een training het grootst is wanneer het trainingsformat en de trainingstechnieken specifiek aansluiten bij het trainingsdoel.<sup>64</sup> Specifiek werd hierbij gewezen op het toepassen van de combinatie van in-service training met coaching-on-the-job. Wanneer het einddoel van een training gericht is op afname van probleemgedrag of toename van adequaat gedrag van de cliënt, is deze combinatie zeer aanbevelenswaardig te noemen. In studies waarin de combinatie van in-service training met coaching-on-the-job werd toegepast was namelijk de grootste vooruitgang zichtbaar in vaardigheden van de begeleider die direct gerelateerd waren aan het gedrag van de cliënt. Wanneer programma-ontwikkelaars er beter in slagen om een brug te slaan tussen eenvoudige kennis en vaardigheden uit klassikale trainingen naar het dagelijks toepassen van deze vaardigheden, zal de effectiviteit van trainingsprogramma's ongetwijfeld toenemen. Het gevolg hiervan is dat ook de klinische waarde van trainingsprogramma's toeneemt, omdat begeleiders een grotere vooruitgang boeken in het toepassen van de kennis en vaardigheden die zij nodig hebben om het gedrag van de cliënt adequaat te begeleiden.

Een combinatie van in-service training en coaching-on-the-job staat centraal in het project Competentiegericht Werken van promovenda Cécile Huitink. Dit project wordt in samenwerking met Pluryn ontwikkeld en uitgevoerd. In de visie van het competentiemodel is iemand competent als hij de bij zijn ontwikkelingsniveau en omstandigheden passende levenstaken 'aankan' met de vaardigheden die hij heeft. Levenstaken worden verzwaard door interne stressoren of risicofactoren, en verlicht door veerkracht en beschermende factoren.<sup>65</sup> Er zijn verschillende interventies op basis van het competentiemodel mogelijk, namelijk: het aanleren van vaardigheden, het verlichten of verrijken van taken, het weg nemen of reduceren van de invloed van risicofactoren en interne stressoren en het activeren en benutten van (veer)krachten. Hierbij is het van groot belang dat wordt aangesloten bij de hulpvraag van de cliënt zelf en dat empowerment plaatsvindt van de cliënt ten aanzien van het eigen hulpverleningsproces. Een groot deel van de technieken die worden aangewend bij het competentiegericht werken, zijn gebaseerd op gedragstherapeutische (veranderings)principes. De scholing is teamgericht, bevat een door de praktijk aangeleverde casus, laat deelnemers opgedane kennis oefenen in praktische activiteiten en assisteert hen in het generaliseren van vaardigheden. Ook is de scholing gericht op het organisatiebreed opbouwen van een omgeving rondom de cliënt waarin de methodiek wordt toegepast. Om de coaching vorm te geven is gekozen voor coaching op basis van het pyramide-model.<sup>66</sup> De supervisor (teamleider of gedragskundige) wordt gecoacht door een expert (coach) om de supervisees (begeleiders) te trainen in het toepassen van kennis en vaardigheden. De coaching is met name gericht op het verwerven van supervisorvaardigheden zoals het geven van feedback. De nadruk ligt op een snelle implementatie van de opgedane kennis en vaardigheden van begeleiders in de hulpverleningspraktijk.<sup>67</sup> Binnen drie organisatieonderdelen van Pluryn voor jeugdigen met een licht verstandelijke en/of lichamelijke beperking is een scholings- en begeleidingsprogramma ontwikkeld voor begeleiders om competentiegericht werken te implementeren. In samenwerking zijn drie interventies ontwikkeld die tot doel hebben begeleiders competentiegericht te laten werken: de kennistraining, de vaardigheidstraining en de coaching-on-the-job. Er zijn door Pluryn basisprincipes opgesteld die de basishouding van een competentiegerichte begeleider beschrijven, waaronder: 1) sluit aan bij de hulpvraag van de cliënt, 2) richt je op wat goed gaat, 3) werk van probleem naar doelgedrag, en 4) werk doelgericht en stapsgewijs. Deze basisprincipes komen in alle interventies terug. Een 3-daagse kennistraining voor begeleiders, teamleiders en gedragskundigen is gericht op het overbrengen van kennis over competentiegericht werken en het leren gebruiken van middelen om competentiegericht te werken in de praktijk (o.a. competentieanalyses maken, activerende technieken gebruiken, SMART formuleren van doelen). De 2-daagse vaardigheidstraining voor begeleiders, teamleiders en gedragskundigen is gericht op het aanleren van vaardigheden om competentiegericht te werken in situaties waarin de begeleider directe interactie met de



cliënt heeft (o.a. sturend instrueren, corrigerend instrueren en een compliment geven). De coaching-on-the-job is een begeleidingstraject dat is ontwikkeld met als doel dat begeleiders de vaardigheden uit het scholingstraject gaan toepassen in de praktijk. Er wordt aandacht besteed aan gedrag van begeleiders dat wenselijk is gezien de hulpvraag van de cliënt en gedrag dat begeleiders daadwerkelijk laten zien door het geven van videofeedback. Ook wordt stilgestaan bij de wijze waarop dit gedrag beïnvloed wordt door de gedragsproblemen van de cliënt.<sup>68</sup> Het coachingstraject vindt plaats in het gedeelte van de teamvergaderingen waarin de behandeling/begeleiding van de cliënten wordt besproken. Tijdens de coaching-on-the-job-bijeenkomsten coachen teamleiders en gedragskundigen hun begeleiders in competentiegericht werken op de leefgroep. Zij krijgen hierbij ondersteuning van coaches en hebben intervisiebijeenkomsten met collega's. Zowel begeleiders als cliënten nemen deel aan het onderzoek om antwoorden te vinden op de vragen: Gaan begeleiders competentiegericht werken na het scholings- en begeleidingstraject, en zo ja, heeft dit invloed op het functioneren en de empowerment van cliënten?

