

‘Een nieuwe methodiek, en dan?’

**Onderzoek naar de implementatie van het
competentiemodel op Hulselstraat 18**

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen. Mijn afstudeerstage heb ik afgerond binnen Lunet zorg, op de jeugdgroep Hulselstraat 18 te Duizel. Binnen deze instelling was mijn taak persoonlijk begeleider op een groep voor licht verstandelijk gehandicapten jongeren in de leeftijd van 15 t/m 21 jaar.

Na een moeizame start kan ik dit afstudeerproject nu eindelijk afronden.

Tijdens het maken van deze scriptie zijn er veel mensen die mij hebben ondersteund. Als eerste wil ik mijn begeleidster vanuit mijn stage Angelique Kok en mijn scriptiedocente Tika Rozendaal-Krijthe bedanken voor hun begeleiding.

Daarnaast wil ik de groepsbegeleiders van de verschillende jeugdgroepen bedanken voor hun medewerking aan de interviews en observatie.

Als laatste wil ik natuurlijk iedereen bedanken die mij de afgelopen tijd hebben gesteund: vrienden, familie en ouders.

Ghita Aarts, Juni 2009

Samenvatting

In het kader van mijn afstudeerscriptie heb ik onderzoek gedaan binnen Lunet zorg, locatie de Donksbergen. De vraagstelling die hierbij centraal stond is: *‘Op welke manier kan het competentiemodel geïmplementeerd worden binnen de behandeling van LVG-jeugd met gedragsproblemen in de leeftijd van 14 t/m 21 jaar op Hulselastraat 18?’*

In hoofdstuk 1 wordt beschreven hoe de organisatie in elkaar zit.

Lunet zorg is een organisatie die werkzaam is in de regio Zuid Oost Brabant. Lunet zorg is verdeeld in verschillende locaties. Locatie de Donksbergen richt zich op omgeving de Kempen en is opgedeeld in verschillende WBC's. De jeugdgroepen van de Donksbergen zijn ondergebracht onder WBC 8.

Per woongroep wonen ongeveer 6-7 cliënten. De jongeren binnen WBC 8 zijn licht verstandelijk gehandicapt (LVG) in de leeftijd tot ongeveer 21 jaar. De LVG-jongeren worden in hun ontwikkeling belemmerd, dit mede door bijkomende problemen zoals, psychiatrische, gedrags- en/of leerproblemen.

In hoofdstuk 2 wordt er ingegaan op het begrip lichtverstandelijke beperking en andere stoornissen die voorkomen op de jeugdgroepen. 'Een verstandelijke handicap verwijst naar problemen in het functioneren die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals tot uitdrukking komt in cognitieve, sociale en praktische vaardigheden. De problemen in het functioneren ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar'.

Naast de verstandelijke beperking komen er ook andere stoornissen voor binnen Hulselastraat 18. Als eerste wordt Autisme kort beschreven en als tweede ADHD. Autisme is een afzonderlijke stoornis, maar mensen met verstandelijke beperkingen zijn extra gevoelig om ook een stoornis in het autismespectrum te hebben. Soms is het moeilijk uit te maken of het autisme en de verstandelijke beperking naast elkaar staan of dat het ene het gevolg is van het andere.

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) is een chronische stoornis die op jonge leeftijd begint met aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit.

In hoofdstuk 3 wordt het competentiemodel uitgelegd. Het competentiemodel vindt zijn oorsprong in de gedragstherapie. Het model komt voort uit vier leertheorieën. De klassieke leertheorie van Pavlov, de operante leertheorie van Skinner, de sociale leertheorie van Bandura en de zelfregulatietheorie van Goldstein komen in dit hoofdstuk inhoudelijk aan bod.

We noemen jongeren competent wanneer ze over voldoende vaardigheden beschikken om de ontwikkelingsstaken waarmee zij in het dagelijks leven mee geconfronteerd worden, op adequate wijze kunnen vervullen. Er zijn factoren die invloed kunnen hebben op de competentie. Naast deze factoren kunnen jongeren probleemgedrag laten zien als gevolg van geringe competentie of als oorzaak van geringe competentie

In hoofdstuk 4 In dit hoofdstuk is beschreven hoe het competentiemodel toegepast kan worden binnen de hulpverlening. Allereerst wordt het gehele behandel proces globaal geschetst. Dit proces van informatie verzamelen en analyseren en het stellen van doelen bestaat uit verschillende stappen. De periode op de leefgroep is daarvoor opgedeeld in drie opeenvolgende fasen of niveaus. Het is de

bedoeling dat het probleemgedrag van de cliënt en zijn hulpvragen via de aangebrachte fasering stapsgewijs inzichtelijk worden gemaakt. Slot & Spanjaard (2003) geven aan dat de dagelijkse routine een cruciale basis is voor het werken met het competentiemodel. Er wordt ingegaan op de mogelijkheden die de dagelijkse routine biedt als het gaat om observatie, interventies en het reguleren van crisissituaties.

Voor het implementeren van het competentiemodel komen in hoofdstuk 5 de volgende punten naar voren. Beschrijving/vaststelling van de doelgroep aan de hand van hulpvragen per ontwikkelingstaak, analyse van sterke en zwakke elementen van het bestaande programma, beschrijving en verrijking van de dagelijkse routine, training uitvoerende werkers in basistechnieken voor competentievergroting, 'Training on the job', vaststelling van de fasering en koppeling aan informatieverzameling, behandelplanning, rapportage en voortgangsbespreking. Invulling van de fasering, vervolgtraining uitvoerende werkers, invoering van fasering, feedbacksystemen en rapportagesysteem en kwaliteitsbewaking.

In hoofdstuk 6 is beschreven op welke manier er onderzoek is gedaan. Hierin komen de volgende punten naar voren: de onderzoeksmethode, de omschrijving van de doelgroep, motivatie van de doelgroep, dataverzameling, analyse van de verzamelde gegevens en betrouwbaarheid en validiteit.

Vervolgens wordt het praktijkonderzoek beschreven, hierin is terug te vinden in hoeverre het competentiemodel terug te vinden is binnen de jeugdgroepen, hoe de groepsbegeleiders de implementatie hebben ervaren en wat zij nog nodig hebben om de implementatie te voltooien. Uiteindelijk komen in hoofdstuk 8 de conclusie en in de aanbevelingen aan bod.

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
INLEIDING	8
HOOFDSTUK 1: De organisatie, Lunet zorg	10
1.1 Inleiding	10
1.2 De organisatie: Lunet zorg	10
1.2.1 Visie	
1.2.2 Missie	
1.3 Organigram	11
1.4 Jeugdgroepen	11
1.4.1 Wintelresestraat 28	
1.4.2 Duizelstraat 6	
1.4.3 Hulselstraat 20	
1.4.4 Hulselstraat 18	
1.5 Samenvatting	13
HOOFDSTUK 2: Wat wordt er bedoelt met licht verstandelijke gehandicapt?	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Definitie verstandelijke handicap	14
2.2.1 Intellectueel functioneren	
2.2.2 Adaptief gedrag	
2.2.3 Indeling naar ernst van de beperking	
2.3 Licht verstandelijke gehandicapt	16
2.4 Andere stoornissen	17
2.4.1 Autisme en andere pervasieve ontwikkelingsstoornissen	
2.4.2 Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD)	
2.5 Samenvatting	21
HOOFDSTUK 3: Het competentiemodel in theorie	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Hoe is het competentiemodel ontstaan	22
3.2.1 De klassieke leertheorie van Pavlov	
3.2.2 De operante leertheorie van Skinner	
3.2.3 De sociale leertheorie van Bandura	
3.2.4 De zelfregulatietheorie van Goldstein	
3.3 Wat is competentie	26
3.3.1 Ontwikkelingstaken, subtaken en vaardigheden	
3.3.2 Factoren die invloed hebben op de competentie	

3.4	Het competentiemodel	30
3.5	Competentie en probleemgedrag	30
3.5.1	Geringe competentie als oorzaak van probleem gedrag	
3.5.2	Geringe competentie als gevolg van probleem gedrag	
3.6	Samenvatting	31
HOOFDSTUK 4: Competentiemodel: de theorie		32
4.1	Inleiding	32
4.2	Competentievergroting op een leefgroep: vijf basiselementen	32
4.2.1	Fysieke omgeving: Dagelijkse routine	
4.2.2	Fasering en feedbacksystemen	
4.2.3	Assesment en behandelplanning	
4.3	Samenvatting	41
HOOFDSTUK 5: Implementatie: de theorie		42
5.1	Inleiding	
5.2	Implementatie	44
5.2.1	Implementatieproces competentiemodel	
5.3	Samenvatting	45
HOOFDSTUK 6: Praktijkonderzoek		46
6.1	Inleiding	46
6.2	Onderzoeksmethode	46
6.3	Omschrijving doelgroep	46
6.4	Motivatie doelgroep	46
6.5	Dataverzameling	47
6.1.1	Halfgestructureerd interview	
6.1.2	Observeren	
6.6	Analyse verzamelde gegevens	48
6.7	Betrouwbaarheid en validiteit	48
6.8	Samenvatting	49
HOOFDSTUK 7: Resultaten		50
7.1	Inleiding	50
7.2	Beschrijving van de beginsituatie	50
7.3	Beschrijving huidige situatie	55
7.4	Samenvatting	59

HOOFSTUK 8: Conclusies en aanbevelingen	60
8.1 Conclusies	60
8.2 Aanbevelingen	61
 LITERATUURLIJST	 63
 BIJLAGEN	 64
Bijlage 1: Invoering en borging van het competentiegericht werken binnen de residentiële jeugdzorg	65
Bijlage 2: Topiclijst interview	70
Bijlage 3: Topiclijst observatie teamoverleg	72
 NAWOORD	 73

INLEIDING

Tijdens mijn derde en vierde jaar van de opleiding Pedagogiek heb ik stage gelopen bij Lunet Zorg. Sinds 1 januari 2008 is Lunet Zorg ontstaan uit een fusie van Meare en de Plaatse. Lunet Zorg is een organisatie die zorg en ondersteuning biedt aan mensen met een beperking van alle leeftijden in heel Brabant. Locatie de Donksbergen gelegen in de Kempen biedt sinds enkele jaren ook behandel- en woonvoorzieningen voor jongeren met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen.

De behandel- en woongroepen worden aangegeven met verschillende straatnamen en huisnummers. Ik liep stage op Hulselstraat 18. Op deze 24-uurs voorziening zitten 7 jongeren tussen de 14-21 jaar met een uiteenlopende problematiek. Dit verschilt van autisme tot ADHD tot hechtingsproblematiek. Wat deze kinderen vrijwel allemaal gemeen hebben is dat zij allen een licht verstandelijke beperkingen hebben en gedragsproblemen laten zien.

Tot op heden is er binnen de jeugdgroepen niet gewerkt met een duidelijke methodiek. Hierdoor is er geen eenduidige structuur hoe het behandelplan wordt omgezet in behandeldoelen, en hoe deze worden toegepast in de praktijk.

Binnen de jeugdgroepen is een nieuwe manier van werken met de cliënten geïntroduceerd, het competentiemodel.

Alle begeleiders binnen de jeugdgroepen zijn bijgeschoold over het werken met het competentiemodel, toch wordt er nog niet gewerkt met het competentiemodel binnen de jeugdgroepen. Sinds het besluit vanuit de organisatie om te starten met het competentiemodel hebben er verschillende personele wisselingen plaatsgevonden. Zo zijn de oorspronkelijke kartrekkers niet meer in dienst van de organisatie.

In mei 2007 heeft PI Research een verbeteranalyse uitgevoerd op Hulselstraat 18. De afdeling Praktijkonderzoek van PI Research richt zich op kwaliteitsverbetering in de zorg en het onderwijs. Het competentiemodel is in Nederland ontwikkeld en geïmplementeerd door PI Research - voorheen de afdeling gedragstherapieprojecten van het Paedologisch Instituut te Amsterdam. PI Research is een organisatie voor onderzoek, innovatie en opleiding, gericht op de ontwikkeling, opvoeding en behandeling van kinderen en jongeren.

Nu is de vraag hoe het werken met het competentie model aansluit bij de behandeling van de cliënten, en op welke manier dit dan in de praktijk zal moeten worden toegepast. Vanuit deze vraagstelling luidt de onderzoeksvraag als volgt:

Op welke manier kan het competentiemodel geïmplementeerd worden binnen de behandeling van LVG-jeugd met gedragsproblemen in de leeftijd van 14 t/m 21 jaar op Hulselstraat 18?

De uiteindelijke doelstelling van deze scriptie is om de stage-instelling aanbevelingen te doen hoe het competentiemodel kan worden toegepast binnen afdeling Hulselstraat 18 en welke stappen daarvoor moeten worden ondernomen.

Aan de hand van de probleemstelling en doelstelling zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Hoe ziet de organisatie eruit?
- Wat is de doelgroep: wat wordt er bedoeld met LVG-jeugd met gedragsproblemen?
- Wat is het competentiemodel?
- Hoe wordt het competentiemodel gebruikt in de praktijk volgens de theorie?
- Wat betekent theoretisch het implementeren van het competentiemodel?
- In hoeverre is het competentiemodel geïmplementeerd binnen de jeugdgroepen?
- Hoe hebben groepsbegeleiders de implementatie tot nu toe ervaren?
- Wat is er nog nodig om de implementatie te voltooien?

Aan de hand van de deelvragen zijn de hoofdstukken verdeeld:

Structuur

In hoofdstuk 1 wordt beschreven hoe de organisatie in elkaar zit. In hoofdstuk 2 wordt er ingegaan op het begrip lichtverstandelijke beperking en andere stoornissen die voorkomen op de jeugdgroepen.

In hoofdstuk 3 wordt het competentiemodel uitgelegd. In hoofdstuk 4 wordt vanuit de theorie beschreven hoe het competentiemodel vertaald wordt naar de praktijk. Vervolgens wordt beschreven hoe de methodiek geïmplementeerd kan worden binnen een organisatie in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 beschrijft het praktijkonderzoek. In hoofdstuk 7 is terug te vinden in hoeverre het competentiemodel wordt toegepast binnen de jeugdgroepen, hoe de groepsbegeleiders de implementatie hebben ervaren en wat zij nog nodig hebben om de implementatie te voltooien. Uiteindelijk komen in hoofdstuk 8 de conclusie en in hoofdstuk 9 de aanbevelingen aan bod.

HOOFDSTUK 1 De organisatie: Lunet zorg

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de eerste deelvraag: *'Hoe ziet de organisatie eruit?'*

Om op deze vraag een antwoord te kunnen geven komen de volgende onderwerpen aan bod. Allereerst wordt in paragraaf 2 beschreven wat Lunet Zorg is, de instelling in opdracht waarvan dit project is gemaakt.

In paragraaf 4 worden de verschillende jeugdgroepen beschreven.

1.2 Lunet Zorg

Lunet Zorg is een organisatie die werkzaam is in de regio Zuid Oost Brabant. Lunet zorg is 1 januari 2008 ontstaan uit een fusie van Meare en de Plaatse. Sinds 1 januari 2006 zijn Meare en de Plaatse bestuurlijk gefuseerd. Er is één Raad van Toezicht en één Raad van Bestuur gevormd. De werkeenheden Bureau Raad van Bestuur, Facilitair Bedrijf, Financiën, Huisvesting & ICT, PO & O en het Expertisecentrum zijn samengevoegd. In 2008 de juridische fusie en de reorganisatie afgerond.

Meare richtte zich op de omgeving Eindhoven en De Plaatse op omgeving de Kempen. In toenemende mate is de organisatie ook actief in andere gemeenten, zoals in de regio's Tilburg en Breda. Lunet bestaat naast de bestuurlijke holdingstichting uit Lunet zorg, Lunet huisvesting en Lunet wonen. Bij Lunet zorg zijn 2400 professionals (waarvan 130 stagiaires) en 1000 vrijwilligers werkzaam voor ruim 2300 cliënten (waarvan ruim 1200 verblijfscliënten) verspreid over bijna honderd locaties. Cliënten wonen in de eigen of ouderlijke woning, in woonbegeleidingscentra, in groepswoningen, studio's of appartementen.

1.2.1 Visie

Lunet zorg biedt zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking. De dienstverlening van Lunet zorg richt zich op de individuele vraag van de cliënt. Ze biedt haar cliënten keuzevrijheid waardoor de cliënt de regie over zijn eigen leven houdt.

Lunet zorg doet dit met professionaliteit en vanuit het hart, met bezieling en gewetensvol. Ze wil laten zien dat haar visie zichtbaar is in de manier waarop ze werkt en hoe collega's en cliënten met elkaar omgaan. Visie hebben betekent voor Lunet zorg ook dat ze beelden heeft over hoe het nog beter kan. Daarnaast is het de taak van Lunet zorg om de samenleving te beïnvloeden, zodat deze steeds meer open staat voor mensen met een handicap.