Ik heb u kort kennis laten maken met promotieprojecten die zich allen richten op het trainen en coachen van begeleiders en het onderzoeken van de effectiviteit van deze interventies op zowel gedrag van begeleiders als dat van cliënten. Een tweede groep professionals waar ik graag op in wil gaan zijn de behandelaren, de GZ-psychologen, cultuurdragers van veel zorg- en hulpverleningsorganisaties. De GZ-psycholoog is een breed opgeleide professional en kan werkzaam zijn in vele settings met cliënten met diverse problematiek. Ongeveer de helft van de GZ-psychologen werkt in de geestelijke gezondheidszorg, de andere helft in de somatische zorg, de forensische instellingen, de verslavingszorg, de jeugdzorg en de zorg voor mensen met een beperking. Tot het takenpakket van de GZ-psycholoog behoren onder meer het verrichten van psychologische en orthopedagogische diagnostiek om de problematiek van de cliënt of het cliëntensysteem in kaart te brengen, te begrijpen en een adequate aanpak te formuleren. Daarnaast indiceert de GZ-psycholoog de cliënt voor de meest geschikte behandeling of begeleiding en voert hij of zij vaak ook die behandelingen en begeleiding uit. Een aantal van deze behandelingen is in protocollen en richtlijnen beschreven en is evidence-based. Maar ook het aansturen van anderen in het uitvoeren van (delen van) behandelingen behoort tot de taken, evenals het leidinggeven aan behandelteams. Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling richt zich op uiteenlopende problematiek die kan variëren van enkelvoudig tot complex, die de gehele levensloop omvat. Het ontstaan van deze beroepsgroep valt samen met de Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), die is aangenomen in 1998. Deze wet is door de overheid (i.c. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) ter handhaving van de kwaliteit voor allerlei beroepsgroepen in de gezondheidszorg ingevoerd. GZ-psychologen in opleiding zijn veelal jonge professionals die, na afronding

van een academische vooropleiding op masterniveau op het terrein van de psychologie, orthopedagogiek of geestelijke gezondheidskunde, de behoefte hebben zich verder te ontwikkelen. Evenzo positief is het gegeven dat de zorg- en hulpverleningsorganisaties willen investeren in de kwaliteit van jonge professionals en een praktijkopleidingsplaats aanbieden. Wanneer we een competentie definiëren als de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke beroepscontext adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden en professionele gedragskenmerken (werkgroep 'Onderwijsvernieuwing GZ-psycholoog'), dan is een krachtige verbinding tussen de opleidingsplaats in de praktijk en het cursorisch deel van de opleiding van wezenlijk belang. Evenzo belangrijk is het anticiperen op toekomstige ontwikkelingen. De Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century stelt dat de professional van de toekomst in staat moet zijn tot transformationeel leren en werken.<sup>69</sup> Met transformationeel leren wordt bedoeld dat een opleiding niet zo zeer gericht is op het uitputtend en volledig bestrijken van het deskundigheidsgebied van de professional als wel op het verwerven van de professionele competenties die nodig zijn om flexibel op de zorg- en hulpvragen van patiënten en cliënten te kunnen inspelen. Deze professional is iemand die niet alleen zijn vak beheerst, maar ook maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt. Voor het begeleiden en behandelen van cliënten zijn vaardigheden nodig als: proactief denken en handelen, goed kunnen communiceren, de taal van de cliënt spreken en de context van de cliënt niet uit het oog verliezen. Feitelijk zijn dit randvoorwaarden om te komen tot wat, ik eerder in deze redehet werken vanuit de medemenselijke relatie noemde. Het belang van dit werken vanuit de medemenselijke relatie wordt ook onderkend binnen sociaal wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van zorg- en hulpverlening. Uit onderzoek blijkt dat het niet de objectief waarneembare interventies zijn die invloed hebben op het gedrag van cliënten, maar dat juist de relatie tussen cliënt en hulpverlener een belangrijk deel van de effectiviteit van de hulpverlening bepaalt: *"A high quality relationship between professionals and their clients is crucial for quality of care. This relationship generates the positive interaction that enables professionals to gain adequate insight in the needs of their clients"* (p.28).<sup>70</sup> Een goede hulpverlener combineert professionele vaardigheden, zoals doelen stellen, evidence-based werken en evalueren, met een aantal persoonlijke kwaliteiten, zoals betrouwbaar en geïnteresseerd zijn. Ten aanzien van de werkrelatie worden persoonlijke kenmerken van de hulpverlener onderscheiden van de toepassing van technieken. Hulpverleners die flexibel, eerlijk, respectvol, betrouwbaar, geïnteresseerd, alert en vriendelijk zijn weten een kwalitatief goede werkrelatie op te bouwen. De door hulpverleners toegepaste technieken om tot een dergelijke relatie te komen, hebben vooral te maken met gesprekstechnieken, zoals exploreren, reflecteren, actief luisteren, bevestigen, begrip tonen en aandacht hebben voor ervaringen van cliënten.<sup>71</sup> Dit betekent dat het resultaat van een specifieke interventie gericht op het aanleren

van vaardigheden bij de cliënt mede bepaald wordt door de manier waarop de hulpverlener met de cliënt omgaat en de wijze waarop hechting tussen cliënt en hulpverlener plaats kan vinden. Onderzoek binnen de psychotherapie maakt duidelijk dat de persoon van de hulpverlener een grotere invloed op de uitkomst van behandeling heeft dan welke specifieke behandeling dan ook.<sup>72,73,74</sup>

Wordt het belang te werken vanuit de medemenselijke relatie ook binnen de GZ-opleiding onderkend? Worden jonge professionals gecoacht om professionele vaardigheden te leren, maar deze ook te leren combineren met persoonlijke kwaliteiten? Om hier een antwoord op te geven is het nodig iets te vertellen over de competentieprofielen voor een GZ-psycholoog. De werkgroep 'Onderwijsvernieuwing GZ-psycholoog', geïnitieerd door de Kamer Gezondheidszorgpsychologen (KGzP), legt de laatste hand aan de competentieprofielen voor een GZ-psycholoog. Opleiden aan de hand van competentieprofielen maakt het mogelijk de verbinding tussen praktijk en cursorisch deel te versterken. Kennis kan men binnen het cursorisch deel verkrijgen; het oefenen en reflecteren op eigen professionaliteit en attitude vindt m.n. plaats binnen de praktijkopleiding. Op basis van deze uitgangspunten en analoog aan de medische opleidingen heeft men ook ten behoeve van de opleiding tot GZ-psycholoog de competentiegebieden van het CanMEDS-model gehanteerd: medisch handelen (voor de GZ-psycholoog vervangen door 'psychologisch handelen'), communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Deze CanMEDS rollen zijn in Canada ontwikkeld en laten een verschuiving zien van intellectuele vorming naar de uitoefening van of de voorbereiding op het vak.<sup>75</sup> Uitgangspunt is dat de GZ-psycholoog wetenschappelijk gefundeerde psychologische en pedagogische kennis, specifieke vaardigheden en professionele attitudes inzet om te komen tot doelmatige diagnostiek, indicatiestelling en psychologische interventies. Dat betekent dus dat hij/zij zoveel mogelijk gebruik maakt van (multi-) disciplinaire richtlijnen, gebruik maakt van psychometrisch onderbouwde tests, vragenlijsten en/of (semi)-gestructureerde interviews en zijn/haar handelen onderbouwt op grond van wetenschappelijke kennis. Echter, niet alleen deze vaktechnische bekwaamheden zijn opgenomen in de competentieprofielen, ook het reflecteren op houding en verantwoordelijkheden heeft een belangrijke plaats. Korthagen betoogt dat het verschil tussen een beginnende, gevorderde en uitmuntende hulpverlener niet zozeer zit in de mate van beheersing van competenties, maar vooral in de manier waarop mensen zich bewust zijn van de verschillende niveaus die competent handelen beïnvloeden: betrokkenheid, identiteit, overtuigingen, bekwaamheden, gedrag en de omgeving.<sup>76</sup> Wanneer gedrag niet overeenstemt met innerlijke overtuigingen, betrokkenheid of wat de omgeving verwacht, zal dat het functioneren van de professional negatief beïnvloeden. Wanneer we in staat zijn de ander en zijn omgeving te zien, dan zien we ook daadwerkelijk de hulpvraag en zal

ons handelen optimaal aan kunnen sluiten bij die hulpvraag van een cliënt of patiënt. In een onderzoek dat onlangs is uit gevoerd door Hermsen en Embregts naar leer- en trainbaarheid van menslievendheid, komt naar voren dat (zelf)reflectie een belangrijke voorwaarde is voor het ontwikkelen van een menslievende houding van beroepskrachten op mbo en hbo-niveau.<sup>77</sup> Hierin is volgens de respondenten uit de zorgpraktijk een rol weggelegd voor de opleiding. De opvatting dat reflectieonderwijs van belang is voor het ontwikkelen van professioneel gedrag kent veel pleitbezorgers,<sup>78,79</sup> maar is tegelijkertijd nog nauwelijks onderwerp van onderzoek geweest. Ook het effect van reflectie op het ontwikkelen van professioneel gedrag is nog onontgonnen terrein. Boenink ontwikkelde een model en een meetinstrument om het proces en de uitkomst van 'reflectie op professioneel gedrag' te beschrijven en te meten.<sup>80</sup> Het bleek mogelijk om 'reflectie op professioneel gedrag' op een betrouwbare en valide manier te meten bij vierde- en zesdejaars studenten geneeskunde. Het is interessant om na te gaan of het door Boenink ontwikkelde meetinstrument ook toepasbaar is op het meten van het effect van reflectie op professioneel, menslievend gedrag bij deelnemers van de GZ-opleiding. Leer- en trainbaarheid van een menslievende houding had volgens respondenten ook te maken met een uitnodigende context, met inbedding in een uitnodigende organisatie- en teamcultuur. Hier ligt een uitdaging in de verbinding met de praktijkinstellingen waar deelnemers van de GZ-opleiding een deel van hun opleiding vormgeven. Werkbegeleiders en supervisors dragen hier ieder op hun eigen manier aan bij. Met name binnen supervisietrajecten reflecteren deelnemers op de wijze waarop zij professionele vaardigheden combineren met persoonlijke kwaliteiten. Echter, niet alleen de cultuur van een zorginstelling en de inzet van supervisietrajecten, maar ook de opleidingsinstelling zelf kan in het curriculum uitdragen dat reflectie een belangrijk middel is voor het ontwikkelen van een menslievende houding met als doel het handelen van toekomstige beroepsprofessionals te optimaliseren. Zo is binnen RINO Zuid een reflectief practicum ingesteld, waar opleidingsdeelnemers stilstaan bij de wijze waarop men kennis en vaardigheden op een persoonlijke en deskundige manier inzet. Het gaat dan om het ontwikkelen van een eigen attitude als GZ-psycholoog. Een uitnodigende context, cursorisch danwel in de praktijk, is een omgeving waarin deelnemers zelf kunnen ervaren en meemaken wat respectvolle bejegening, empathie en 'vraaggericht werken' betekent, waarin ze in contact komen met cliënten en naasten en kunnen oefenen in het maken van verbinding. Een inspirerend voorbeeld is voor mij het *experiential learning of empathy*.<sup>81,82</sup> *Experiential learning* is één van de manieren om bijvoorbeeld ethische reflectie te stimuleren. Aansluiting zoeken bij de oorspronkelijke motivatie van opleidingsdeelnemers is van belang om ook binnen de GZ-opleiding een fundament te creëren voor een professionele zorguitoefening op basis van menslievendheid. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg benadrukte onlangs in haar adviesrapport aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het belang om

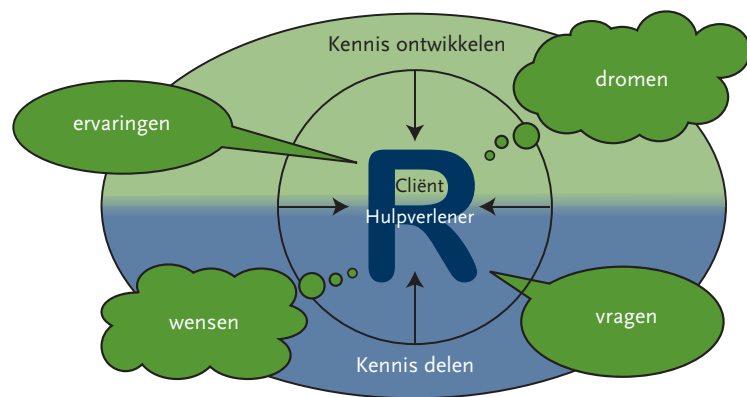
die competenties te verwerven die nodig zijn om flexibel op de zorgvragen van patiënten te kunnen inspelen.<sup>83</sup> Competentiegericht opleiden kan een middel zijn om zorgprofessionals te leren om die flexibiliteit in zorg voor een cliënt te bieden. Competentiegericht opleiden kan echter ook resulteren in flexibiliteit binnen opleidingstrajecten en op maat afgestemde leerprocessen.