1.2.2 Missie

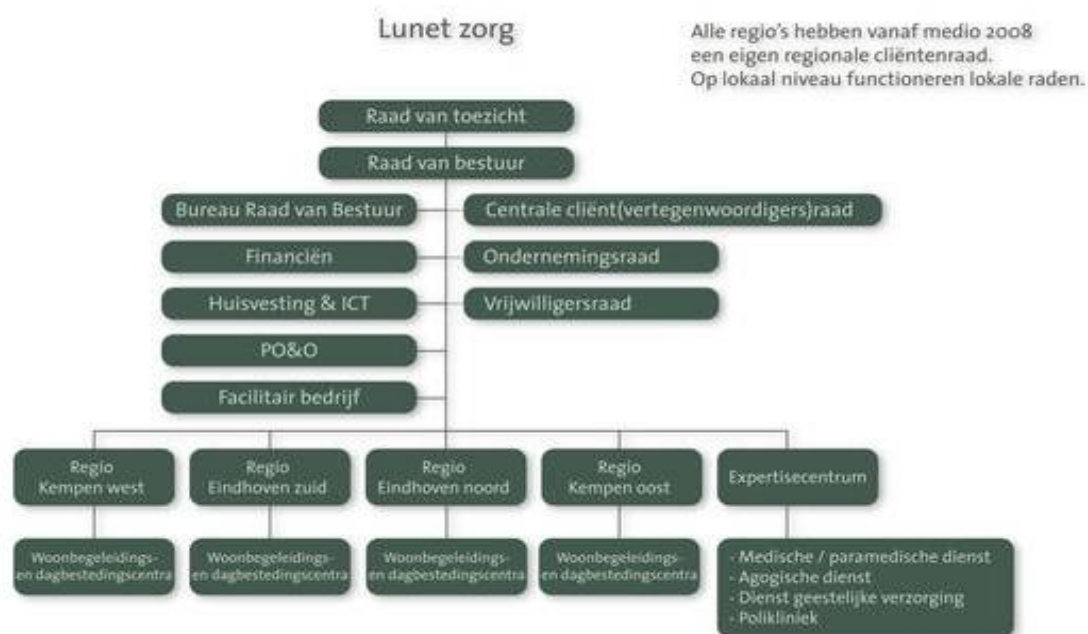
Lunet zorg wil verder bouwen aan haar doelgroepspecifieke expertise. Zij willen hierin verder groeien den de diensten voor de doelgroepen verder uitbreiden. Daarnaast wil Lunet zorg meer cliënten en doelgroepen bedienen om groot in diversiteit te zijn. Zij willen kwaliteit verbeteren maar vooral ook borgen en constant bezig zijn om te kunnen vernieuwen. Uitgangspunt is lokale zorg dichtbij huis en specialistische zorg op een beperkt aantal locaties in de regio aan te bieden. De eisen van cliënten, hun vertegenwoordigers, medewerkers, Inspectie voor de Gezondheidszorg en het zorgkantoor zijn hierbij richtinggevend.

Lunet zorg wil in haar groei- en verdiepingsstrategie voor mensen met een verstandelijke beperking ook andere doelgroepen bedienen.

Primaire doelgroepen zijn mensen met een verstandelijke beperking. Voor een aantal groepen zijn specifieke en/of specialistische zorgvormen of behandelingen vereist. Dit geldt voor:

- kinderen en jeugd;
- mensen met (ernstige) gedragsproblemen;
- mensen met een stoornis op het autismespectrum;
- meervoudig complex gehandicapten (MCG);
- mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende (psycho)geriatrisch problematiek.

1.3. Organogram



1.4 Jeugdgroepen

In deze paragraaf wordt de doelgroep van WBC 8 (Woonbegeleidings en dagbestedingscentra) beschreven. Zoals in de vorige paragraaf te lezen is, zijn de verschillende regio's van Lunet zorg weer onder verdeeld in verschillende WBC's (Woonbegeleidings en dagbestedingscentra). In 2001 is op Locatie de Donksbergen in Duizel een 24 uren verblijfsetting met nieuwe BijzondereZorg-jeugd (BZ-j) gestart. Sinds oktober 2004 is de BZ-j verdeeld in vier woongroepen:

1. *Wintelresestraat 28: Auti-groep: het accent ligt op autisme;*
2. *Duizelstraat 6: Trainingsgroep: het accent ligt op zelfstandigheidstraining;*
3. *Hulselstraat 20: Kindgroep: het accent ligt op de behandeling van jonge kinderen t/m 13 jaar;*
4. *Hulselstraat 18: Pubergroep: het accent ligt op kinderen vanaf 13 jaar*

Per woongroep wonen ongeveer 6-7 cliënten. De jongeren binnen WBC 8 zijn licht verstandelijk gehandicapt (LVG) in de leeftijd tot ongeveer 21 jaar. De LVG-jongeren worden in hun ontwikkeling belemmerd, dit mede door bijkomende problemen zoals, psychiatrische, gedrags- en/of leerproblemen. Zij kunnen zich op grond van hun lager intellectueel functioneren en beperkte sociale redzaamheid niet zonder hulp handhaven in reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school werk, groep, leeftijdgenoten, burens).

1.4.1 Wintelresestraat 28

Wintelresestraat 28 is een groep met maximaal 6 jongeren in de leeftijd van 6-18 jaar. Het accent binnen deze groep ligt op jongeren met stoornissen binnen het autistisch spectrum. Het intellectueel niveau van de cliënten ligt op de grens van een licht tot matig verstandelijke beperking. Externaliserende problematiek is vaak de reden van aanmelding. Vaak wordt dit veroorzaakt vanuit onderliggende geïnternaliseerde problematiek. De volwassenen zijn de gezagdragers en nemen de regie over door middel van een directieve en structurende benadering. De cliënten wonen hier tussen de één en twee jaar.

Het doel voor deze groep cliënten is om een regelmatige en voorspelbare dagroutine aan te leren. Ze leren om hun vrije tijd zinvol in te vullen. Ook zullen zij opnieuw moeten leren hoe zij omgaan met gezag. In eerste instantie leren de jongeren omgaan met het gezag van de groepsbegeleiding, maar later ook vanuit ouders.

1.4.2 Duizelstraat 6

Binnen Duizelstraat 6 ligt de nadruk op de zelfstandigheidstraining. De cliënten worden voorbereid op een eventueel vervolgtraject, hetzij thuis (al dan niet in combinatie met ambulante of dagbehandeling), hetzij in de regio met (individueel) begeleid zelfstandig wonen. Tijdens de training op Duizelstraat 6 wordt er ook gekeken naar een passende en zinvolle dagbesteding voor de cliënt omdat zij de school op korte termijn zullen moeten verlaten. Daarnaast wordt er gekeken naar een passende vrijetijdsbesteding.

De leeftijd van de cliënten ligt rond de 15 jaar. Naast hun licht verstandelijke beperking hebben de cliënten ook andere stoornissen. Te denken valt aan; hechtingsstoornissen, PPD-NOS en ouderkind-relatieproblematiek. Dit uit zich dus in internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. Een voorwaarde is wel dat de cliënt zijn externaliserende gedragsproblemen zodanig onder controle heeft dat deze zelden op de voorgrond treedt. Het sociaal cognitief niveau ligt rond de 5-9 jaar. De nadruk van de training ligt op het eerst voordoen, dan samendoen en vervolgens zelfstandig doen van bepaalde activiteiten.

De cliënten worden elk vanuit hun eigen studio individueel begeleid. Ze volgen dus een individueel programma gecombineerd met activiteiten in (sub)groepen.

1.4.3 Hulselstraat 20

Binnen Hulselstraat 20 verblijven cliënten in de leeftijd t/m 12 jaar oud. Het intelligentieniveau van de cliënten is licht verstandelijk gehandicapt. Verder hebben zij andere stoornissen zoals: ADHD, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en hechtingsstoornis. De externaliserende

gedragsproblemen staan op de voorgrond, maar moet veelal gezien worden als maskering van onderliggende angsten en beperkte competenties. Het sociaal cognitieve niveau ligt tussen de 5-9 jaar. Kenmerkend voor deze leeftijd is: impulsiviteit, eenzijdig rekening houden met eigen belangen of die van anderen. De behandeling is veelal groepsgericht maar daarnaast heeft elke cliënt een individueel behandelplan.

1.4.4. Hulselstraat 18

Hulselstraat 18 is een 24-uurs voorziening voor jongeren tussen de 14-21 jaar. Binnen Hulselstraat 18 verblijven 7 cliënten. De jongeren die op deze afdeling verblijven hebben een sociaal emotionele problematiek met bijkomende stoornissen zoals ADHD en autisme. Externaliserende gedragproblematiek is vaak de reden van aanmelding, maar gaat vaak gepaard met internaliserende problematiek.

De jongeren draaien mee in een dagelijkse routine waar binnen gezamenlijke momenten en individuele bezigheden en interesses elkaar afwisselen.

Aan de hand van een persoonlijk plan worden vaardigheden van de jongeren in kaart gebracht en leerdoelen geformuleerd. De begeleiding die door zes pedagogische medewerkers wordt gegeven, sluit aan bij de leeftijd en de individuele behoeften van de kinderen.

De behandelgroep wordt geleid door een orthopedagoog voor wat betreft de hulpverlening en door het WBC- (Woonbegeleidings en dagbestedingscentra) hoofd voor wat betreft alle voorwaarden scheppende aspecten.

Samenvatting 1.5

In dit hoofdstuk is beschreven hoe de organisatie er uit ziet. Hiermee is een antwoord gegeven op de deelvraag: *'Hoe ziet de organisatie eruit?'* en een gedeeltelijk antwoord op: *'Wat is de doelgroep: wat wordt er bedoeld met LVG-jeugd met gedragsproblemen?'*

Lunet zorg is een organisatie die werkzaam is in de regio Zuid-Oost Brabant. Lunet zorg is verdeeld in verschillende locaties. Locatie de Donksbergen richt zich op omgeving de Kempen en is opgedeeld in verschillende WBC's. De jeugdgroepen van de Donksbergen zijn ondergebracht onder WBC 8.

Wintelresestraat 28: Auti-groep: het accent ligt op autisme. Duizelstraat 6: Trainingsgroep: het accent ligt op zelfstandigheidstraining. Hulselstraat 20: Kingroep: het accent ligt op de behandeling van jonge kinderen t/m 13 jaar. Hulselstraat 18: Pubergroep: het accent ligt op kinderen vanaf 13 jaar

Per woongroep wonen ongeveer 6-7 cliënten. De jongeren binnen WBC 8 zijn licht verstandelijk gehandicapt (LVG) in de leeftijd tot ongeveer 21 jaar. De LVG-jongeren worden in hun ontwikkeling belemmerd, dit mede door bijkomende problemen zoals, psychiatrische, gedrags- en/of leerproblemen. Zij kunnen zich op grond van hun lager intellectueel functioneren en beperkte sociale redzaamheid niet zonder hulp handhaven in reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school werk, groep, leeftijdgenoten, burens).

2.1 Inleiding

Wat is een verstandelijke beperking? Wat houdt het in? In dit hoofdstuk zal uitleg gegeven worden over wat een (licht) verstandelijke beperking is, wat de oorzaken zijn en er zullen drie aspecten van de ontwikkeling besproken worden. Ook komen er twee andere stoornissen aan bod, namelijk Autisme en ADHD.

2.2 Definitie verstandelijke handicap

In mei 2002 is de tiende editie gepubliceerd van het handboek van de American Association on Mental Retardation (AAMR) met de meest recente internationale definitie van 'verstandelijke handicap'.

Deze definitie luidt in de Nederlandse vertaling als volgt: 'Een verstandelijke handicap verwijst naar problemen in het functioneren die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals tot uitdrukking komt in cognitieve, sociale en praktische vaardigheden. De problemen in het functioneren ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar'.

Deze definitie houdt rekening met de mogelijkheden en beperkingen van de persoon, met de verwachtingen en eisen die de omgeving stelt en met de ondersteuning die geboden wordt.

De omgeving heeft invloed op het functioneren van de persoon. Wanneer de omgeving voldoende aangepast kan worden, heeft de persoon minder hinder van zijn beperkingen. Een beperking komt naar voren in de wisselwerking tussen persoon en omgeving. Iemand kan daarom in de ene omgeving en in de ene periode in zijn leven wel 'een handicap' hebben en in een andere omgeving of een andere levensfase niet.

Bij de beoordeling of er sprake is van een verstandelijke handicap wordt dus gekeken naar het intellectuele functioneren, naar vaardigheden die bepalen hoe iemand zich weet te handhaven in de samenleving en naar de leeftijd waarop de beperkingen merkbaar worden (Biemond e.a., 2002)

2.2.1 Intellectueel functioneren

Om het niveau van intellectuele functioneren in te schatten, gebruikt men een of meer intelligentietests. Bij het afnemen van een intelligentietest laat men de persoon een aantal verschillende 'opdrachten' uitvoeren, zoals vormen herkennen, puzzels leggen, met cijfers spelen, woorden herkennen, een stripverhaal op volgorde leggen, zinnen afmaken en dergelijke. De opdrachten hebben te maken met woordenschat, schoolse vaardigheden, ruimtelijk inzicht, inzicht in relaties, met kennis en met ervaring. Via een intelligentietest vergelijkt men de prestaties van de persoon met betrekking tot die verschillende aspecten met een grote groep anderen van dezelfde leeftijd. De uitkomst van een intelligentietest noemt men het IQ.

Kinderen en volwassenen met een IQ van 85-115 noemt men normaal begaafd. In dit gebied scoort ongeveer tweederde van de bevolking. Bij een IQ van 70-85 spreekt men van een zwak normaal intellect (zwakbegaafd). Wanneer het gemeten IQ lager is dan 70 spreekt men van intellectuele

beperkingen. Er zijn verschillende soorten tests: Speciaal bedoeld voor jonge kinderen, voor kinderen in de schoolleeftijd en voor volwassenen. Er zijn ook tests die min of meer onafhankelijk zijn van cultuur en van gesproken taal (Biemond e.a., 2002).

Er is veel kritiek geweest op het gebruik van intelligentietests (Biemond e.a., 2002). Deels komt dit doordat het begrip 'intelligentie' zo moeilijk is te vatten, maar ook doordat met uitkomsten van intelligentietests soms vreemd wordt omgegaan. Intelligentie is niet op dezelfde manier te meten als lengte of gewicht. De uitkomst van de test dient altijd gewogen te worden tegen de achtergrond van wat al bekend is over de persoon. Wanneer de uitkomst van een test duidelijk afwijkt van 'het beeld' dat ouders en andere opvoeders zich hebben gevormd van de persoon, is het van belang na te gaan hoe dit komt. Vooral wanneer een persoon een score behaalt in het grensgebied tussen 'zwak normaal' en 'intellectuele beperkingen', is voorzichtigheid op zijn plaats. Hetzelfde geldt wanneer er bijkomende beperkingen zijn die het moeilijk maken om het kind te testen (autisme, slechthorendheid, slechthorendheid, extreme faalangst).

De uitkomst van een intelligentietest is betrouwbaarder naarmate het kind een 'normale' werkhouding heeft, een mentale leeftijd heeft boven de drie jaar en niet te veel bijkomende beperkingen.

2.2.2 Adaptief gedrag

Het tweede criterium in de definitie heeft te maken met de mate waarin de persoon zich weet te handhaven. Er kan sprake zijn van beperkingen op het gebied van communicatie, sociale vaardigheden, zelfstandigheid en zelfredzaamheid en dergelijke. Ook op dit gebied moet de persoon aanmerkelijke beperkingen ondervinden (naast de intellectuele beperking) voor men kan spreken van een verstandelijke handicap. Het zal duidelijk zijn dat deze vaardigheden niet los van elkaar staan en dat ze evenmin los staan van de intellectuele mogelijkheden. Nog belangrijker is dat beperkingen op dit gebied direct samenhangen met de omgeving, de levensfase en de ondersteuning die wordt geboden. Een persoon die niet kan spreken maar wel vaardig is met gebaren, hoeft in een omgeving die zijn taal verstaat weinig beperkingen te ondervinden. In een omgeving die zijn gebaren niet verstaat is dezelfde persoon ernstig beperkt in zijn mogelijkheden.

Door de combinatie van verstandelijke vaardigheden en van 'je weten te handhaven in de samenleving' lijkt het dat in de schooljaren meer kinderen en verstandelijke handicap hebben dan in de jaren erna. De eisen die aan kinderen en jongeren op het gebied van schoolse vaardigheden worden gesteld, liggen meestal hoger dan de eisen die aan een volwassen persoon worden gesteld om zich te kunnen handhaven in de samenleving. Met een goed netwerk en op maat gesneden ondersteuning zullen veel volwassenen zich behoorlijk zelfstandig kunnen handhaven. Het is onterecht om deze mensen 'verstandelijk gehandicapt' te blijven noemen. Ook al zouden zij het zonder ondersteuning onmiddellijk weer zijn.

2.2.3 Indeling naar ernst van de beperkingen

De ernst van de verstandelijke beperking kan worden onderverdeeld op grond van de uitkomst van een intelligentieonderzoek:

Lichte verstandelijke beperkingen	IQ: 50-70	Mentale leeftijd: 7-11 jaar
Matige verstandelijke beperkingen	IQ: 35-50	Mentale leeftijd: 4-7 jaar
Ernstige verstandelijke beperkingen	IQ: ≤ 35	Mentale leeftijd: 0-4 jaar

2.3 Licht verstandelijke handicap

Ongeveer de helft van de mensen met een verstandelijke handicap heeft lichte verstandelijke beperkingen. Wat betreft functionele vaardigheden gaat het hier om mensen die zich meestal redelijk kunnen uitdrukken, die beperkt kunnen leren lezen en met geld omgaan, die zich vrij zelfstandig kunnen bewegen in de samenleving en die kunnen leren zichzelf te verzorgen. En in het huidige systeem naar het voorgezet speciaal onderwijs (VSO ZML) of leerwegondersteunend onderwijs gaan en later naar een dagcentrum voor volwassenen of (met begeleiding) een baan vinden.

LVG specifieke kenmerken:	En bijkomende kenmerken/ problematiek	Komen tot uiting in
INTELLIGENTIE: IQ 50-70 + 70-85 BEPERKT SOCIAAL AANPASSINGSVERMOGEN	LEERPROBLEMEN	ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN
	PSYCHIATRISCHE STOORNIS	
	MEDISCH-ORGANISCHE PROBLEMEN	
	PROBLEMEN IN GEZIN EN SOCIAL CONTEXT	
En leiden tot: CHRONICITEIT / LANGDURIGE BEHOEFT AAN ONDERSTEUNING		

Fig. II model van LVG-problematiek van het landelijk kenniscentrum LVG

Licht verstandelijk beperkten worden in hun sociaal-emotionele ontwikkeling juist als erg kwetsbaar omschreven. Zij komen vaak al op zeer jonge leeftijd onder grote emotionele druk te staan door een wisselwerking tussen hun eigen beperkingen en de (inadequate) reacties van de omgeving hierop (Douma, van den Bergh & Hoekman in; Van Gemert & Minderaa, 2000). Één van de beperkingen die de verstandelijk beperkte ondervindt is dat hij niet goed duidelijk kan maken aan zijn omgeving wat hij bedoelt. Hierdoor is het lastig voor de omgeving om zijn bedoelingen goed te begrijpen. Als gevolg hiervan kan er grote emotionele druk ontstaan bij de verstandelijk beperkte. Došen en John J. McGee (In Van Gemert & Minderaa, 2000) benadrukken het belang van een vriendelijke en warme relatie tussen het kind en ouder. Interactie speelt hierbij een erg belangrijke rol. De ouder of opvoeder dient voortdurend alert te zijn op signalen die het kind uitzendt. Ouders en/of opvoeders moeten hier responsief op reageren. Ook dient de ouder / opvoeder zijn niveau en wijze van communiceren af te stemmen op het niveau van het kind. Als dit niet gebeurt, is de kans op emotionele problemen groot. Deze emotionele problemen kunnen zich gaan uiten in gedragsproblemen.

De emotionele ontwikkeling ligt bij licht verstandelijk gehandicapten ook anders dan bij normaal begaafden. Licht verstandelijk gehandicapten leren vooral door ervaring. Door veel oefening en herhaling zullen zij uiteindelijk oorzaak en gevolg ontdekken. Dit vergt wel extra aandacht van de ouder of opvoeder. Er is zo dus ook veel geduld nodig bij het aanleren bij het herkennen en uitten van emoties. Wanneer een verstandelijk gehandicapt persoon dingen aangeboden krijgt waar hij nog niet aan toe is, kan het in paniek raken of gedragsproblemen laten zien. Dit simpelweg omdat hij zelf moeilijk kan aangeven wat er mis is.

Wat ook mee speelt is dat veel kinderen of adolescenten met een licht verstandelijke beperking worden overschat. De eisen die dan verstandelijk en emotioneel gesteld worden, zijn vaak veel te hoog, waardoor er overschatting plaats vindt en er een emotionele reactie ontstaat. Deze reactie is dan niet het directe gevolg van de verstandelijke beperking, maar van het feit dat het kind of de adolescent niet kan overzien wat er van hem verlangd wordt. Het kind of de adolescent komt emotioneel in de knel, wat de nodige gedragsproblemen met zich mee kan brengen (Van Gemert & Minderaa, 2000).

Mensen met een verstandelijke beperking vormen een kwetsbare groep. In sociaal opzicht hebben ze meer zorg en aandacht nodig. Ze zijn kwetsbaar in de zin dat ze zich niet volgens de doorsnee normen ontwikkelen. Indien de normen worden aangepast aan hun eigen ontwikkelingstempo, is de kwetsbaarheid veel minder (Van Gemert & Minderaa, 2000).

2.4 Andere stoornissen

Voor alle mensen met een verstandelijke handicap geldt dat ze extra kwetsbaar zijn om behalve – en vaak los van – de intellectuele beperking op andere gebieden beperkingen en/of bijkomende aandoeningen ondervinden. Het onderkennen van deze aandoeningen is vaak niet eenvoudig en ook het vinden van een adequate behandeling kan moeilijk zijn.

Autisme is een afzonderlijke stoornis, maar mensen met verstandelijke beperkingen zijn extra kwetsbaar om tevens een stoornis in het autismespectrum te hebben. Ook de ernst hiervan neemt toe naarmate de verstandelijke beperking ernstiger is. Soms is het moeilijk uit te maken of het autisme en de verstandelijke beperking naast elkaar staan of dat het ene het gevolg is van het andere. (Biemond e.a., 2002)

2.4.1 Autisme en andere pervasieve ontwikkelingsstoornissen (PDD)

In 1943 wordt voor het eerst het begrip '*autistic disturbance of affective contact*' geïntroduceerd door de Amerikaanse kinderpsychiater Leo Kanner. In 1944 beschreef Asperger een groep kinderen met contactstoornissen die hij '*autistische Psychopathen*' noemde. Sindsdien heeft het begrip autisme een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Tegenwoordig is er een en dezelfde benaming dat in de Angelsaksische literatuur omschreven wordt met de term '*pervasive developmental disorders*' (PDD) of '*autism spectrum disorders*' (ASD) (Verhulst, 2006)

Autistische stoornis (klassiek autisme) kan gezien worden als het prototype van het spectrum van ontwikkelingsstoornissen. Daarnaast bevindt zich een groep die niet helemaal voldoet aan de criteria van autistische stoornis. In de Nederlandse taal worden verschillende begrippen gebruikt voor autisme. Pervasive ontwikkelingsstoornissen wordt gezien als paraplu-begrip voor het hele autistisch spectrum en is synoniem met begrippen als 'autismespectrumstoornissen' en 'autisme'.

De pervasive ontwikkelingsstoornissen worden gekenmerkt door een vroeg begin en door ernstige en chronische beperkingen in het dagelijks functioneren. Deze beperkingen uiten zich in stoornissen in de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden en in de ontwikkeling van leeftijdsadequate interesses, gedragspatronen en activiteiten. Naast de verschillende variaties in ernst van de symptomen van PDD kunnen er ook grote verschillen zijn in IQ van kinderen en jeugdigen. Qua IQ kunnen zij variëren van zeer ernstig verstandelijk gehandicapt tot hoog functionerend en intelligent.

Wanneer mensen die voldoen aan de diagnostische criteria van autistische stoornis en een IQ van 70 of hoger hebben, spreekt men van hoog functionerend autisme (HFA). Bij mensen die onder de 70 scoren spreekt men van laag functionerend autisme (LFA)

Tot de pervasive ontwikkelingsstoornissen horen:

1. autistische stoornis (klassiek autisme)
2. Rett-syndroom; sprake van een verlies van reeds ontwikkelde functies.
3. Desintegratieve stoornis van de kinderleeftijd, ook wel syndroom van Heller genoemd; sprake van een verlies van reeds ontwikkelde functies.
4. stoornis van Asperger
5. pervasive ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-NOS)

Diagnostische kenmerken van autisme

De leeftijd waarop de diagnose autisme gesteld kan worden is ongeveer 6 jaar (Howlin & Moore, 1997). Het is ook mogelijk om de diagnose al voor het derde jaar te stellen (Volmar e.a., 2004). Natuurlijk is er wel voorzichtigheid geboden bij het stellen van een diagnose op zo'n jonge leeftijd, in de eerste levensjaren is er nog grote variatie in het beloop van de symptomatologie en is het moeilijk te voorspellen welke kinderen enige vooruitgang zullen boeken en welke kinderen geen verbetering in vaardigheden zullen laten zien. (Charman e.a., 2005). De diagnose autisme blijkt twee tot drie jaar na de eerste herkenning van de symptomen uiteindelijk gesteld te kunnen worden. Het is belangrijk dat er niet te voorzichtig gedaan wordt met het stellen van de diagnose van autisme. Wanneer kinderen de diagnose hebben gaat er een wereld van hulpverlening, financiering van noodzakelijke zorg en aangepast onderwijs voor hen open. Wanneer het kind dus geen diagnose heeft kan zij ook geen gebruik maken van deze voorzieningen (Verhulst, 2006)

Contactstoornis

De kern van autisme is toch wel dat er problemen zijn in het vermogen om relaties met anderen aan te gaan. In de eerste levensjaren van een kind met autisme zie je dit terug in het niet reageren op de naam, het ontbreken van een begroetingsreactie als het kind zijn ouders ziet na een korte scheiding, het niet uitsteken van de armpjes als het wordt opgepakt. Kinderen met autisme hebben problemen met gedrag die horen bij normaal hechtingsgedrag (Verhulst, 2006).

Het begrip contact beslaat de hele wederzijdse interactie tussen twee of meerder personen. Wanneer je kijkt naar het oogcontact van kinderen met autisme kan het zijn dat ze juist heel weinig oogcontact of juist continu oogcontact maken. Beiden situaties zijn niet gepast binnen een normale interactie tussen mensen. Naast oogcontact kan een kind met autisme ook meer geïnteresseerd zijn in de ander door fysiek contact. Het aanraken van de huid en haren bijvoorbeeld. Het tegenovergestelde kan ook plaatsvinden dat het kind met autisme de ander niet ziet en voor hem niet bestaat.

Naast de kwantiteit van het contact is ook de kwaliteit van het contact gestoord. Wanneer een kind je aankijkt lijkt het soms alsof zij door je heen kijkt.

2.4.2 Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD)

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) is een chronische stoornis die op jonge leeftijd begint met aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit. Pas als deze problemen in extreme mate aanwezig zijn in bijvoorbeeld de thuissituatie en op school kan er van ADHD gesproken worden (Verhulst, 2006)

De diagnose wordt aan de hand van observeerbaar gedrag gesteld. Het accent van de kenmerken van ADHD verandert met de leeftijd, zo staat bij jonge kinderen hyperactiviteit op de voorgrond en bij schoolgaande kinderen de aandachtsproblemen. In de adolescentie zijn het vooral de aandachtsproblemen en de impulsiviteit. De hoofdkenmerken van de DSM-IV-criteria is terug te vinden in het volgende schema:

A zes of meer van de symptomen van:

Aandachttekort

- Onvoldoende aandacht voor details
- Kan aandacht niet bij taken of spel houden
- Lijkt niet te luisteren
- Maakt taken/karweitjes niet af
- Moeite met organiseren van taken en activiteiten
- Vermijdt langdurige geestelijke inspanning
- Raakt vaak dingen kwijt
- Afgeleid door uitwendige prikkels
- Vergeetachtig

Of zes of meer van de symptomen van:

Hyperactiviteit/impulsiviteit

- Beweegt vaak onrustig met handen of voeten
- Staat vaak op in de klas
- Rent vaak rond of klimt
- Kan moeilijk rustig spelen
- Is vaak 'in de weer'
- Praat aan een stuk door
- Gooit antwoorden eruit
- Moeite op zijn/haar beurt te wachten
- Verstoot of onderbreekt anderen

De symptomen moeten ten minste zes maanden aanwezig zijn in een mate die niet past bij het ontwikkelingsniveau:

B Enkele symptomen die beperking veroorzaken waren voor het zevende jaar aanwezig.

C Enkele beperkingen ten gevolge van de symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school en thuis)

D Er zijn aanzienlijke beperkingen in het sociale functioneren of in het functioneren op school

Fig. III Hoofdkenmerken ADHD.

Aandachtstekort

Met aandacht worden de processen bedoeld waarmee op systematische wijze informatie uit de omgeving wordt opgenomen (Verhulst, 2006). Aandacht heeft niet alleen te maken met concentreren maar ook met hoe je de concentratie gericht kunt gebruiken.

Hyperactiviteit

Bij hyperactiviteit kun je denken aan friemelen met de handen, spelen met voorwerpen, en wiebelen op je stoel. Ook kan er een vorm van overbeweeglijkheid zijn waarbij een kind erg onrustig overkomt voortdurend opstaat en rondloopt. Als laatste kunnen kinderen met ADHD in een situatie waar rust vereist wordt niet doelgericht bezig zijn. Hierdoor gaat er nog wel eens iets kapot (Verhulst, 2006).

Impulsiviteit

Met impulsiviteit bedoelen we het observeerbare, ongecontroleerde gedrag van kinderen en jongeren wanneer zij een eenmaal in gang gezette actie niet meer kunnen afremmen.

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende deelvraag: *‘Wat is de doelgroep: wat wordt er bedoeld met LVG-jeugd met gedragsproblemen?’*

In Nederland zijn ongeveer 111.000 mensen met een verstandelijke handicap. Deze definitie luidt in de Nederlandse vertaling als volgt: ‘Een verstandelijke handicap verwijst naar problemen in het functioneren die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals tot uitdrukking komt in cognitieve, sociale en praktische vaardigheden. De problemen in het functioneren ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar’.

Naast de verstandelijke beperking komen er ook andere stoornissen voor binnen Huiselstraat 18. Als eerste wordt Autisme kort beschreven en als tweede ADHD. Autisme is een afzonderlijke stoornis, maar mensen met verstandelijke beperkingen zijn extra gevoelig om ook een stoornis in het autismespectrum te hebben. Soms is het moeilijk uit te maken of het autisme en de verstandelijke beperking naast elkaar staan of dat het ene het gevolg is van het andere.

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) is een chronische stoornis die op jonge leeftijd begint met aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit.

3.1. Inleiding

In het volgende hoofdstuk wordt uitgebreid ingegaan op de vraag wat het competentiemodel theoretisch inhoudt. Om een beter inzicht te krijgen in het competentiemodel en het te kunnen toepassen is het belangrijk om te weten hoe het competentiemodel is ontstaan.

Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg (H.J.M. Spanjaard, 1998) impliceert dat jeugdigen en hun ouders vaardigheden leren die ze nu en straks nodig hebben om adequaat te functioneren in de samenleving.

Om jeugdigen en hun ouders vaardigheden te leren, is het noodzakelijk hen taken aan te bieden die aansluiten bij hun niveau en mogelijkheden en voldoende uitdaging en leerkansen bieden voor verdere ontwikkeling.

3.2 Hoe is het competentiemodel ontstaan?

Voordat het competentiemodel als methodiek inhoudelijk wordt uitgelegd, is het belangrijk om te weten hoe het competentiemodel is ontstaan.

Het competentiemodel is voortgekomen uit vier leertheorieën vanuit de gedragstherapie. De volgende leertheorieën worden in de volgende paragrafen verder omschreven. (Slot & Spanjaard, 1999)

- De klassieke leertheorie van Pavlov
- De operante leertheorie van Skinner
- De sociale leertheorie van Bandura
- De zelfregulatietheorie van Goldstein

De leertheorieën beschrijven hoe mensen gedrag leren en weer afleren. Binnen de leertheorieën staan drie belangrijke principes centraal. Als eerste is al het gedrag wat een mens laat zien aangeleerd. Als tweede wordt benoemd dat al het gedrag een functie heeft. En als laatste speelt de omgeving een belangrijke rol bij het aanleren van gedrag.

3.2.1 De klassieke leertheorie van Pavlov

De klassieke leertheorie lijkt op het eerste gezicht van weinig belang voor het competentiemodel en het gebruik daarvan als methodiek in de hulpverlening. Het is uiteraard niet de bedoeling dat klassieke conditionering binnen de hulpverlening wordt gebruikt om cliënten vaardigheden aan te leren. Toch is het een zinvolle theorie om te kennen, wanneer men bijvoorbeeld tracht te begrijpen hoe bepaalde problemen als angsten en vermijdinggedrag bij kinderen zijn ontstaan (Slot & Spanjaard, 1999).