**In beweging komen** Voor hulpverleners kan een innerlijke motivatie tot verandering, “in beweging komen”, zijn dat men bewogen raakt door de interactie met de hulpvrager. Of dat men persoonlijke effectiviteit ervaart in het professioneel handelen. Wanneer een hulpverlener leert “zien” dat algemene menselijke waarden en behoeften voor een cliënt dezelfde zijn als voor hemzelf, kan een hulpverlener “bewogen raken”. De menselijke behoeften zijn vergelijkbaar, maar door goed te kijken kunnen we ons realiseren dat de hulpvragende mens wellicht meer aanvaarding en erkenning van zijn of haar persoon nodig heeft en niet alleen erkenning van de beperking. Dit gebeurt binnen de medemenselijke relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Ik heb deze relatie beschreven vanuit het perspectief van de zorgethiek, het onderzoek en het opleiden. Toekomstige en huidige hulpverleners leren aldus te “zien” en “worden bewogen”. In de wisselwerking tussen praktijk, onderzoek en opleiden kunnen de bevindingen zich uitbreiden en kunnen opvattingen veranderen in de richting van de beweging die we voor staan. Centraal uitgangspunt is de medemenselijke relatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Hoe kunnen we aldus onderzoek initiëren dat rekening houdt met kwaliteit van de (zorg)relatie, kwaliteit van de interventies, de veranderende maatschappelijke omgeving en de mogelijkheden van cliënt en hulpverleners? Empowerment, Positive Behavior Support en Menslievendheid zijn belangrijke theoretische kaders van waaruit onderzoeksprojecten vorm kunnen krijgen om mensen in beweging te laten komen. Motivatie, een afgeleide van het Latijnse werkwoord ‘movere’, betekent ‘in beweging brengen’. We zullen hulpverleners alsook hulpvragers proberen te motiveren om in beweging te komen om respectievelijk hun rolopvatting danwel hun levenswijze te optimaliseren. De recent veel besproken methode LEAP (Listen, Empathize, Agree, Partner), die reeds postieve effecten laat zien bij mensen met schizofreniekankers aanbodingspunten bieden.<sup>84</sup> Ook toepassing van motiverende gespreksvoering (promotieonderzoek Noud Frielink) kan ingevoegd worden in te ontwikkelen behandelingen. Op deze wijze lokken we motivatie bij de cliënt uit en wordt deze niet van buitenaf opgelegd, waarbij de cliënt zich bewust wordt van zijn gedrag en de eventuele ambivalentie daarin. Je zou kunnen zeggen dat de relatie tussen hulpverlener en cliënt binnen de motiverende gespreksvoering gekenmerkt wordt door samenwerking en partnerschap.

**De verbinding tussen onderzoek, praktijk en opleiden** In het voorafgaande heb ik u meegenomen in een aantal evidence based interventies, die geschikt zijn om belangrijke personen in de omgeving van mensen met een verstandelijke beperking, hun hulpverleners, te trainen en te coachen in het omgaan met complex gedrag. Ook zijn ingrediënten aangereikt om opleidingen in te richten vanuit het “zien, bewogen worden en in beweging komen”. Onderzoek in de praktijk staat centraal in het in 2011 op te richten Kennis@ van Dichterbij Specialistische Zorg. De taak van dit Kennis@ is het stimuleren van innovatie, het uitvoeren van onderzoek, het delen van kennis en het borgen hiervan. In Kennis@ werken onderzoekers en behandelaren samen aan de ontwikkeling van evidence based behandelprogramma's en diagnostiek voor jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen en/of psychopathologie. Uitvoering van modules gaat hand in hand met dataverzameling, waardoor verfijning en bijstelling van programma's plaats kan vinden en differentiatie naar hulpvragen mogelijk wordt. Tevens zal worden gewerkt aan het borgen en beschikbaar stellen van deze kennis. Op dit moment wordt gewerkt aan de volgende thema's: problematisch middelengebruik, seksueel grensoverschrijdend gedrag en agressie.

Een brug slaan tussen wetenschap en praktijk op het gebied van zorg en hulpverlening aan mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen en/of psychopathologie gebeurt bij Kennis@, maar ook bij Tranzo. In het onderzoeksinstituut Tranzo werkt Tilburg University namelijk structureel samen met instellingen uit het veld die willen fungeren als koploper in hun sector op het gebied van innovatie en academisering. Dit gebeurt door samen te werken in een academische werkplaats; dit is een duurzaam samenwerkingsverband met als doel wetenschappelijke kennisontwikkeling en innovatie van het zorgaanbod in de betrokken sector (Jaarverslag Tranzo, 2010).<sup>85</sup> Vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is hiertoe een geformaliseerde samenwerking gestart tussen Tilburg University, zorgaanbieders en Stichting MEE. De samenwerking vindt plaats op basis van een gemeenschappelijk door Tilburg University en betrokken instellingen overeengekomen langlopend onderzoeksprogramma, gelieerd aan de leerstoel *Mensen met een verstandelijke beperking: Psychopathologie en behandeling*. Dit programma omvat innovatieprojecten waarin wetenschappelijke inzichten worden (door)ontwikkeld, toegepast en bijgesteld op basis van evaluatie. Het betreft zowel fundamenteel als toegepast onderzoek. Naast de uitvoering van het onderzoeksprogramma zal gezamenlijk gewerkt worden aan de kennisinfrastructuur en academisering van de betrokken instellingen. Kennis, ervaringen en initiatieven worden uitgewisseld. Voorbeelden van uit

te voeren activiteiten zijn het verrichten van (promotie)onderzoek door science practitioners, promovendi, afstudeerstages en opdrachten van studenten van Tilburg University, het organiseren van symposia en studiedagen en het publiceren van rapporten en wetenschappelijke artikelen. Een aantal onderwerpen staat centraal voor heel Tranzo, te weten: kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg, het op elkaar afstemmen van vraag en aanbod in de zorg, effectevaluaties en het vertalen van onderzoeksresultaten naar de zorg- en beleidspraktijk. De academische werkplaats *Mensen met een verstandelijke beperking* zal inhoudelijke dwarsverbanden leggen met andere academische werkplaatsen (zoals de werkplaats Verslaving, Chronische Zorg en Geestdrift (GGZ)) door te werken aan werkplaatsoverstijgende projecten. Er zijn reeds twee thema's die ingevuld worden: 'empowerment' en 'staff interventions'. Binnen het thema empowerment wordt momenteel gewerkt aan een opleiding *ervaringsdeskundigheid*; deze opleiding is ontstaan uit de Stichting Regie over Eigen Leven voor mensen met een verstandelijke beperking. De inhoud van de opleiding is gebaseerd op wensen van mensen met een verstandelijke beperking zelf, belemmeringen en mogelijkheden die professionals ervaren in de huidige situatie om te komen tot empowerment en de bestaande opleiding die Fontys samen met GGzE heeft ontwikkeld voor mensen met psychiatrische problematiek. Vanuit Fontys zal de opleiding worden verzorgd; vanuit de academische werkplaats *Mensen met een verstandelijke beperking* zal onderzoek plaatsvinden naar de resultaten van de opleiding. Het tweede thema dat reeds uitgewerkt wordt is het thema 'staff interventions'. Hierin worden de promotieonderzoeken die reeds eerder beschreven zijn op het gebied van scholing en coaching van hulpverleners gebundeld. Er zal een vertaling plaatsvinden van de resultaten naar het werkveld en nog te onderzoeken thema's op dit gebied zullen uitgewerkt worden.