De klassieke leertheorie gaat over klassieke conditionering. Ivan Pavlov was de eerste persoon die deze leervorm bestudeerde. De klassieke conditionering gaat uit van iets leren door een gebeurtenis met een andere gebeurtenis te associëren. Een bekend voorbeeld is zijn experiment met een hond. Pavlov liet hier consequent een toon horen alvorens de hond te eten kreeg. Hierbij keek Pavlov

hoeveel speeksel de hond produceerde. Na enige tijd produceerde de hond alleen al speeksel wanneer hij de toon hoorde. Een gebeurtenis die zonder voorafgaand leren aanleiding geeft tot een respons, noemde Pavlov een ongeconditioneerde stimulus (OS). De ongeconditioneerde respons (OR) is de reactie op de ongeconditioneerde stimulus. In het geval van het experiment was het voedsel de (OS) en het speeksel de (OR). Een gebeurtenis die zonder voorafgaand leren géén aanleiding geeft tot een specifieke respons, maar na training wel, wordt een geconditioneerde stimulus genoemd (CS). De reactie die na training door de geconditioneerde stimulus wordt uitgelokt, wordt de geconditioneerde respons (CR) genoemd. Klassieke conditionering is dus de procedure waarbij een stimulus (CS) die aanvankelijk geen reactie uitlokt, gecombineerd wordt met een andere stimulus (OS) die een automatische reactie uitlokt. Als gevolg van de koppeling van deze stimuli, begint de geconditioneerde stimulus (CS) uiteindelijk een (geconditioneerde) respons (CR) uit te lokken die lijkt op de respons (OR) oorspronkelijk behorend bij de ongeconditioneerde stimulus (OS). Het onderstaande schema geeft dit proces visueel weer. (Roediger, Capaldi, Paris, Polivy, Herman & Brysbaert, 1998).

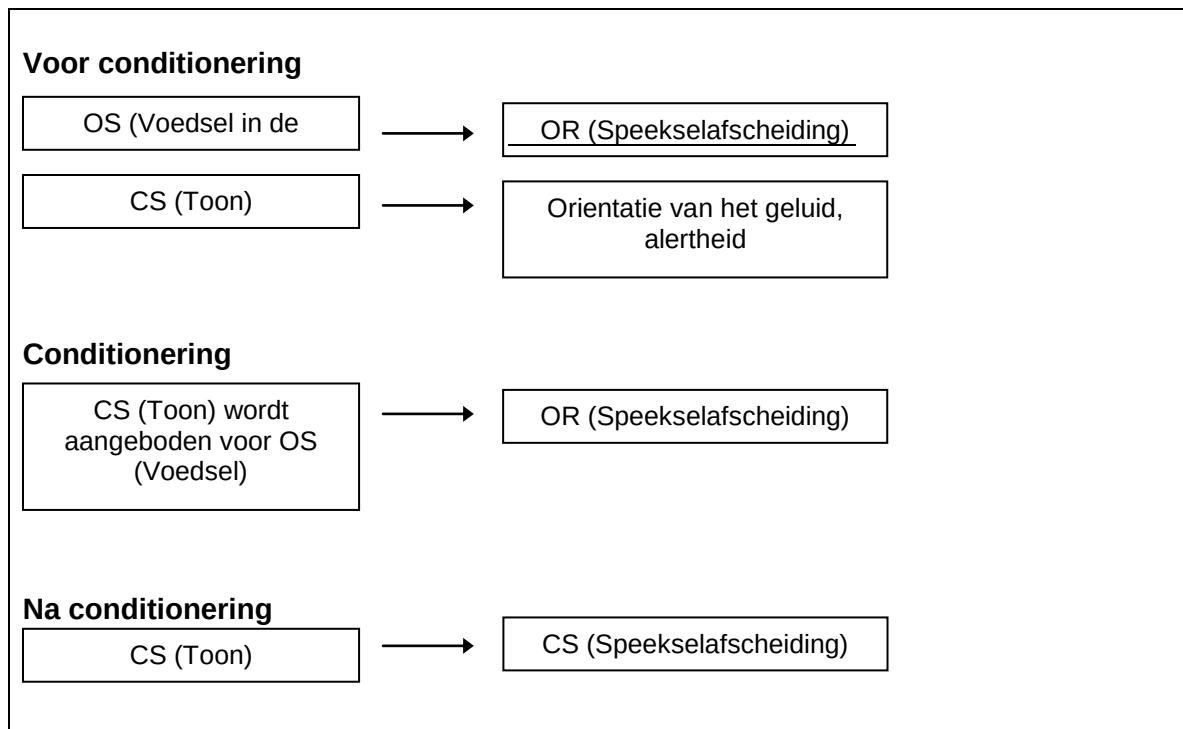


Fig. IIII (Roediger, Capaldi, Paris, Polivy, Herman & Brysbaert, 1998).

3.2.2 De operante leertheorie van Skinner

De 'operante leertheorie' gaat over de manier waarop ons gedrag beïnvloed of veranderd wordt door de situatie die aan het gedrag voorafgaat en door de gebeurtenissen die op het gedrag volgen. De operante leertheorie gebruikt om naar het gedrag te kijken het onderstaande schema.

S – R- C

De S staat voor stimulus, ook wel situatie genoemd. Met stimuli worden prikkels en gebeurtenissen uit de omgeving bedoeld die aan het gedrag van een persoon voorafgaan. De R staat voor respons, hiermee wordt gedrag van een persoon bedoeld. De C staat voor consequentie, hiermee worden de gevolgen van het gedrag aangegeven. Een aangename consequentie wordt een versterker (C+) genoemd, het voorafgaande gedrag wordt versterkt. Een onaangename consequentie wordt een afzwakker (C-) genoemd, omdat voorafgaande gedrag neemt af. (Slot & Spanjaard, 2003).

Als bepaald gedrag door de omgeving voortdurend of met regelmatige tussenpozen wordt beloond, zal de persoon dit gedrag volgens de operante leertheorie steeds vaker gaan vertonen. Omgekeerd zal bepaald gedrag afnemen wanneer de persoon onaangename consequenties op dit gedrag ervaart. Het leren en afleren van gedrag heeft op deze manier een duidelijke functie. De persoon past zich aan de omgeving aan, zodat hij of zij zoveel mogelijk beloningen en zo min mogelijk onaangename consequenties ervaart

Volgens de theorie van Skinner zijn alle gedragingen op deze manier geleerd. Bepaald gedrag lijkt soms geen functie te hebben of juist onaangenaam te zijn voor een persoon zelf of zijn omgeving. Daarentegen, in de omgeving waar bepaald gedrag oorspronkelijk geleerd werd, had dit gedrag een functie. Met een zorgvuldige analyse van de versterkers en afzwakkers op korte en lange termijn of een reconstructie van versterkers en afzwakkers in het verleden kan dan verhelderend werken. Groepsleiders kunnen gebruik maken van het SRC-schema bij het observeren en analyseren van adequaat en inadequaat gedrag. Ook kan de groepsleiding uiteindelijk de consequenties beïnvloeden door versterkende en afzwakkende feedback op specifiek gedrag te geven. Daarbij gaat het vooral om feedback op adequaat gedrag. (Slot & Spanjaard, 2003).

3.2.3 De sociale leertheorie van Bandura

De sociale leertheorie gaat ervan uit dat gedrag geleerd wordt op basis van gedrag van andere personen uit de omgeving waar te nemen. Dit wordt ook wel model-leren of modelling genoemd. Zo nemen kinderen gedrag over van volwassenen. In dit geval staan de volwassenen bewust of onbewust model voor de kinderen. Naast volwassenen staan kinderen ook voor elkaar model. 'Kinderen observeren anderen en zien zo hoe zij zich kunnen gedragen in sociale situaties. Als men ziet dat een ander iets goed lukt of beloond wordt voor bepaald gedrag, dan nodigt dit uit tot navolging' (Nawijn, 1999)

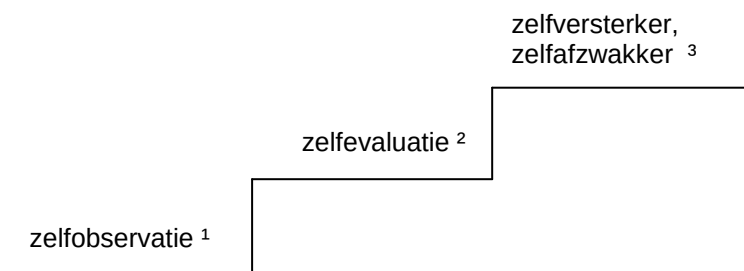
Kinderen imiteren eerder gedrag van iemand over wanneer zij deze leuk en aantrekkelijk vinden. Bovendien speelt nabijheid een belangrijke rol. Een kind ziet een persoon met wie hij verwantschap voelt, eerder als model dan iemand die die gevoelens niet oproept. Het kind leert dus via modeling van ouders, leeftijdgenoten en groepsbegeleiding (Slot & Spanjaard, 2003)

3.2.4 De zelfregulatietheorie van Goldstein

De zelfregulatietheorie of ook wel het self-management-model gaat uit van de invloed die een persoon kan uitoefenen op zijn eigen gedrag door zichzelf versterkers of afzwakkers te geven. Deze manier van leren komt overeen met de operante leertheorie van Skinner. Alleen in dit geval geeft niet de omgeving de consequenties maar doet de persoon dit voor zichzelf.

Goldstein gaat ervan uit dat gedragsverandering plaats vindt op grond van drie zelfsturingsvaardigheden. Als eerste wordt zelfobservatie genoemd, een persoon observeert zijn eigen gedrag waaronder ook emoties. Ten tweede wordt zelfevaluatie genoemd, een persoon gaat bij zichzelf na of hij het bijvoorbeeld wel goed doet. Als laatste noemt Goldstein zelfversterking of zelfafzwakking (Slot & Spanjaard, 2003).

Volgens Jagers en Slot (1992) zijn de drie fasen onder te brengen in een schema:



1. Zelfobservatie. In de eerste fase wordt het eigen gedrag geobserveerd, waaronder bijvoorbeeld ook emoties. Vragen die hierbij gesteld kunnen worden, zijn onder meer: Wat vind ik leuk? Waar ben ik mee bezig? Wat zijn de gevolgen van mijn gedrag? Wat denk ik en wat voel ik?
2. Zelfevaluatie. Vervolgens wordt het eigen gedrag geëvalueerd. Vragen die hierbij gesteld kunnen worden zijn onder meer: Vind ik het ook leuk? Doe ik het goed? Gaat het op de manier zoals ik wil? Heb ik een te hoog of juist een te laag doel gesteld? Heb ik realistische normen?
3. Zelfversterking of zelfafzwakking. In de laatste fase gaat een persoon over tot het afzwakken of juist het versterken van het eigen gedrag. Een persoon versterkt het eigen gedrag door een uiting die de persoon als positief ervaart. Omgekeerd wordt ander gedrag afgezwakt via een uiting met een negatieve gevoelswaarde.

3.3 Wat is competentie?

We noemen jongeren competent wanneer ze over voldoende vaardigheden beschikken om de ontwikkelingstaken waarmee zij in het dagelijks leven mee geconfronteerd worden, op adequate wijze kunnen vervullen.

Veel jongeren met gedragproblemen hebben veelal tekort aan vaardigheden waardoor de ontwikkelingstaken op inadequate wijze worden vervuld, met als gevolg dat zij telkens problemen met zichzelf of /en hun omgeving ervaren. We spreken dan over een geringe competentie. Er is sprake van een disbalans tussen taken en vaardigheden, waardoor het evenwicht verstoord is.

Voorbeelden van ontwikkelingstaken:

- vormgeven aan veranderde situaties binnen het gezin
- participeren in onderwijs/werk
- zinvol invullen van vrije tijd
- omgaan met autoriteiten/instanties
- zorg dragen voor gezondheid en uiterlijk
- opbouwen en onderhouden van sociale contacten/vriendschappen
- vormgeven aan intimiteit en seksualiteit

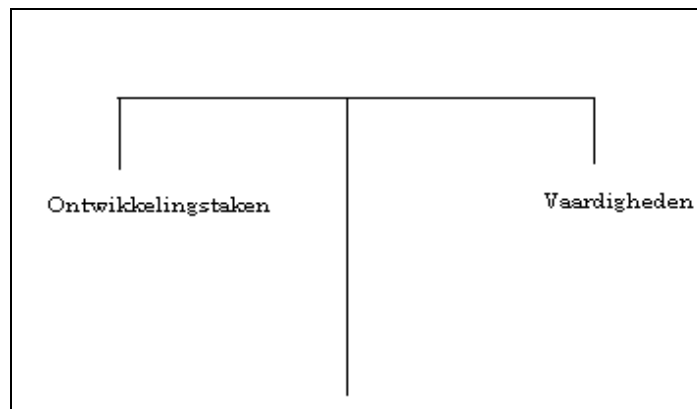


Fig. IV: Balans van competentie tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden.

3.3.1 Ontwikkelingstaken, subtaken en vaardigheden

Om het bovenstaande schema verder toe te lichten gaan we in deze paragraaf dieper in op de begrippen, ontwikkelingstaken, subtaken en vaardigheden.

Ontwikkelingstaken zijn qua tijd en cultuur bepaald. Vaardigheden die we nu als adequaat zien kunnen over 20 jaar misschien wel helemaal niet als adequaat beschouwd worden. Dit geldt ook voor competent zijn. Iets wat in onze samenleving als competent wordt gezien hoeft dat helemaal niet te zijn in een andere cultuur. In de volgende schema's worden de ontwikkelingstaken zo concreet mogelijk beschreven.

1. *Rekening houden met anderen*: het vormen van oordelen en het plannen van handelingen mede op basis van belangen van anderen;
2. *Onafhankelijkheid*: het vergroten van de onafhankelijkheid ten opzichte van ouders/opvoeders;
3. *Onderwijs*: het participeren in het basisonderwijs teneinde die vaardigheden en kennis te verkrijgen die noodzakelijk zijn om in de samenleving te kunnen functioneren;
4. *Vriendschappen*: het aanknopen en onderhouden van (vriendschappelijke) contacten met leeftijdgenoten;
5. *Verantwoordelijkheden thuis*: het nemen van deilverantwoordelijkheden in huis en voor broertjes en zusjes;
6. *Gebruik van de basale infrastructuur*: zelfstandig gebruik maken van de basale infrastructuur in de samenleving, zoals openbaar vervoer, geldsysteem, communicatiemiddelen, vrijetijdsvoorzieningen;
7. *Veiligheid en gezondheid*: keuzes kunnen maken met betrekking tot de eigen veiligheid en gezondheid.

Fig.V: Ontwikkelingstaken voor kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar (ontleend aan Slot en Spanjaard, 2003).

1. *Vorm geven aan veranderende relaties binnen het gezin*: minder afhankelijk worden van de ouders en het bepalen van een eigen plaats binnen de veranderende relaties in het gezin en de familie;
2. *Participeren in onderwijs of werk*: kennis en vaardigheden opdoen om een beroep te kunnen uitoefenen en een keuze maken ten aanzien van werk;
3. *Invullen van vrije tijd*: ondernemen van leuke activiteiten in de vrije tijd en het zinvol doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn.
4. *Creëren en onderhouden van een eigen woon-en leefsituatie*: zoeken of creëren van een plek waar je goed kunt wonen en kunnen omgaan met huisgenoten.
5. *Omgaan met autoriteiten en instanties*: accepteren dat er instanties en personen boven je gesteld zijn, binnen geldende regels en codes opkomen voor eigen belang.
6. *Zorg dragen voor gezondheid en uiterlijk*: zorgen voor een goede lichamelijke conditie en goed uiterlijk, goede voeding en vermijden van overmatige risico's.
7. *Opbouwen en onderhouden van sociale contacten en vriendschappen*: contacten leggen en onderhouden, oog hebben voor wat contacten met anderen kunnen opleveren, openstellen voor vriendschap, vertrouwen geven en nemen, wederzijdse acceptatie
8. *Vorm geven aan intimiteit en seksualiteit*: ontdekken wat mogelijkheden en wensen zijn in intieme en seksuele relaties.

Fig VI: Ontwikkelingstaken voor jongeren (Slot en Spanjaard, 2003).

Deze ontwikkelingstaken omvatten allerlei subtaken. Deze subtaken zie je terug in het dagelijks leven van de jongere. De jongere beschikt voor sommige van deze subtaken over vaardigheden en voor sommige niet. Soms maakt een subtaak deel uit van diverse ontwikkelingstaken.

Het is voor jongeren soms moeilijker om ontwikkelingstaken uit te voeren als gevolg van bijzondere omstandigheden. Zo'n bijzondere gebeurtenis kan bijvoorbeeld het verhuizen naar een ander land zijn. Hier krijgt de jongere met een hele andere cultuur te maken, waardoor hij met een aantal taken meer moeite zal krijgen.

In de praktijk blijkt het onderscheid tussen taken en vaardigheden niet altijd duidelijk te zijn. Taken worden actueel in bepaalde situaties en vaardigheden zijn de handelingen die men in deze situaties het beste kan uitvoeren. De mate waarin je een taak, subtaak of vaardigheid detailleert is afhankelijk van het niveau van de jongere. Een voorbeeld:

Taak	Vaardigheden om taak te vervullen, in stappen onderverdeeld
Een ruzie oplossen	<i>Naar de ander luisteren</i> - kijk de ander af en toe aan - luister naar wat de ander zegt - knik af en toe <i>een compromis formuleren</i> - bedenk tot hoe ver je je standpunt zou kunnen aanpassen als het echt zou moeten - doe een voorstel waarbij je de ander tegemoet komt, maar waarbij je je eigen grens nog niet echt hebt bereikt <i>Boosheid van de ander sussen</i> - ga niet tegen de ander in - maak een simpel excuus of: - maak een 'beleefdheidsexcuus' om je ervan af te maken

Fig. VII Voorbeeld taak met bijbehorende vaardigheden (Slot & Spanjaard, 2003)

3.3.2 Factoren die invloed hebben op de competentie

Er zijn drie factoren die van invloed zijn op de competentie, namelijk: stressoren, psychopathologie en protectieve factoren. Hieronder worden ze een voor een toegelicht.

Stressoren: Stressoren zijn van negatieve invloed op de balans van ontwikkelingstaken en vaardigheden. Het zijn invloeden waaraan mensen zich niet of moeilijk kunnen onttrekken. Voorbeelden hiervan zijn: je vader die aan de drank is, overlijden van je oma, slecht maken van examens, slachtoffer worden van geweld enz. Uit onderzoek is gebleken dat de aanwezigheid van een of meerdere stressoren nog niet tot problemen hoeft te leiden. Eenzelfde stressor hoeft niet bij iedereen tot dezelfde problemen te leiden. Nagegaan moet worden op welke wijze een bepaalde stressor het uitvoeren van ontwikkelingstaken bemoeilijkt.

Psychopathologie: Onder psychopathologie wordt verstaan: 'een binnen de geldende cultuur ongebruikelijk patroon van gedragingen dat gepaard gaat met leed, een minder goed functioneren, of dat in buitengewone mate het risico verhoogt om in aanraking te komen met lijden, de dood of vrijheidsverlies.' (Slot Spanjaard, 2003)

Er wordt ook wel van een stoornis gesproken. Veel van deze stoornissen komen voor bij kinderen en jongeren in tehuizen. Voorbeelden hiervan: gedragsstoornis, emotionele stoornis, contactstoornis. Door deze stoornissen is het moeilijker voor een jongere om zijn ontwikkelingstaken uit te voeren.

Protectieve factoren: Protectieve factoren beïnvloeden de balans op een positieve manier. Ze zorgen ervoor dat de stressoren en psychopathologie verzacht worden. Zo ontstaat een evenwicht tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden.

Onder protectieve factoren verstaan we intelligentie, goed humeur, neiging tot individualiteit, positief zelfbeeld enz. De onderstaande figuren geven aan hoe de zojuist beschreven begrippen invloed hebben op de ontwikkelingstaken.

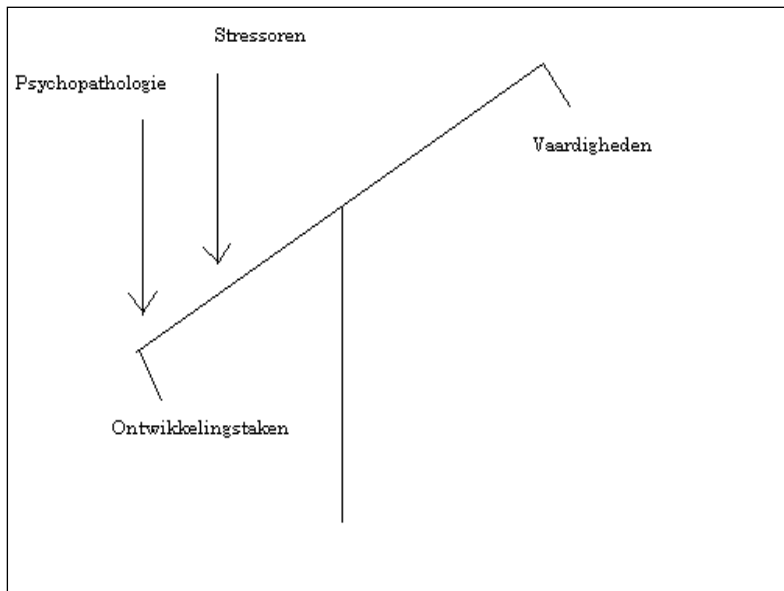


Fig VIII: Onbalans door negatieve invloeden

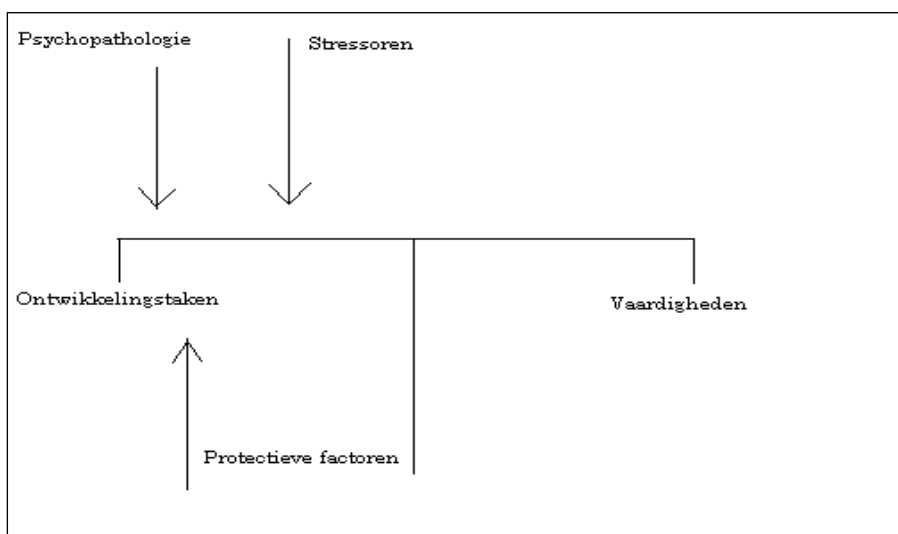


Fig IX: Balans hervonden door positieve invloed

3.4 Het competentiemodel

Competentiegerichte hulpverlening richt zich op het versterken van krachten in de jongere zelf en/of zijn omgeving. De nadruk ligt op een positieve benadering, waarbij het in eerste instantie gaat om het aanleren van nieuw gedrag.

Het competentiemodel gaat er vanuit dat hulpverlening gericht moet zijn op competentievergroting, waarbij het probleemgedrag gereduceerd wordt en de vaardigheden vergroot worden.

Jongeren leren vaardigheden die ze nu (in de leefgroep) en mogelijk straks in de samenleving nodig hebben om adequaat te kunnen functioneren.

Om jongeren vaardigheden te leren, is het noodzakelijk hun taken aan te bieden die aansluiten bij hun mogelijkheden en voldoende uitdaging en leerkansen bieden voor verdere ontwikkeling (Slot & Spanjaard, 2003)

3.5 Competentie en probleemgedrag

Geringe competentie en probleemgedrag hangen met elkaar samen. Bepaald probleemgedrag kan een gevolg zijn van een tekortschietende competentie, waardoor geringe competentie de oorzaak vormt voor zichtbaar probleemgedrag. Geringe competentie kan echter ook het gevolg zijn van bepaald probleemgedrag. Beide tendensen komen in de onderstaande subparagrafen afzonderlijk aan bod.

3.5.1 *Geringe competentie als oorzaak van probleemgedrag*

Als een jongere over te weinig vaardigheden beschikt om een bepaalde ontwikkelingstaak op adequate wijze te vervullen, wordt gesproken van geringe competentie. Vaak zal dit probleemgedrag tot gevolg hebben. Het ontbreken van een vaardigheid kan er voor zorgen dat een jongere er niet in slaagt om een bepaalde taak te vervullen, waarbij dit 'niet kunnen' resulteert in het vertonen van probleemgedrag. De geringe competentie van de jongere vormt in dergelijke situaties de *oorzaak* van probleemgedrag (Slot & Spanjaard, 2003).

Wanneer een jongere bijvoorbeeld niet durft om boodschappen te doen in de winkel zal hij deze taak wanneer die aan de orde is vermijden.

In andere gevallen kan er ook sprake zijn van een vaardigheidstekort, maar tracht de jongere de ontwikkelingstaak toch te vervullen. Dit gebeurt dan vaak op een leeftijdsinadequate manier; ook wel *deviant* genoemd. Bij een leeftijdsinadequate handeling laat de jongere een gedragspatroon zien dat op jongere leeftijd adequaat was, maar nu niet meer passend is bij de huidige ontwikkelingsfase. Wanneer jeugdigen gebruik maken van deviante oplossingen voor een ontwikkelingstaak, ligt dit meestal in de sfeer van verstorend gedrag (Slot & Spanjaard, 2003).

In voorgaande alinea's ging het om probleemgedrag als *direct gevolg* van geringe competentie. Naast direct gevolg kan er ook een indirect gevolg zijn. Hierbij kan geringe competentie op jonge leeftijd leiden tot probleemgedrag en zelfs stoornissen op latere leeftijd. Een kind die op jonge leeftijd een tekort aan vaardigheden bezit om een bepaalde taak adequaat te vervullen, vermijdt de taak of hanteert deviante oplossingen. Met dit gedrag loopt de jongere een grote kans om op den duur

opnieuw in situaties terecht te komen die leiden tot nieuwe en vaak ernstigere vormen van probleemgedrag (Slot & Spanjaard, 2003).

3.5.2 *Geringe competentie als gevolg van probleemgedrag*

Incompetentie kan leiden tot probleemgedrag, maar kan ook het *gevolg* van probleemgedrag zijn. 'Het gaat dan meestal om een indirect gevolg dat zich op een later moment in de ontwikkeling manifesteert' (Slot & Spanjaard, 1999). Jongeren die wegens probleemgedrag van school gestuurd worden, lopen hier door een achterstand op, op het gebied van schoolse vaardigheden. Deze vaardigheden horen bij de ontwikkelingsstaak 'onderwijs en werk'. Hierdoor wordt het moeilijker voor deze jongeren om later bijvoorbeeld een baan te vinden. Zo vormt het probleemgedrag de oorzaak voor de geringe competenties die de jongeren ontwikkelen.

Het risico dat een jongere achterstand oploopt in verschillende competenties is extra groot als het probleemgedrag heel ernstig is of wanneer er sprake is van verschillende probleemgedragingen tegelijkertijd (Slot & Spanjaard, 2003).

3.6 **Samenvatting**

Het competentiemodel vindt zijn oorsprong in de gedragstherapie. Het model komt voort uit vier leertheorieën. De klassieke leertheorie van Pavlov, de operante leertheorie van Skinner, de sociale leertheorie van Bandura en de zelfregulatietheorie van Goldstein komen in dit hoofdstuk inhoudelijk aan bod.

De leertheorieën lijken op het eerste gezicht van weinig belang voor het competentiemodel. De leertheorieën worden niet zodanig binnen de hulpverlening gebruikt om vaardigheden aan te leren. Wel zijn ze belangrijk om het ontstaan en de pedagogische achtergrond van het competentiemodel aan te geven. Deze achtergrond heb je nodig wanneer je gaat werken met het model. Hierin vind je terug hoe je op bepaalde momenten kunt handelen en waarom dat juist goed is.

We noemen jongeren competent wanneer ze over voldoende vaardigheden beschikken om de ontwikkelingsstaken waarmee zij in het dagelijks leven geconfronteerd worden, op adequate wijze kunnen vervullen. Er zijn factoren die invloed kunnen hebben op de competentie. Naast deze factoren kunnen jongeren probleemgedrag laten zien als gevolg van geringe competentie of als oorzaak van geringe competentie. In dit hoofdstuk is een antwoord gegeven op de volgende deelvraag: *'Wat is het competentiemodel?'*.

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is het competentiemodel uitgebreid behandeld. Het competentiemodel kan in de hulpverlening dienen als een bruikbare methodiek. Het model schrijft een duidelijke werkwijze voor met betrekking tot het specifieke handelen in het werkveld. In hoofdstuk 4 komt het proces van verzamelen en analyseren van informatie en het stellen van doelen aan de orde. De verschillende stappen van dit proces vormen de leidraad van dit hoofdstuk. Elke stap leidt tot één of meer producten. Hierbij kun je denken aan bijvoorbeeld ingevulde vragenlijsten of een werkplan.

4.2 Competentievergroting in een leefgroep: vijf basiselementen

Residentiële hulp gericht op competentievergroting vereist een programma, dat door verschillende nauw met elkaar samenhangende elementen wordt bepaald:

1. *De fysieke omgeving:* de dagelijkse routine en huisregels. De fysieke omgeving voor jongeren in een leefgroep bestaat uit een eigen kamer, groepsruimte, recreatieruimte. Ook de ligging van de leefgroep in of ten opzichte van de samenleving is een onderdeel van de fysieke omgeving.
2. *Methodisch handelen van groepsleiders:* Hiermee bedoelen we de manier waarop groepsleiders jongeren begeleiden, nieuwe vaardigheden leren, reageren op gewenst en ongewenst gedrag. Hiertoe krijgen jongeren veelvuldig feedback op adequaat gedrag. Nieuw gedrag wordt geleerd middels instructie, zo nodig gevolgd door voordoen en oefenen. Om inadequaat gedrag te stoppen wordt zo veel mogelijk geprobeerd het alternatieve (adequate) gedrag te instrueren.
3. *Fasering en feedbacksystemen:* Deze zijn bedoeld om de jongeren zoveel mogelijk informatie te verschaffen over de aard en de doelmatigheid van hun gedrag. De nadruk ligt op positieve feedback. Het verblijf van een jongere wordt opgedeeld in fases/ niveaus. Per niveau krijgt een jongere meer verantwoordelijkheden en vrijheden. Naarmate de behandeling van een jongere vordert, komt de nadruk minder te liggen op “externe sturing”, en steeds meer op “zelfsturing”.
4. *Assessment en behandelplanning:* Assessment wil zeggen het verzamelen en analyseren van informatie en het stellen van doelen. De doelen worden afgestemd op het functioneren van de jongere t.a.v de ontwikkelingstaken en op de factoren die een rol spelen bij het probleemgedrag. Er wordt voor elke jongere een ‘competentieanalyse’ en zo nodig een ‘probleemanalyse’ gemaakt. Op basis daarvan worden doelen geformuleerd.
5. *Aanvullende behandeling door specialisten:* Hiermee wordt bedoeld dat, naast het werken aan doelen en werkpunten in het leven van alle dag, aanvullende individuele of groepsgerichte behandeling mogelijk is in de vorm van bijvoorbeeld: sociale vaardigheidstraining, gespreksgroepen, psychiatrische (medische) zorg. (Spanjaard, H.J.M., 2003)

De punten een, drie en vier worden in de volgende paragrafen nader toegelicht. Voor de punten twee en vijf wordt gewezen naar het boek van Slot & Spanjaard, Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg, 2003.

4.2.1 Fysieke omgeving: De dagelijkse routine

In de afgelopen hoofdstukken is de dagelijkse routine al een aantal keer vernoemd. Maar wat houdt de dagelijkse routine nu precies in. In de volgende paragraaf zal hier antwoord op worden gegeven.

De behandeling in de residentiële setting speelt zich veel af in het leven van alledag en niet achter de deuren van therapieruimten. Dit leven van alledag wordt ook wel klimaat genoemd. Vanzelfsprekend mag worden genoemd dat een jongere zich optimaal kan ontwikkelen in een positief klimaat dat voldoende stimulering biedt.

Planning en uitvoering van hulpverlening

Wanneer we over dagelijkse routine spreken, hebben we het over de opeenvolging van gebeurtenissen op een doorsnee dag. Dit kan zijn op school, thuis, de werkplek en in dit geval dus de leefgroep. Het gaat om gebeurtenissen die zich meestal elke dag of week op de zelfde tijd zullen voordoen. In de dagelijkse routine vind je ook een aantal regels terug, bijvoorbeeld hoe laat je moet opstaan en hoe laat je aan tafel moet. Maar niet alles is terug te koppelen aan regels. Hieronder volgt een voorbeeld van een dagelijkse routine deze is gebaseerd op de leefgroep van Hulselstraat 18.

Tijdstip	Trefwoord	Gebeurtenis	Vaardigheden	Waarom
07.00-07.30	Opstaan	Sommige jongeren staan zelfstandig op m.b.v. wekker, sommige jongeren moeten gestimuleerd worden om op te staan	- weksignaal opmerken - wakker worden - klokkijken - opstaan - eventueel ziek melden	Om op tijd te starten met het ochtend ritueel zodat je op tijd op werk of stage komt.
07.15-08.00	Wassen en aankleden	Jongeren wassen zich en kleden zich zelfstandig aan	- wassen en afdrogen - sanitair schoon achterlaten - schone en representatieve kleding aandoen - aankleden	Er schoon en verzorgd uitzien, lekker ruiken.

Fig. X Dagelijkse routine

In het voorgaande schema is te zien dat de verschillende onderdelen van de dagelijkse routine een naam, meestal in de vorm van een of meer trefwoorden hebben. Wel moeten deze aan een aantal criteria voldoen:

- ze zijn kort,
- ze zijn in simpel en juist Nederlands gesteld
- de groepsbegeleiding en de jongeren hanteren dezelfde naam,
- de naam klinkt positief en benadrukt het aandeel en de activiteit van de jongeren.