Figuur 2. Samenhang klinische praktijk, academische en professionele werkplaats.

Deze themagroep *Staff Interventions* is tevens een pilot om de samenwerking met een tweede werkplaats vorm te geven, te weten de professionele werkplaats vanuit de leerstoel *Beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog*. Door deze samenwerking kan er een daadwerkelijke beweging ontstaan. De academische werkplaats en de professionele werkplaats vullen elkaar aan: de eerste gaat immers met name over kennisontwikkeling en de tweede over kennisdeling en de ambachtelijke toepassing van deze kennis: 'hoe doe jij het?'. RINO Zuid heeft als stichting de doelstelling bij te dragen aan de deskundigheid en bekwaamheid van professionals in de zorg en zo bij te dragen aan de kwaliteit van deze zorg. In de jaren '80 van de vorige eeuw werd dit geduid als scholing en deskundigheidsbevordering. Ik zou voor de toekomst graag willen spreken van kennisdeling. We hebben immers de taak om professionals te stimuleren tot levenlang leren, waarbij zij ook kunnen leren van elkaar. Vanuit die gedachte kan een professionele werkplaats ingericht worden, om vorm te geven aan het laten samenkomen van professionals, actuele wetenschappelijke ontwikkelingen en praktijkkennis in relatie tot de kennisbehoefte in het veld. In Figuur 2 wordt als voorbeeld de samenhang met de academische werkplaats *Mensen met een verstandelijke beperking* weergegeven, doch ook samenwerking met andere academische werkplaatsen van Tranzo zal op deze manier nagestreefd worden. De doelstelling van een professionele werkplaats is te komen tot kennisdeling. Voorwaarden daarbij zijn:

- systematisch nagaan van wetenschappelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de professionals in de zorg;
- systematisch nagaan van de behoeften in het werkveld en bij de professionals;
- organiseren van toegang tot actuele nieuwe kennis, zowel wetenschappelijke als praktijkkennis;
- organiseren van communities of platforms waar deze kennis gedeeld kan worden en waar professionals nagaan hoe deze kennis ook daadwerkelijk toegepast kan worden in de hulpverleningspraktijk.

Hierdoor wordt het mogelijk dat professionals elkaar ontmoeten, met hun vak bezig zijn, kennis op doen en kennis delen. Input voor deze professionele werkplaats wordt gegeneerd uit de wetenschap, zoals een academische werkplaats, maar ook uit de zorgpraktijk, zoals best practices.

Kennisdelen en kennis toepasbaar maken zijn daarbij activiteiten die op vele manieren vorm kunnen krijgen geven. Opleiden is er één van, maar ook kenniskringen, intervisiebijeenkomsten en workshops zijn vormen om professionals die in de praktijk werken hun levenlang te laten leren. Wanneer we ons richten op de GZ-opleiding dan kunnen de professionele bekwaamheden van opleidingsdeelnemers worden vergroot en kan evidence based werken geoptimaliseerd worden. De onderzoeken die bijvoorbeeld binnen het thema *staff interventions* van de academische werkplaats zijn uitgevoerd kunnen als input dienen voor de professionele werkplaats, waar nagedacht zal worden over concrete

producten die gebruikt kunnen worden in de praktijk. De deelnemers van deze professionele werkplaats richten zich op de behoefte vanuit de praktijk, hoe hier aan voldaan kan worden, welke producten men graag ontwikkeld zou zien en hoe deze geïmplementeerd kunnen worden binnen de GZ-opleiding. Maar ook zullen deelnemers uit de zorgpraktijk meedenken om praktijkkennis toe te voegen en stil te staan bij toepassing in de praktijk. De deelnemers aan de werkplaats komen dus deels uit de zorgpraktijk en deels uit de opleidingspraktijk en het onderzoek. Zij kenmerken zich door creativiteit, buiten de bestaande kaders kunnen denken en inzicht hebben in de behoeftes van de praktijk. Per activiteit kan beschreven worden voor wie het bedoeld is, wat de bijdrage er van is aan de zorg- of opleidingspraktijk en waarom dit nodig is.

**Tot slot** Aan het begin van mijn oratie van de leerstoel *Mensen met een verstandelijke beperking: Psychopathologie en behandeling* en de leerstoel *Beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog* heb ik de hoop uitgesproken dat deze oratie meer zou zijn, dan louter de optelsom van deze twee bijzondere leerstoelen. Vanwege de verbinding tussen deze leerstoelen, maar ook tussen hulpverleners, cliënten en cliëntsystemen, en tussen praktijk, opleiden en onderzoek. Verbinding als resultaat van het zien, het bewogen worden en het in beweging komen van hulpverleners, opleiders en onderzoekers. Een ideaal dat de basis is van alle activiteiten die ik vanuit verbinding met u probeer vorm te geven. Een dankwoord is dan ook meer dan op zijn plaats.

# Dankwoord

**Dankwoord** Mijn bijzondere dank gaat uit naar het College van Bestuur van de Universiteit van Tilburg, het college van Toezicht op de leerstoel *Mensen met een verstandelijke beperking: Psychopathologie en behandeling* en het college van toezicht op de leerstoel *Beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog*, de raad van Bestuur van Dichterbij en het Bestuur van het Rino Zuid voor het in mij gestelde vertrouwen. Jullie creativiteit en enthousiasme om samen vorm te geven aan deze combinatie van leerstoelen is inspirerend. De Raad van Bestuur van Dichterbij, Jan van der Kruis en Wim van der Jagt, en later Frank Holtman, voor het initiatief tot het instellen van de eerste leerstoel. Het bestuur en de directie van Rino-zuid, met name Piet Verbraak, Claire Griffioen en Erica Hehenkamp voor mijn voordracht bij de tweede leerstoel. Jullie zijn unieke, authentieke bestuurders die openstaan voor vernieuwingen met een groot hart voor de zorg aan kwetsbare mensen. Ik prijs me oprecht gelukkig met jullie te mogen samenwerken en van jullie te mogen leren.

Theo Verhallen, Diederik Stapel, Marrie Bekker en Henk Garritsen dank ik voor hun gastvrij onthaal binnen Tilburg University, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Departement Ontwikkelingspsychologie en Klinische Psychologie en Tranzo. Ik voel me thuis op deze stimulerende Universiteit!

Dank aan de Beweging van barmhartigheid voor bijzondere woorden die mij inspireren en die de titel mochten vormen van mijn oratie.

De Stichting Vrienden van Nieuw Spraeland, en in het bijzonder Jos Nauts, wil ik oprecht danken voor het nemen van een bijzondere initiatief: het instellen van een jaarlijkse scriptieprijs vanaf 2011. Deze scriptieprijs wordt gefinancierd door de Stichting Vrienden van Nieuw Spraeland, in samenwerking met de Universiteit van Tilburg en Dichterbij Specialistische Zorg. De prijs is bedoeld om onderzoek ten behoeve van mensen met een verstandelijke beperking en psychopathologie en/of gedragsproblemen te stimuleren. Om tot de naamvoerder van deze prijs te komen, hoefden Jos en ik elkaar alleen maar aan te kijken. Natuurlijk is de prijs vernoemd naar Prof.dr. Anton Do en. Beste Anton, jij bent immers een van de eersten in Nederland die vasthoudend en met oog op gezonde ontwikkeling van mensen, de zo noodzakelijke zorg voor de geestelijke gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking voor het voetlicht bracht. Door onderzoek, diagnostiek en behandeling van kinderen en volwassenen met complexe problematiek vanuit verschillende invalshoeken te belichten, resulterend in een model voor integratieve diagnose en behandeling, ben je nog steeds een bron van inspiratie voor velen.

Dank aan de collega's werkzaam op verschillende plaatsen in of nabij de zorg – binnen



opleidingsinstellingen, zorginstellingen, hogescholen en universiteiten – waarmee ik verbinding voel in hetzelfde doel. Lieve allemaal, jullie vormen mijn virtueel netwerk van wijze collega's, door jullie wordt ontwikkeling als vanzelfsprekend. Een paar collega's dank ik in het bijzonder: Marleen Grimbel du Bois voor je vermogen mij telkens weer aan te zetten tot de nodige zelfreflectie, je bevoegenheid, je vasthoudendheid en creativiteit. Anna Bosman, voor de inspirerende samenwerking in het wetenschappelijk vormgeven van praktijkprojecten met de werkelijkheid van mensen als uitgangspunt. Jouw creativiteit kent geen grenzen. Hanneke Wentink, betrouwbaar maatje, constructief kritisch, bedachtzaam en met de juiste woorden altijd weer op het juiste moment. Lex Hendriks, methodologisch brein en groot voorbeeld in collegialiteit. Paul Trommelen, onze verbinding in idealen is inspirerend, zonder jou zou innoveren en bouwen bij Dichterbij SZ onmogelijk zijn. Carry van Leest, voor je humor en bereidheid om altijd weer mee te denken en naar oplossingen te zoeken. En Claire Griffioen, mijn maatje in gedachten, ik hoop dat je soms even meekijkt, tevreden bent en hartelijk meelacht zoals je zo heerlijk kon doen.

Promovendi Cecile Huitink, Wietske van Oorsouw, Linda Zijlmans, Ida van Asselt, Ellen Reuzel en Arno Willems dank voor jullie volhardendheid en gedeeld enthousiasme voor praktijkonderzoek: het is een bron van energie om jullie te mogen coachen, wat een kwaliteit die jullie leveren! Noud Frielink en Kim van den Bogaard, we hebben de afgelopen jaren intensief samengewerkt en een fundament gelegd voor een vervolgstap: jullie zullen spoedig starten met ieder een eigen promotieonderzoek. Ik kijk daar met plezier en vertrouwen naar uit. Dat geldt ook voor de onderzoeksmedewerkers van Dichterbij SZ: Annemarieke Negenman, Annemarie Kroon, Ivonne Vossen en Kim van den Bogaard, wat een humor, optimisme, deskundigheid en toewijding. Ik ben oprecht trots op dat wat we in gezamenlijkheid op hebben gebouwd, het is een plezier met jullie te mogen werken. Zo ook met jullie Rachel Sistermans, Frouwke Ebben en Paul Soons, mijn directe collega's van Rino Zuid: we zijn dit jaar een mooi team geworden, waarin visie en betrokkenheid onze verbinding vormen! En betrokkenheid, inzet en enthousiasme zijn ook de woorden die bij mij opkomen als ik aan de samenwerking met jullie denk, onderzoekers en collega's van mijn lectoraat: Lex Hendriks, Ellen Roeleveld, Maaïke Hermsen, Joke van der Meer, Noud Frielink, Kim van den Bogaard, Carola Verbrugge en Steffi Geenen. Jullie zijn dierbare collega's geworden!

Veel dank ook aan mijn lieve familie en vrienden, samen met jullie is het leven een feest. Enkelen wil ik speciaal noemen, omdat we elkaar al zo lang in verwantschap en vriendschap volgen: mijn broertjes Jurgen en Leon al mijn leven lang; Marja, Jolanda, Harriët en Miek al vanaf de basisschool en begin middelbare school; Camilla, Ton, Chretienne, Jan, Hanneke en Lo'tje vanaf mijn studenten- en promotietijd; Ingrid, Maria en Els vanaf het

moment dat we in Udenhout zijn gaan wonen. Met ieder van jullie heb ik een speciale, unieke verbinding. Zonder die verbinding had ik hier nooit kunnen staan. Oprecht dank dat jullie er altijd, en ook nu weer zijn! En mijn grootouders en Hylke, jullie zijn in gedachten bij mij, ik voel dat jullie trots zijn.

Lieve ouders, jullie weten dat ik met warmte terugdenk aan de liefdevolle basis en alle kansen die jullie mij hebben gegeven. Ik ben erg dankbaar dat we dit moment samen mogen vieren. Door jullie ben ik immers gestimuleerd mijn eigen ideeën te vormen, nieuwsgierig te blijven, mijn eigen verantwoordelijkheid te dragen, met respect voor de ander en met oog voor kwetsbaren. Door jullie liefde is dit mijn fundament geworden. Zo veel dank!

Jelle, mijn lief, mijn maatje. Zo veel dank voor je liefde, zo veel jaren lang, om me mee te nemen in het geluksgevoel, me soms even af te remmen, rust te geven, je vermogen te volgen van nabij en je stimulans bewust te blijven kiezen voor het wezenlijke.

Nelleke, Hannah en Jonas, ik hoop dat papa en ik ons liefdevolle fundament aan jullie doorgeven opdat jullie in openheid, met zelfvertrouwen, met eigen ideeën en oog voor je medemens de wereld op je eigen manier gaan ontdekken. Jullie zijn mijn bronnen van inspiratie, mijn bronnen van groot geluk, dank!