Het is belangrijk dat belangrijke onderdelen uit de dagelijkse routine op de verschillende dagen wel enige overeenkomst hebben. Dit zorgt ervoor dat de dagelijkse routine voorspelbaar is. Hiermee zorgt een dagelijkse routine voor een overzichtelijk en leefbaar klimaat. (Slot & Spanjaard, 2003)

Mogelijkheden tot observatie

Het gebruik van een dagelijkse routine geeft de mogelijkheid om te observeren van de jongeren. Voor al in het begin van de opname kan hier op geobserveerd worden. De groepsbegeleiding kan dan aan de hand van de dagelijkse routine zien of de jongere de taak aangaat en of hij voldoende vaardigheden gebruikt om de taak succesvol te voltooien. Door hier vervolgens op te rapporteren kan de groepsbegeleiding een begin maken met het opstellen van een werkplan of behandelplan.

Niet alleen voor nieuwe jongeren kan de dagelijkse routine gebruikt worden, ook voor jongeren die al verder zijn. Wel is het mogelijk dat ze beperkt worden door de dagelijkse routine. Om dit te voorkomen moeten er meer ontwikkelingstaken worden toegevoegd naarmate de behandeling vordert. Het is niet altijd eenvoudig om alle ontwikkelingstaken een plaats te geven in de dagelijkse routine van een leefgroep. (Slot & Spanjaard, 2003).

Mogelijkheden tot interventies

Observeren zoals beschreven in de vorige paragraaf gaat in de praktijk vaak gelijk over in interventies. Het is niet zo dat de groepsbegeleiding alleen maar observeert in het begin. Doet zich een situatie voor waarin een jongere niet de juiste vaardigheden hanteert voor een taak, grijpt de groepsbegeleiding in en ziet dit als een leermoment. De manier waarop een jongere reageert op een interventie levert weer een nieuwe observatiemogelijkheid op. Door het gebruik van de dagelijkse routine als observatiekader en hierop anticiperen door het geven van de juiste interventies, zorgt voor minder onverwachte situaties volgens Slot & Spanjaard (2003). Wanneer het wel onrustig is op de groep en je het gevoel hebt achter de feiten aan te lopen, kan er gekeken worden in welke situatie van de dagelijkse routine dit voorkomt. Weet je wanneer het gebeurt, dan kun je hier bij de volgende gelegenheid, wanneer de situatie zich weer voordoet op voorbereid zijn.

Herstel van de dagelijkse routine bij incidenten en crisissituaties.

Wanneer er zich een incident of crisissituatie voordoet kan de groepsbegeleiding het beste zo snel mogelijk de dagelijkse routine proberen te herstellen. Hier moet niet alleen gekeken worden naar de jongeren die te maken hadden met het incident maar vooral ook naar de rest van de groep. Een uitgebreide uitleg is terug te vinden in het boek van Slot & Spanjaard hoofdstuk 11.

Aanknopingspunten bij het evalueren en het verbeteren van de handelingsmethodiek

Slot & Spanjaard (2003) geven aan dat de sterke en zwakke punten van een leefgroep naar voren komen wanneer je de dagelijkse routine onder de loep neemt. Hieruit blijkt vaak dat de 'witte vlekken' in de dagelijkse routine problemen opleveren. Met 'witte vlekken' worden de gaten in de dagelijkse routine bedoeld. Hierin is niet duidelijk wat er gebeurt. Omdat er juist niets gebeurt op de groep, kunnen de jongeren tot allerlei vormen van ongewenst gedrag verkomen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de gebruikelijke stimulering en de bekrachtiging van gewenst gedrag ontbreekt. Om de dagelijkse routine te beoordelen kan men gebruik maken van de volgende criteria:

- consistentie, overeenkomst in het handelen van verschillende groepsleiders,
- afwezigheid van open gaten, deze open gaten geven jongeren de gelegenheid om meer probleemgedrag te laten zien,

- stimulering van de ontwikkeling, mate waarin een voldoende aanbod van ontwikkelingstaken is,
- hanteerbaarheid van de groepsbegeleiding, soms moet er gekozen worden voor een invulling van de routine die niet in de eerste plaats in het belang van de jongeren is. Bijvoorbeeld de bedtijd, omdat de groepsbegeleiding om elf uur is afgewerkt. (Slot & Spanjaard, 2003)

4.2.2 *Fasering en feedbacksystemen*

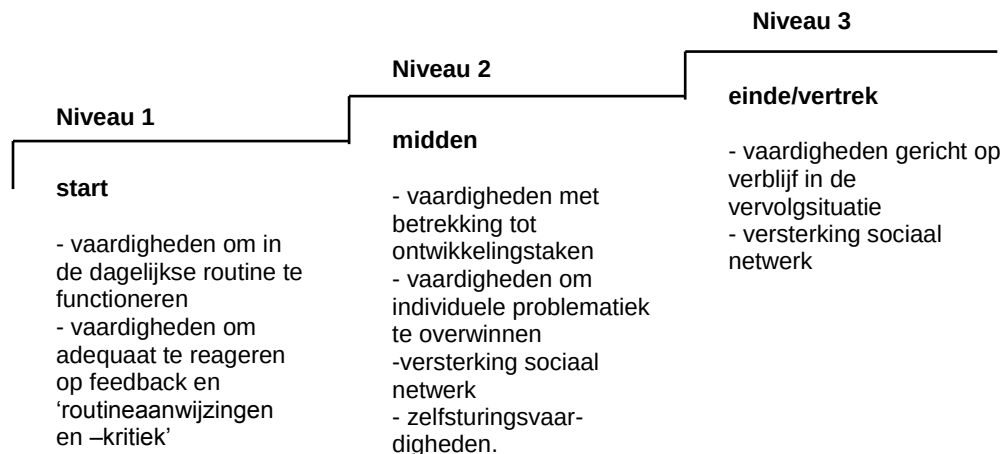
Het verblijf van een jongere in een woongroep of behandelgroep kan worden verdeeld in verschillende fasen. In deze verschillende fasen komen de stappen uit de vorige paragraaf terug. De situatie en het perspectief van jongeren is bij de start van het verblijf in een leefgroep heel anders dan bij vertrek. Zo moet een jongere in het begin van zijn verblijf nog heel erg wennen aan de nieuwe omgeving, de groepsleiders en de andere jongeren. Naast deze nieuwe invloeden komen de jongeren ook in aanraking met de alledaagse gang van zaken in de leefgroep, een nieuwe school of werkplek, nieuwe mogelijkheden en beperking ten aanzien van de vrijetijdsbesteding. Aan het eind van een verblijf in een leefgroep zijn jongeren zich aan het voorbereiden op de volgende situatie, en hebben zich in de tussentijdse periode als het goed is verder ontwikkeld in hun competenties.

Wat de groepsleiding van de jongeren verwacht, welke vrijheden en verantwoordelijkheden jongeren krijgen en waar ze mee bezig zijn, verschilt per 'fase'. Wanneer er sprake is van vooruitgang komt de jongeren in de volgende fase en krijgt dan bijvoorbeeld meer vrijheden en verantwoordelijkheden. Volgens Slot & Spanjaard ervaren jongeren de verschillende fasen van het verblijf veelal als prettig. De fasering zorgt voor duidelijkheid en werkt stimulerend. Voor het begrip fase zou ook je ook het woord 'niveau' kunnen gebruiken (Slot & Spanjaard, 2003).

Naast het feit dat fasering vanuit het perspectief van één leefgroep beschouwd kan worden, dat wil zeggen dat het verblijf in één en dezelfde leefgroep in drie of meer niveaus is opgedeeld, is het ook mogelijk dat de niveaus zijn ondergebracht op meerdere groepen. Hierbij kun je denken aan het instromen in een 'opvang- en observatiegroep', doorstromen naar een 'behandelgroep' en vervolgens naar een 'leefgroep voor zelfstandigheidstraining'.

Verskillende niveaus

In een leefgroep zijn minimaal drie niveaus te onderscheiden. Deze niveaus zijn terug te vinden in het onderstaand schema. Het opdelen in verschillende niveaus heeft een aantal voordelen. Ten eerste wordt het verloop van de behandeling voor alle betrokkene overzichtelijker. Vooruitgang en groei verloopt via het begin naar het midden en uiteindelijk naar het eind of vertrek. Ook wordt het sneller duidelijker wanneer er geen vooruitgang plaats vindt. Ten tweede kan er in de verschillende fasen specifiek aandacht besteed worden aan vaardigheden die op die fase van toepassing zijn. Ten derde kunnen vrijheden en verantwoordelijkheden stapsgewijs geïntroduceerd worden. Dit werkt stimulerend en motiverend voor de jongeren. Hiermee biedt fasering ook extra mogelijkheden om sancties uit te voeren. Bijvoorbeeld door het terugplaatsen in een fase. Hieronder volgt een schema van de opeenvolgende niveaus:



Niveau 1 duurt voor volwassenen ongeveer zes tot twaalf weken. Voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren en voor kinderen duurt dit meestal wat langer, gemiddeld is dit drie tot zes maanden. Als het nodig is de vaart er een beetje in te houden, kan een eerste niveau opgesplitst worden in twee subniveaus. Zo kan er in het eerste niveau bijvoorbeeld de nadruk liggen op het leren van de regels van de leefgroep en de vaardigheden die nodig zijn voor de dagelijkse routine. Omdat veel jongeren niet gewend zijn aan regelmatig feedback te krijgen, moeten zij in het eerste niveau leren omgaan met feedback en 'routineaanwijzingen en kritiek'. In het eerste niveau wordt ook contact gelegd met het gezin en het sociale netwerk (Slot & Spanjaard, 2003).

In deze fase maken de jongeren kennis met de andere jongeren en de medewerkers van de leefgroep en wennen ze aan de handelingsmethodiek. Om het wennen aan de groep wat makkelijker te maken, kan er gewerkt worden met een 'introductieniveau' of 'startniveau'. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat een jongere nog niet aan alle onderdelen van de dagelijkse routine deelneemt. Het is belangrijk dat de jongeren zich de dagelijkse routine en de bijbehorende vaardigheden eigen maken. Regelmatig terugkerende onderdelen van het dagritme zoals opstaan, wassen en aankleden vind je terug in de dagelijkse routine. Een jongere heeft verschillende vaardigheden nodig om deze taken goed te kunnen uitvoeren. Door middel van feedback zal de jongere steeds beter functioneren in de dagelijkse routine. Wanneer er met een puntensysteem gewerkt wordt, kunnen jongeren in het eerste niveau vooral punten verdienen met adequate gedragingen in de dagelijkse routine en het opvolgen van instructies van groepsbegeleiding.

Naast de dagelijkse routine neemt de jongere ook deel aan een vorm van dagbesteding, bijvoorbeeld school of werk. (Slot & Spanjaard, 2003).

Tijdens het eerste niveau verzamelen de groepsleiders en behandelaar allerlei informatie omtrent de jongere. Dit doen ze doormiddel van dossiers en contacten met de plaatser en de ouders, maar ook door observaties van het gedrag van de jongeren op de leefgroep. Op basis van de verzamelde informatie maakt de groepleiding een voorlopig werkplan. In dit werkplan staan vaardigheden die een jongere nog moet leren om beter te functioneren binnen het leven van alle dag. Deze werkpunten

kunnen in het tweede niveau ook meegenomen worden in het opstellen van het behandelplan. Het behandelplan wordt opgesteld na promotie naar het volgende niveau.

Niveau 2 duurt langer dan het eerste en derde niveau. Het tweede niveau vormt de kern van het verblijf van de jongere in een leefgroep. Duurt de gemiddelde verblijfsduur op een leefgroep langer dan een half jaar, dan is het mogelijk om het niveau op te delen in een aantal subniveaus. Nu een jongere een niveau hoger zit krijgt hij meer verantwoordelijkheden en vrijheden. Individuele werkpunten staan centraal. Hier wordt uitgebreid aandacht aan besteed. Werkpunten waaraan een jongere moet werken, kunnen ten eerste gaan over het functioneren binnen de dagelijkse routine.

Daarnaast zijn de vaardigheden die de jongere in dit niveau moet leren afhankelijk van de ontwikkelingsstadien die op dat moment voor de jongere gelden. Als derde gaat het om vaardigheidstekorten die een rol spelen bij probleemgedrag van de jongere. Deze vaardigheidstekorten kunnen van praktische, cognitieve en/of sociale aard zijn.

Als laatste is er in het tweede niveau aandacht voor eventuele psychische problematiek en worden er samen met de jongere acties ondernomen ten aanzien van zijn sociale omgeving. Je kunt hierbij denken aan werkpunten die gericht zijn op veranderingen met betrekking tot het contact met ouders, familieleden, leerkrachten van school en vrienden.

Om dit allemaal inzichtelijk te maken wordt er een behandelplan opgesteld. In het behandelplan staan de veranderingsdoelen voor een langere periode. In een werkplan staan de werkpunten die binnen een kortere tijd te behalen zijn.

Om doelen uit het behandelplan te behalen zal het misschien nodig zijn dat de jongere aanvullende individuele of groepsgerichte training en/of therapie volgt. Te denken valt aan sociale vaardigheidstraining, psycho-educatie creatieve therapie. Overleg tussen specialisten en groepsbegeleiding/behandelaar is erg belangrijk.

Stond in het eerste niveau de sturende rol van de groepsbegeleider centraal, zo zal in de tweede fase meer verantwoordelijkheid bij de jongere zelf liggen. De jongeren worden gestimuleerd om zijn eigen gedrag te beoordelen, te evalueren en zo nodig bij te stellen (Slot & Spanjaard, 2003).

Gaat het minder goed met de jongere en laat hij bijvoorbeeld probleemgedrag zien dan kan hij teruggezet worden naar het eerste niveau. Kan de jongere bijvoorbeeld niet omgaan met de vrijheden die horen bij niveau twee dan is hij misschien er nog niet aan toe en kan hij dus een niveau teruggezet worden.

Niveau 3, ook wel eind- of vertrekfase duurt voor jongeren zo'n zes tot twaalf weken. Ook hierbij geldt voor kinderen en licht verstandelijk gehandicapte jongeren een wat langere periode. Tijdens dit niveau werken de jongeren aan vaardigheden die jongeren nodig hebben in de situatie waar ze na de leefgroep naartoe gaan. De nadruk ligt dan ook vooral op het versterken van sociale steun uit het netwerk van de jongere. De doelen en werkpunten zijn gericht op voorbereiding op de nieuwe vervolgsituatie. Voor veel van de jongeren betekent de vervolgsituatie een omgeving met meer vrijheid en minder controle. Het is daarom belangrijk de jongeren al in het derde niveau hierop voor te bereiden. Vaak komen de jongeren terecht bij een kamertraining of zelfstandigheidstraining. Zij

hebben dan vaardigheden nodig om voor zichzelf te kunnen zorgen. Te denken valt aan: omgaan met geld, kleding wassen, boodschappen doen, koken en verzorging van het eigen lichaam en woonomgeving. Om de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen is het verstandig om de jongere geleidelijk te laten wennen. Dus hij gaat bijvoorbeeld eerst een paar dagen overdag naar zijn nieuwe omgeving en later blijft hij ook een nacht slapen. Op deze manier kan de jongere wennen en alle nieuwe indrukken verwerken.

Veel jongeren zijn in het laatste niveau ook echt toe aan iets nieuws. Het reilen en zeilen van de leefgroep kennen ze nu wel en biedt hen weinig uitdaging meer. In de meeste gevallen is het ook niet zo dat jongeren helemaal geen werkpunten meer hebben. Deze zullen er ook altijd nog zijn. Competentievergroting is er niet op gericht dat alle jongeren na behandeling 'alles' kunnen. Sommige jongeren zullen bepaalde vaardigheden nooit leren. Wanneer het te lang duurt voordat een jongere kan doorstromen is de kans op terugval in probleemgedrag groter. Om dit te voorkomen zal de voorbereiding op vertrek ruim van te voren moeten worden opgestart (Slot & Spanjaard, 2003).

Feedbacksystemen

De komende paragraaf geeft een algemene uitleg over het gebruik van feedbacksystemen. Want wat zijn nu precies feedbacksystemen.

Feedbacksystemen zijn er om de feedback die jongeren van hun groepsbegeleiders krijgen te ondersteunen. Dit kan in de vorm zijn van een plaatje of een aantal punten. Deze systemen worden gebruikt om jongeren te stimuleren om feedback op hun gedrag serieus te nemen. Maar niet alleen de jongeren worden hierdoor gestimuleerd, ook de groepsleiders worden alert gemaakt op het geven van feedback.

De feedbacksystemen kunnen in allerlei vormen worden toegepast. Voor een concreet voorbeeld van het puntensysteem wordt verwezen naar 'competentievergroting in de residentiële jeugdzorg' van Slot & Spanjaard.