*Ik heb gezegd.*

# Literatuurlijst

<sup>1</sup> Roeleveld, E., Embregts, P., Hendriks, L., & Bogaard, K., van den (in press). Zie mij als mens. Noodzakelijke competenties voor begeleiders volgens mensen met een verstandelijke beperking. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*.

<sup>2</sup> Meer, J., van der, Embregts, P., Hendriks, L., & Sohier, J. (2011). Er is iemand in het midden die een leefbaar leven moet hebben. Wat vinden ouders van mensen met een ernstige verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen belangrijk in een begeleider? In P. Embregts & L. Hendriks (Red.), *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Aansluiten bij cliënten en hun ouders* (pp. 61-79). Han University Press: Arnhem.

<sup>3</sup> Hermsen, M., Embregts, P., Hendriks, L., & Frielink, N. (2011). De menselijke maat van de zorg. *Menslievende zorg aan mensen met een licht verstandelijke beperking*. In P. Embregts & L. Hendriks (red). *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Aansluiten bij cliënten en hun ouders* (pp. 81-102). Arnhem: HAN University Press.

<sup>4</sup> Gennep, A.T.G. van (2009). Verstandelijke beperkingen als sociaal probleem: Kansen of bedreigingen van het burgerschapsparadigma? *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 2, 101-124.

<sup>5</sup> Regenmortel, T. van (2008). *Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. Eindhoven: Fontys Hogescholen.

<sup>6</sup> Laan, G. van der (2006). *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

<sup>7</sup> Tsey, K. (2009). Community Development and Empowerment. *Population Health, Communities and Health Promotion*. Melbourne: Oxford University Press.

<sup>8</sup> Peterson, N.A., & Hughey, J. (2004). Social cohesion and intrapersonal empowerment: Gender as moderator. *Health Education Research*, 19, 533-542.

<sup>9</sup> Jacobs, G.C., Braakman, M., & Houweling, J. (2005). Op eigen kracht naar gezond leven. Empowerment in de gezondheidsbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.

<sup>10</sup> Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational and

community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (eds). *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

<sup>11</sup> Carr, E.G., Dunlap, G., Horner, R.H., Koegel, R.L., Turnbull, A.P., Sailor, W., e.a. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4, 4-16.

<sup>12</sup> Reuzel, E., Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T, Nieuwenhuijzen, M. van, & Jahoda, A. (ingediend). Interactional patterns between staff and clients with borderline to mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*.

<sup>13</sup> Embregts, P.J.C.M. (2009). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Arnhem: HAN University Press.

<sup>14</sup> Arensbergen, C., van, & Liefhebber, S. (2005). *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW.

<sup>15</sup> Steman, C., & Gennep, A. van (2004). *Supported living*. Utrecht: NIZW.

<sup>16</sup> Weert, C. van, Boer, A. de, & Kwekkeboom, R. (2007). Het zorgpotentieel in netwerken van mensen met een verstandelijke of psychische beperking. In A. de Boer (Ed.). *Toekomstverkenning Informele zorg* (pp. 45-64). Den Haag: SCP.

<sup>17</sup> Asselt-Goverts, A.E. van, Embregts, P.J.C.M., Hendriks, A.H.C., & Frielink, N. (2011). Werken met sociale netwerken van mensen met een licht verstandelijke beperking. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 112-128.

<sup>18</sup> Baum, N. (2005). Quality of life is not only for people served- it is also for staff: The multi-focal approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 809-811.

<sup>19</sup> McGill, P., Bradshaw, J., & Hughes, A. (2007). Impact of extended education/training in positive behaviour support on staff knowledge, causal attributions and emotional responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 41-51.

<sup>20</sup> Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2008). *Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primair proces van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN.

<sup>21</sup> Reinders, J.S. (2000). *Ethiek in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Boom.

<sup>22</sup> Heijst, J.E.J.M. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.

<sup>23</sup> Heijst, J.E.J.M. van (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.

<sup>24</sup> Pijnenburg, M., Leget, C., & Berden, B. (2010). *Menslievende zorg, management en kwaliteit*. Budel: Damon.

<sup>25</sup> Leget, C. (2006). Ethisch, professioneel en menselijk. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 16, 129-130.

<sup>26</sup> Clegg, J., & Lansdall-Welfare, R. (2010). From autonomy to relationships: productive engagement with uncertainty. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 66-72.

<sup>27</sup> Wuertz, K., & Reinders, H. (2009). De betekenis van tacit knowledge. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 3, 181-197.

<sup>28</sup> Einfeld, S.L., Piccinin, A.M., Mackinnon, A., Hofer, S.M., Taffe, J., Gray, K.M., e.a. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of American Medical Association*, 296, 1981-1989.

<sup>29</sup> Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.

<sup>30</sup> Embregts, P., & Grimbeldu Bois, M. (2005). Nergens thuis. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 24-28.

<sup>31</sup> Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.

<sup>32</sup> Embregts, P.J.C.M., Grimbeldu Bois, M., & Graef, N. (2010). Behavior problems in children with mild intellectual disabilities: An initial step towards prevention. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1398-1403.

- <sup>33</sup> Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- <sup>34</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk*. Den Haag: IGZ.
- <sup>35</sup> Embregts, P.J.C.M., Didden, R., Huitink, C., & Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 255-264.
- <sup>36</sup> Hastings, R.P. (1997). Measuring staff perceptions of challenging behaviour: the challenging behaviour attributions scale (CHABA). *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 495-501.
- <sup>37</sup> McCarthy, J., & Anderson, L. (2000). Active learning techniques versus traditional teaching styles: two experiments from history and political science. *Innovative Higher Education*, 24, 279-294.
- <sup>38</sup> Grey, I.M., Hastings, R., & McClean, B. (2007). Staff training and challenging behaviours. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 1-5.
- <sup>39</sup> Embregts, P.J.C.M. (2000). Effectiveness of video feedback and self-management on inappropriate social behavior of youth with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 409-423.
- <sup>40</sup> Embregts, P.J.C.M. (2002). Effects of video feedback on social behavior of youth with mild mental retardation and staff responses. *International Journal of Disability, Development and Education*, 49, 105-116.
- <sup>41</sup> Embregts, P.J.C.M. (2003). Using self-management, video feedback and graphic feedback to improve social behavior of youth with mild mental retardation. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 38(3), 282-294.
- <sup>42</sup> Bar-On, R., Brown, J.M., Kirkcaldy, B.D., & Thomé, E.P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*, 28, 1107-1118.
- <sup>43</sup> Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- <sup>44</sup> Gerits, L., Derksen, J.J., & Verbruggen, A.B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation*, 42, 106-21.
- <sup>45</sup> Zijlmans, L.J.M., Embregts, P.J.C.M., Gerrits, L., Bosman, A.M.T., & Derksen, J.J.L. (2011). Training emotional intelligence related to treatment skills of staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 219-230.
- <sup>46</sup> Willems, A.P.A.M., Embregts, P.J.C.M., Stams, G.J.J.M. & Moonen, X.M.H. (2010). The relation between intrapersonal and interpersonal staff behaviour towards clients with ID and challenging behaviour: A validation study of the Staff-Client Interactive Behaviour Inventory (SCIBI). *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 40-51.
- <sup>47</sup> Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., & Linehan, C. (2001). Social networks of people with mental retardation in residential settings. *Mental Retardation*, 39, 201-214.
- <sup>48</sup> Rose, J., Jones, F., & Fletcher, B. (2002). Investigating the relationship between stress and worker behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 163-172.
- <sup>49</sup> Rose, J., David, G., & Jones, C. (2003). Staff who work with people who have intellectual disabilities: The importance of personality. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 267-278.
- <sup>50</sup> Devereux, J., Hastings, R., & Noone, S. (2009). Staff stress and burnout in intellectual disability services: Work stress theory and its application. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 561-573.
- <sup>51</sup> Wanless, L.K., & Jahoda, A. (2005). Responses of staff towards people with mild to moderate intellectual disability who behave aggressively: a cognitive emotional analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 507-516.
- <sup>52</sup> Whittington, A. & Burns, J. (2005). The dilemmas of residential care staff working with the challenging behaviour of people with learning disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 59-76.