Het puntensysteem is net zoals alle andere feedbacksystemen een middel om jongeren meer informatie te geven over hun eigen gedrag. Naast het geven van punten biedt het puntensysteem ook de mogelijkheid om sancties op te leggen. Slot & Spanjaard (2003) geven aan dat het doorgaans niet effectief is de jongeren in beweging proberen te krijgen met het beloven van punten of het juist dreigen met het afnemen van punten bij inadequaat gedrag. Dit werkt vaak averechts en maakt de jongeren opstandig.

Daarnaast kan het puntensysteem gekoppeld worden aan de fasering en aan de behandelplanning. Hierover vind je ook meer in het boek van Slot & Spanjaard.

4.2.3 *Assessment en behandelplanning*

Diagnostiek probeert de problemen van een persoon te structureren en te objectiveren. Hierbij gaat het om het verzamelen van gegevens over de persoon en zijn omgeving, het nadenken over mogelijke samenhangende en oorzakelijke factoren en daarna het doen van uitspraken over de benodigde hulp. Per jongere verschillen dus de doelen waaraan in de begeleiding of behandeling van de jongeren wordt gewerkt. Binnen het competentiemodel richt de diagnostiek zich naast de problematiek van de cliënt ook op de competenties. Oftewel welke sterke punten en welke tekorten of achterstanden heeft een jongere.

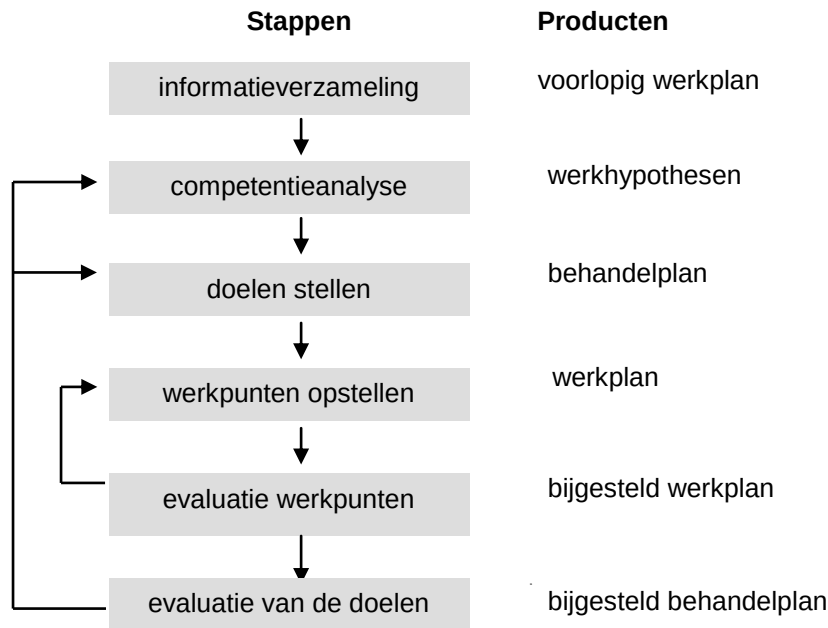
Diagnostiek is een voortdurend proces wat regelmatig bijgesteld zal moeten worden. Dit gebeurt aan de hand van observaties van groepsleiders, leerkrachten, therapeuten en andere hulpverleners (Slot & Spanjaard, 2003).

Voor de praktijk en in dit geval voor de groepsbegeleiding van Hulselstraat 18 betekent dit dat zij in het dagelijkse contact met de cliënten in staat moeten zijn om naast het probleemgedrag, ook oog moeten hebben voor vaardigheidstekorten en uitingen van competent gedrag.

Wat een probleem zou kunnen zijn binnen de praktijk is dat het waarnemen op uitingen van competent gedrag van de cliënten er bij inschiet. Wanneer het druk is op de groep door veel probleemgedrag is het lastig om het competente gedrag te bekrachtigen. Door regelmatig rapporteren aan de hand van bijvoorbeeld de beloningskaart wordt de groepsbegeleiding juist wel alert gemaakt wordt op competent gedrag.

Ten aanzien van probleemgedrag is het belangrijk om te weten welke factoren het gedrag veroorzaken en in stand houden en welke mogelijkheden er zijn om dit te veranderen. Gewenste en haalbare veranderingen worden geformuleerd in termen van doelen en werkpunten (Slot & Spanjaard, 1999).

Het hele proces van verzamelen en analyseren van informatie en het stellen van doelen bestaat uit verschillende stappen. Dit stappenplan staat in het onderstaande figuur schematisch weergegeven en wordt in de volgende paragrafen nader toegelicht. (Slot & Spanjaard, 1999; Albrecht & Slot, 1999).



Informatieverzameling

Als eerste verzamelen de betrokkenen allerlei informatie over de achtergronden en het huidige functioneren van de cliënt. Deze informatieverzameling richt zich op de vijf elementen die het competentiemodel bepalen: (ontwikkeling)taken, vaardigheden, stressoren, psychopathologie en protectieve factoren. (Zie hoofdstuk 3). Hiervoor wordt informatie verzameld over de vaardigheden van de jongere ten aanzien van taken in de dagelijkse routine, vaardigheden ten aanzien van de ontwikkelingstaken, belangrijke gebeurtenissen in het leven van de jongere, de sterkte van het sociale netwerk, individuele problematiek en wensen tot veranderingen. Deze informatie wordt verzameld bij de jongere zelf, door observatie van de groepsbegeleiding, de ouders/verzorgers, de plaatsende instantie en verder eventuele resultaten van diagnostisch onderzoek. Op deze manier wordt er multidisciplinair samengewerkt om via verschillende wegen informatie te verkrijgen om zodoende de situatie van de cliënt en zijn omgeving inzichtelijk te krijgen (Slot & Spanjaard, 2003).

Competentie- en probleem analyse

Vervolgens wordt bij de volgende stap één of meer werkhypothesen gemaakt. Deze werkhypothesen worden geformuleerd in een zogenaamde competentieanalyse. Dit gebeurt aan de hand van de factoren die in de vorige paragraaf zijn beschreven. Er wordt dus gekeken naar de sterke punten en tekorten van de jongere, en eventuele verklaringen voor deze tekorten en probleemgedrag van de jongere. En tenslotte wordt er een voorspelling gedaan ten aanzien van het effect van mogelijk te plegen interventies.

Opstellen behandeldoelen en werkpunten

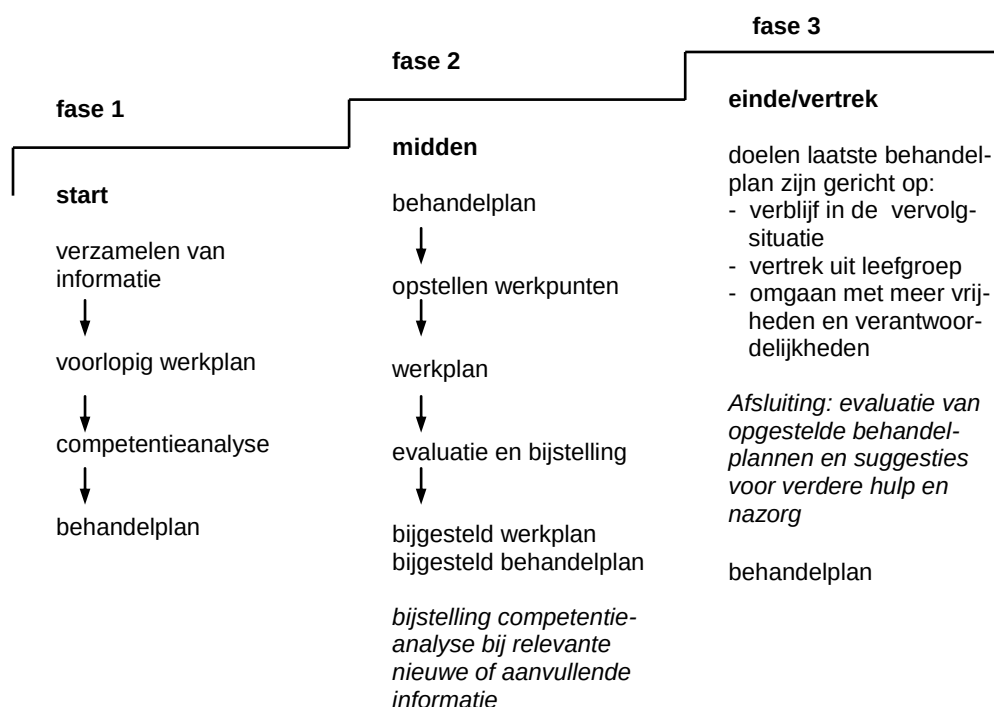
Vanuit de competentieanalyse kunnen doelen worden opgesteld. Om de doelen inzichtelijke te maken voor directe aanknopingspunten voor interventies in het leven van alledag, worden per doel verschillende werkpunten gemaakt (Slot & Spanjaard).

Evaluatie en bijstelling

Niet alle werkpunten komen tegelijkertijd aan bod. De jongere werkt per drie à vier weken aan maximaal twee of drie werkpunten. Deze worden dagelijks of wekelijks geëvalueerd. Na deze periode bekijkt de groepsleider met de jongere welke werkpunten gehaald zijn en welke werkpunten voor de volgende periode gelden. Door telkens werkpunten te behalen, behalen de jongeren uiteindelijk dus hun werkdoel. Deze werkdoelen worden weer eens per vier of zes maanden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Nieuwe informatie of ontwikkelingen leiden tot aanvullende werkpunten of zelfs geheel nieuwe doelen voor een jongere (Slot & Spanjaard, 2003).

Schema verzamelen en analyseren per fase

De stappen uit de afgelopen paragrafen kunnen gekoppeld worden aan de verschillende fasen. Hieronder staat het in een handig schema vermeldt.



4.3 Samenvatting

In het vorige hoofdstuk is uitgebreid ingegaan op het theoretisch gedeelte van het competentiemodel. In dit hoofdstuk is beschreven hoe het competentiemodel toegepast kan worden binnen de hulpverlening. Allereerst wordt het gehele behandelproces globaal geschetst. Dit proces van informatie verzamelen en analyseren en het stellen van doelen bestaat uit verschillende stappen. De periode op de leefgroep is daarvoor opgedeeld in drie opeenvolgende fasen of niveaus. Het is de bedoeling dat het probleemgedrag van de cliënt en diens hulpvragen via de aangebrachte fasering stapsgewijs inzichtelijk worden gemaakt. Slot & Spanjaard (2003) geven aan dat de dagelijkse routine een cruciale basis is voor het werken met het competentiemodel. Er wordt ingegaan op de mogelijkheden die de dagelijkse routine biedt als het gaat om observatie, interventies en het reguleren van crisissituaties.

5.1 Inleiding

In het volgende hoofdstuk wordt er een antwoord gegeven op de vraag wat implementatie van een methodiek nu precies inhoudt. In het bijzonder wordt er vermeld welke stappen er genomen kunnen worden bij de implementatie van het competentiemodel volgens Slot & Spanjaard binnen een organisatie

5.2 Implementatie

Het invoeren van een nieuw programma in een bestaande situatie is een behoorlijke uitdaging. Er komt meer bij kijken dan alleen scholing. Een goede voorbereiding is erg belangrijk. Wat is nu precies implementeren? In dit hoofdstuk wordt het begrip 'implementatie' uitgelegd en wat er onder een goede voorbereiding wordt verstaan. In paragraaf 4.3.1 volgt een beschrijving van hoe het competentiemodel ingevoerd kan worden in een organisatie, en wat daar bij komt kijken.

Ravensberg, Friele, Keijsers, Wensing & Klazinga (2003) bedoelen met implementeren het gebruik maken van nieuwe inzichten, nieuwe methoden en nieuwe technieken. Vaak gaat het juist om de allernieuwste inzichten, methoden en technieken. Een definitie:

'Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Zijlstra, Valskamp & Poppes ,2005)'

Met procesmatig en planmatig wordt bedoeld dat de aanpak systematisch en doelgericht moet zijn. Wanneer je voor een andere manier van aanpak kiest zorg je ervoor dat je een nieuw programma kiest dat van goede kwaliteit is. De effectiviteit kan door onderzoek zijn bewezen. Implementatie betekent verandering, en daar komt heel wat bij kijken. Het heeft een bepaald verloop. Zo begint het met informeren en voorlichten, naar invoeren tot en met het samenvloeien van de nieuwe manier van handelen met het dagelijks handelen van de medewerkers.

Volgens Zijlstra, Valskamp & Poppes (2005) wordt er de laatste tijd steeds meer aandacht besteed aan 'implementatie'. Bij vernieuwingen is vaak vooral de implementatie een probleem. Nieuwe inzichten en kennis blijken niet altijd goed in de praktijk door te dringen. Er worden echter wel grote geldbedragen besteed aan onderzoek en ontwikkeling. Het is niet altijd duidelijk waardoor dit komt. Een oorzaak die wel bekend is, is dat er te weinig aandacht aan de vernieuwing wordt besteed. Er wordt weinig aandacht besteed aan hoe het proces aangepakt gaat worden, hoe het uitgevoerd gaat worden en hoe er voor gezorgd wordt dat de plannen ook leiden tot het beoogde resultaat. Hierdoor vallen uiteindelijk resultaten van implementatie behoorlijk tegen.

Het (Bruijn, 2004) is essentieel om een draagvlak te creëren binnen een organisatie bij de implementatie van een nieuwe methodiek. Het is dus heel belangrijk dat de implementatie op de juiste

manier wordt gestuurd. Zo moeten medewerkers zoveel mogelijk betrokken worden bij het proces. Zij moeten zich bewust worden van de noodzaak tot verandering en vooral waarom, en weten wat de organisatie van hen verwacht. Het succesvol realiseren van implementatie is afhankelijk van de persoon die leiding geeft aan een dergelijk proces.

Invloed medewerkers

Allereerst wordt er gekeken wie er allemaal betrokken zijn bij het implementatieproces. Vervolgens wordt er gekeken welke doelen, belangen en verwachtingen de betrokkenen hebben ten aanzien van de vernieuwing. Betrokkenen kunnen zijn; groepsbegeleiders, behandelaar, directie. Omdat een nieuwe methodiek vooral in de praktijk wordt uitgevoerd door groepsbegeleiding is het belangrijk om een inschatting te maken van hun verwachtingen.

Hoe een medewerker een nieuwe methodiek ervaart zorgt voor de motivatie van een medewerker om zich in te zetten voor een nieuwe methodiek.

Zijlstra (2005) geeft aan dat er verschillende kenmerken van een programma van belang zijn voor de implementatie. Als eerste worden de intrinsieke kenmerken genoemd, deze hebben bijvoorbeeld te maken met de wetenschappelijke onderbouwing van de methodiek. Intrinsieke kenmerken staan los van het organisatorisch kader waarin wordt geïmplementeerd en worden niet beïnvloed door de meningen van medewerkers.

Daar tegenover staan de extrinsieke kenmerken van een methodiek, deze worden wel beïnvloed door de omgeving. Vijf extrinsieke kenmerken:

- Voordeel; welke voordelen biedt de methodiek in vergelijking met het tot dan toe gebruikte methodiek.
- Passendheid; is de methodiek gemakkelijk in te passen in de bestaande dagelijkse gang van zaken, visie en normen?
- Eenvoud; is de methodiek relatief gemakkelijk te begrijpen en te gebruiken?
- Mogelijkheid tot uitproberen; is de methodiek op beperkte schaal uit te proberen binnen de organisatie?
- Zichtbaarheid; zijn de effecten van de methodiek gemakkelijk aan te tonen?

Aan de hand van deze kenmerken van een methodiek kunnen medewerkers hier een mening over vormen, deze mening beïnvloedt de voortgang van de implementatie. Iedereen ervaart deze kenmerken dus verschillend. Zo is het dat medewerkers zich minder zullen inzetten voor een methodiek waarvan gedacht wordt dat deze minder voordelen zal opleveren ten opzichte van de huidige methodiek. Hoe meer een methodiek aansluit bij de huidige visie en ideeën, hoe meer dit de implementatie zal bevorderen. Wanneer een methodiek te moeilijk gevonden wordt belemmert dit juist weer de implementatie. Medewerkers willen graag voorbeelden zien. Wanneer de methodiek ergens anders al is 'uitgeprobeerd' met goede resultaten, is de acceptatie van de nieuwe methodiek gemakkelijker.

De kenmerken van de mensen op de werkvloer bepalen voor een groot deel het succes van de implementatie. Bij kenmerken kun je denken aan visie, ervaring, leeftijd en tevredenheid.

Medewerkers die niet tevreden zijn over de huidige manier van begeleiden, zijn eerder geneigd om deze manier te veranderen. Ook de constantheid van het personeel is van belang. Personeelwisselingen komen vaak voor maar dat hoeft niet te betekenen dat dat direct invloed heeft op het implementatieproces. Wel is het noodzakelijk dat er een vast kernteam aanwezig is, die de medewerkers ondersteunt. Regelmatig terugkerende opfriscursussen zijn essentieel. Dit kan bijvoorbeeld door middel van voorlichtingsbijeenkomsten of introductiecursussen.