- <sup>53</sup> Hastings, R.P., & Remington, B. (1994). Staff behaviour and its implications for people with learning disabilities and challenging behaviours. *The British Journal of Clinical Psychology*, 33, 423-438.
- <sup>54</sup> Mitchell G., & Hastings, R.P. (2001). Coping, burnout, and emotion in staff working in community services for people with challenging behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 448-459.
- <sup>55</sup> Allen, D., & Tynan, H. (2000). Responding to aggressive behavior: impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Mental Retardation*, 38, 97-104.
- <sup>56</sup> Hastings, R.P., & Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 144-150.
- <sup>57</sup> Oorsouw, W.M.W.J. van, Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (2010). Challenging-Behaviour-Management training for direct-care staff: Evidence-based practice. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 192-196.
- <sup>58</sup> Bromley, J., & Emerson, E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 341-352.
- <sup>59</sup> Hastings, R.P. (1995). Understanding factors that influence staff responses to challenging behaviours: an exploratory interview study. *Mental Handicap Research* 8, 296-320.
- <sup>60</sup> Tierney, E., Quinlan, D., & Hastings, R.P. (2007). Impact of a 3-day training course on challenging behaviour on staff cognitive and emotional responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 58-63.
- <sup>61</sup> Oorsouw, W.M.W.J. van, Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (ingediend). The impact of a classroom training program on staff: learning to observe, analyse and intervene during stressful situations. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- <sup>62</sup> Reid, H.D., Parsons, M.B., Lattimore, L.P., Towery, D.L., & Reade, K.K. (2005). Improving staff performance through clinician application of outcome management. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 101-116.
- <sup>63</sup> Campbell, M. (2007). Staff training and challenging behavior. Who needs it? *Journal of Intellectual Disabilities*, 11, 143-156.
- <sup>64</sup> Oorsouw, W.M.W.J. van, Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 503-511.
- <sup>65</sup> Slot, W., & Spanjaard, H. (1999). Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. *Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Uitgeverij Intro.
- <sup>66</sup> Parsons, M.B., & Reid, D.H. (1995). Training residential supervisors to provide feedback for maintaining staff teaching skills with people who have severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 317-322.
- <sup>67</sup> Ricciardi, J.N. (2005). Achieving human service outcomes through competency-based training. A guide for managers. *Behavior Modification*, 29, 488-507.
- <sup>68</sup> Huitink, C., Embregts, P.J.C.M., Veerman, J.W. & L. Verhoeven (geaccepteerd). Staff Behavior toward Children and Adolescents in a Residential Facility: a Self-Report Questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*
- <sup>69</sup> Frenk, J., Lincoln, C., Butha, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., e.a. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376, 1923-1958.
- <sup>70</sup> Reinders, H. (2010). The importance of tacit knowledge in practices of care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 28-37.
- <sup>71</sup> Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23,1-33.
- <sup>72</sup> Norcross, J.C. (2002). Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford: *Oxford University Press*.
- <sup>73</sup> Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 307-389). New York: Wiley & Sons.



<sup>74</sup> Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate. *Models, methods, and findings*. London, UK: Erlbaum.

<sup>75</sup> Frank, J.R. (Ed) (2005). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

<sup>76</sup> Korthagen, F.A.J. (2004). In search of the essence of a good teacher: Towards a more holistic approach in teacher education. *Teaching and Teacher Education*, 20, 77-97.

<sup>77</sup> Hermsen, M., & Embregts, P. (2011). Je hebt 't of je hebt 't niet? *Menslievende professionalisering van toekomstige beroepskrachten van ROC en HBO*. Arnhem: HAN University Press.

<sup>78</sup> Epstein, R.M. (1999). Mindful practice. *Journal of the American Medical Association*, 282, 833-839.

<sup>79</sup> Rodgers, C. (2002). Defining reflection: another look at John Dewey and reflective thinking. *Teachers College Record*, 104, 842-866.

<sup>80</sup> Boenink, A.D. (2006). *Teaching and learning reflection on medical professionalism*. Enschede: Gildeprint Drukkerijen B.V.

<sup>81</sup> Vanlaere, L., Coucke, T., & Gastmans, C. (2010). Experiential learning of empathy in a care-ethics lab. *Nursing Ethics*, 17, 325-336.

<sup>82</sup> Verkerk, M., Lindemann, H., Maeckelberghe, E., Feenstra, E., Hartoungh, R., & Bree, M. de (2004). Enhancing reflection: An interpersonal exercise in ethics education. *Hasting Centre Report*, 34, 31-38.

<sup>83</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011). *Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg*. Den Haag: RVZ.

<sup>84</sup> Paillet, C., Goetz, R., & Amador, X. (2009). Double Blind, Randomized, Controlled Study of a Psychotherapy Designed to Improve Motivation for Change, Insight into Schizophrenia and Adherence to Medication. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 343.

<sup>85</sup> Tranzo (2010). *...de afgelopen 10 jaar hebben we hard gewerkt aan het overbruggen van de kloof tussen de wetenschap en de praktijk*. Verslag 2010.... Tilburg: Tilburg University.