Invloed cliënten

Naast de invloed van de medewerkers is het ook belangrijk dat er gekeken wordt naar de cliënten binnen een organisatie. Zij bepalen uiteindelijk of de methodiek wel of niet aansluit bij de behandeling. Dus niet alleen medewerkers maar ook zeer zeker de cliënten hebben een mening over een bepaalde methodiek. Het is relevant om te weten hoe zij een methodiek ervaren en waar zij tegen aan lopen. In het algemeen gaat het niet alleen over de methodiek maar over het algemene aanbod van de zorg. Aan de hand van een tevredenheidonderzoek kan een methodiek geëvalueerd en eventueel worden aangepast.

Randvoorwaarden

Bijl (2003) beschrijft randvoorwaarden die gecreëerd moeten worden om implementatie van het competentiemodel mogelijk te maken. Hij beschrijft acht factoren van Davis die het welslagen van implementatie positief beïnvloeden. Aan de hand van deze factoren kan gekeken worden in hoeverre een organisatie is opgewassen tegen een nieuwe implementatie van het competentiemodel. Bijl gebruikt in zijn onderzoek de Decision Determinant Questionnaire (DDQ). Dit is een vragenlijst oorspronkelijk uit Amerika waarmee de voorwaarden voor implementatie van een vernieuwing worden gemeten. Hoe gunstiger de voorwaarden, hoe gunstiger het perspectief op een succesvolle implementatie. De basis van de DDQ is gebaseerd op omvangrijke onderzoeksliteratuur over factoren die de kans van slagen van een implementatieproces beïnvloeden.

5.3 Implementatieproces competentiemodel

In de vorige paragraaf is beschreven dat het invoeren van een methodiek een hele klus is. Ook is aan bod gekomen dat de implementatie van een methodiek volgens een vooraf bepaald traject moet verlopen.

Hieronder volgt een beschrijving van hoe het competentiemodel ingevoerd kan worden in een organisatie, en wat daar bij komt kijken.

Wanneer een instelling er voor kiest competentiegericht werken als methode in te voeren op meerdere afdelingen, liggen op organisatorisch niveau de volgende stappen voor de hand:

1. training staf en middenkader
2. instellen projectgroep
3. uitvoering sterke-zwakke analyse(s) en opstellen plan van aanpak
4. opleiden interne trainers
5. training van groepsleiders

6. training 'on the job'
7. kwaliteitsbewaking.

Voor het invoeren van een competentiegerichte methodiek binnen een leefgroep worden vaak de volgende stappen gezet:

1. Beschrijving/vaststelling van de doelgroep aan de hand van hulpvragen per ontwikkelingstaak. Voor welke problemen is het programma bedoeld? Welke vaardigheden en protectieve factoren zijn minimaal aanwezig?
2. Analyse van sterke en zwakke elementen van het bestaande programma. De verbeterpunten leiden tot een plan van aanpak.
3. Beschrijving en optimalisering van de dagelijkse routine.
4. Training uitvoerende werkers in basistechnieken voor competentievergroting.
5. 'Training on the job': begeleiding van uitvoerende werkers bij de toepassing van basistechnieken (o.a. middels feedback, instructie en oefening tijdens dagelijkse gebeurtenissen, werkoverleg, teambespreking en consultatie).
6. Vaststelling van de fasering en koppeling aan informatieverzameling, behandelplanning, rapportage en voortgangsbespreking.
7. Invulling van de fasering: ontwikkeling van feedbacksystemen en systeem voor informatieverzameling en rapportage.
8. Vervoltraining uitvoerende werkers: herhaling basistechnieken en technieken voor informatieverzameling, werken aan werkpunten, feedbacksystemen, enz.
9. Invoering van fasering, feedbacksystemen en rapportagesysteem.
10. Kwaliteitsbewaking:
 - Programma-evaluatie: in hoeverre worden beoogde doelgroep en doelstelling bereikt, in hoeverre wordt er gewerkt zoals bedoeld?
 - Onderhoud, consolidatie en innovatie. (Spanjaard, 2005)

De beschreven stappen zijn uitgebreid terug te vinden in bijlage 1.

5.4 Samenvatting

Voor het implementeren van het competentiemodel komen de volgende punten naar voren. Beschrijving/vaststelling van de doelgroep aan de hand van hulpvragen per ontwikkelingstaak, analyse van sterke en zwakke elementen van het bestaande programma, beschrijving en optimalisering van de dagelijkse routine, training uitvoerende werkers in basistechnieken voor competentievergroting, 'Training on the job', vaststelling van de fasering en koppeling aan informatieverzameling, behandelplanning, rapportage en voortgangsbespreking. Invulling van de fasering, vervoltraining uitvoerende werkers, invoering van fasering, feedbacksystemen en rapportagesysteem en kwaliteitsbewaking.

Deelvragen: '*Hoe wordt het competentiemodel gebruikt in de praktijk volgens de theorie?*' en '*Wat betekent theoretisch het implementeren van het competentiemodel?*' zijn in dit hoofdstuk beantwoord.

HOOFDSTUK 6 Praktijkonderzoek

6.1 Inleiding

Om een antwoord te krijgen op de vraagstelling: “Op welke manier kan het competentiemodel geïmplementeerd worden binnen de behandeling van LVG-jeugd met gedragsproblemen in de leeftijd van 14 t/m 21 jaar op Hulselstraat 18?” is ook een praktijkonderzoek nodig. Dit is nodig om te beschrijven wat de stand van zaken is met betrekking tot het implementatieproces van het competentiemodel. Aan de hand daarvan kan gekeken worden wat er nog nodig is om het competentiegericht verder te implementeren.

In het praktijkonderzoek is nagegaan hoe groepsbegeleiders de huidige implementatie van het competentiemodel hebben ervaren. Aan de hand van de volgende deelvragen is hier een antwoord op proberen te geven:

- In hoeverre is het competentiemodel geïmplementeerd binnen de jeugdgroepen?
- Hoe hebben groepsbegeleiders de implementatie tot nu toe ervaren?

6.2 Onderzoeksmethode

Het praktijkonderzoek heeft de vorm van een kwalitatief onderzoek. Door het afnemen van half gestructureerde interviews is de beleving van respondenten centraal gesteld. De ervaringen en meningen van respondenten zijn hierin belangrijk (Boeije, 2005). Daarnaast is er ook een observatie uitgevoerd. Observeren is een geschikte methode om gegevens over gedrag te verzamelen (Baarda, 2001). Vervolgens zijn alle gegevens verzameld, samengevat en geanalyseerd.

6.3 Omschrijving van de doelgroep

De 5 respondenten die benaderd worden voor dit praktijkonderzoek zijn allen werkzaam binnen de jeugdgroepen van WBC 8 en zitten samen in het werkgroepje “competentieverricht werken”. Zij zijn werkzaam als groepsbegeleider of coördinerend begeleider. Zij zijn niet werkzaam op Hulselstraat 18, en zijn een stap verder met de implementatie van het competentiemodel. Uiteindelijk zijn er drie respondenten geïnterviewd, omdat één groepsbegeleider niet meer werkzaam is binnen de organisatie en één groepsbegeleider werkzaam is binnen een team dat is afgestapt van het competentieverricht werken. De respondenten is gevraagd of zij bereid waren om mee te doen met het interview. Hierin is kort uitgelegd wat de bedoeling is. Vervolgens is er een afspraak gemaakt voor het interview.

6.4 Motivatie van de doelgroep

Er is gekozen voor deze doelgroep omdat zij actief is geweest binnen de werkgroep “competentieverricht werken” voor de jeugdgroepen. Daarnaast zijn de respondenten als groepsbegeleider of coördinerend begeleider werkzaam op de jeugdgroepen. Er is bewust voor gekozen om groepsbegeleiders buiten Hulselstraat 18 te interviewen. Dit omdat de andere jeugdgroepen al gestart waren met het competentiemodel ten tijde van het interview en Hulselstraat 18 nog niet. Door de andere groepen te interviewen kan er een beeld geschetst worden, hoe de

eerste weken van het werken met het competentiemodel gegaan is. Hieruit kunnen vervolgens conclusies getrokken worden of er zaken anders aangepakt moeten worden op Hulselstraat 18.

In eerste instantie is er gevraagd of alle groepsbegeleiders van de verschillende jeugdgroepen een vragenlijst wilden invullen. Hieraan wilden zij echter niet meewerken. Vervolgens is gekozen om degene die in de werkgroep “competentieverricht werken:” te interviewen omdat zij meer zicht zouden hebben op het implementatie proces van het competentieverricht werken. Zij zullen uiteindelijk het competentieverricht werken ondersteunen binnen hun eigen team. Omdat de doelgroep te beperkt was is er voor gekozen om ook een teamoverleg van een van de jeugdgroepen bij te wonen. Er is gekeken hoe de groepsbegeleiders binnen een team kijken tegen het competentieverricht werken en waar zij tegenaan lopen tot nu toe.

6.5 Dataverzameling

De onderzoeksgegevens worden verkregen middels halfgestructureerde interviews en een observatie.

6.5.1 Halfgestructureerd interview

In een halfgestructureerd interview liggen de vragen en antwoordmogelijkheden niet van tevoren vast. De onderwerpen liggen echter wel vast. Met behulp van het halfgestructureerde interview kun je de ervaringen, belevingen, opvattingen, meningen, gevoelens en gedachten van de groepsbegeleiders in kaart brengen. De onderwerpen staan in een logische volgorde in de topiclijst. Het onderzoek vindt plaats in een bepaalde periode, wat betekent dat in een andere periode zich andere situaties en omstandigheden kunnen voordoen. Ook het verloop van personeel kan zorgen dat op een ander moment andere resultaten uit het onderzoek kunnen komen. De resultaten zijn dus niet te veralgemeniseren en gelden voor het moment waarop de interviews zijn afgenomen (Baarda, Goede & Van der Meer-Middelburg, 2007).

Opzet interview

Het doel van het interview is antwoord te krijgen op de drie deelvragen die beschreven zijn in paragraaf 6.1. Er wordt gekeken in hoeverre de groepsbegeleiders werken met het competentiemodel, hoe zij de implementatie ervaren hebben en wat zij nog nodig hebben om de implementatie te voltooien. In de literatuur staat beschreven hoe het competentiemodel toegepast kan worden in de praktijk en hoe het implementatieproces er uit ziet. Aan de hand van de interviews kan gekeken worden in hoeverre de theorie en de daadwerkelijke praktijk met elkaar overeenkomen. Daarnaast kan beschreven worden wat er nog veranderd kan worden om het werken met het competentiemodel te optimaliseren.

De interviews werden één op één afgenomen en vonden op de woongroepen plaats. De gesprekken zijn opgenomen met een voicerecorder. Aan de hand van de literatuur is een topiclijst opgesteld. Er wordt bij elk nieuwe onderwerp een vraag gesteld. Daarnaast worden bij elk onderwerp nog enkele trefwoorden of ‘door’-vragen gegeven. De topiclijst is terug te vinden in bijlage 2.

6.5.2 Observeren

Observeren is een geschikte methode om gegevens over gedrag te verzamelen. Doordat je feitelijk gedrag kunt vaststellen door middel van observaties is dat een voordeel tegenover het interviewen. Bij interviewen weet je nooit zeker of de geïnterviewde zijn gedrag wel correct weergeeft. Om meer respons vanuit de groepsbegeleiders te krijgen is er voor gekozen om naast de verschillende interviews ook een teamoverleg bij te wonen.

Opzet observatie

Er is voor gekozen om op een andere groep te observeren tijdens een teamoverleg. In dit teamoverleg werd de methodiekmap besproken en konden er vragen gesteld worden over het werken met de methodiekmap, en dus het competentiemodel. De vragen konden gesteld worden aan drie mensen uit de werkgroep “competentiegericht werken”. Tijdens het observeren is erg gelet op punten die te maken hebben met het competentiemodel en het implementatieproces. Deze lijst is terug te vinden in bijlage 3. Tijdens het teamoverleg is op deze lijst gescoord welke bevindingen van de groepsbegeleiders naar voren komen.

6.6 Analyse van de verzamelde gegevens

De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. Vervolgens is het gesprek uitgeschreven. Het eerste doel is om al deze informatie te reduceren tot bruikbare gegevens voor het onderzoek. Deze gegevens worden geanalyseerd aan de hand van verschillende fasen:

Eerste reductiefase:

Protocol maken en alle niet-relevante informatie voor de onderzoeksvraag schrappen.

Tweede reductiefase:

Protocol indelen in fragmenten en het ruw labelen van deze fragmenten.

Derde reductie- en eerste abstractiefase:

De labels ordenen en kijken of ze elkaar overlappen.

Aantal specifieke labels, die in de kern iets gemeenschappelijks hebben, terugbrengen tot de kern en er dus een kernlabel aan koppelen.

Tweede abstractiefase:

De kernlabels zijn in feite begrippen. Deze moeten gedefinieerd worden zodat iedereen begrijpt wat de kernlabels betekenen.

Derde abstractiefase:

Omdat dit een beschrijvend onderzoek is hoeft in deze fase enkel het belang van de kernlabels aangegeven te worden door middel van het kijken naar de frequenties. (Baarda en de Goede, 2005):

De observatie is aan de hand van de scoringslijst samengevat in opvallende zaken die tijdens de observatie naar voren kwamen.

6.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid vormt een indicatie van de mate waarin onderzoeksresultaten onafhankelijk zijn van het toeval (Baarda en de Goede, 2005). De betrouwbaarheid is in dit onderzoek gewaarborgd door het gebruik van hetzelfde interviewschema voor elk interview. Elk interview is op dezelfde manier afgenomen. Door het gebruik van een topiclist is het onderzoek niet beïnvloed door de interviewer.

Validiteit heeft betrekking op de juistheid van onderzoeksbevindingen. Bij kwalitatief onderzoek spreekt men liever over geldigheid dan over validiteit. Er zijn drie vormen van geldigheid:

- De interne geldigheid wordt bepaald door het operationaliseren van het te meten begrip in de onderzoeksvraag. Binnen dit onderzoek is getracht het te meten begrip aan de hand van de literatuur te operationaliseren.

De externe geldigheid heeft betrekking op de representativiteit van de respondenten voor alle groepsbegeleiders van de jeugdgroepen. Er is geprobeerd om de respondenten zo representatief mogelijk te laten zijn. Maar dit werd bemoeilijkt omdat er maar een aantal van de groepsbegeleiders werkzaam waren binnen de werkgroep “competentiegericht werken”.

Tot slot hangt de geldigheid ook samen met de wijze van dataverzameling. Door het gebruik van verscheidene dataverzamelings-technieken is de kans op valide resultaten het grootst. Daarom is bij de uitvoering van dit onderzoek naast het interviewen ook gekozen voor observatie.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de validiteit in redelijke mate aanwezig is in dit onderzoek.

6.8 Samenvatting

In hoofdstuk 5 is beschreven op welke manier er onderzoek is gedaan. Hierin komen de volgende punten naar voren: de onderzoeksmethode, de omschrijving van de doelgroep, motivatie van de doelgroep, dataverzameling, analyse van de verzamelde gegevens en betrouwbaarheid en validiteit.

7.1 Inleiding

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag is het belangrijk dat in kaart wordt gebracht wat de stand van zaken is betreffende de implementatie van het competentiemodel. In hoofdstuk 7 wordt de beginsituatie en de huidige situatie beschreven. Hiermee wordt er gedeeltelijk een antwoord gegeven op de volgende deelvragen: *'In hoeverre is het competentiemodel geïmplementeerd binnen de jeugdgroepen?'* en *'Hoe hebben de groepsbegeleiders de implementatie tot nu toe ervaren?'*

7.2 Beschrijving van de beginsituatie

Vanuit het management is in 2007 besloten om het competentiemodel in te voeren als methodiek op de jeugdgroepen. Om een beter zicht te krijgen op zaken die zijn ondernomen worden deze in de volgende paragrafen beschreven. Als eerste wordt de verbeteranalyse van Hulselstraat 18 beschreven. Deze verbeteranalyse is opgesteld om de beginsituatie vast te stellen.

7.1.1 Verbeteranalyse Hulselstraat 18 2007

In mei 2007 heeft PI Research een verbeteranalyse uitgevoerd op Hulselstraat 18. Hulselstraat 18 staat representatief voor alle jeugdgroepen binnen WBC 8. Op basis van deze analyse is besloten dat Wintelresestraat 28 niet verder zal gaan met de implementatie van het competentiemodel. Dit omdat de uitgangspunten van het competentiemodel niet aansluiten bij de doelgroep van Wintelresestraat 28. Een beschrijving van de doelgroep van Wintelresestraat 28 is terug te vinden in hoofdstuk 1 paragraaf 1.4.1.

De sterkte/zwakte analyse had tot doel een antwoord te geven op de volgende vragen:

- welke methodische elementen van het competentiemodel zijn al aanwezig en goed uitgewerkt, waar doen zich tekorten of problemen voor?
- in hoeverre zijn elementen uit het competentiemodel reeds (impliciet of expliciet) ingevoerd, op welke plaatsen zou invoering van aanvullende elementen tot verbetering van het huidige aanbod kunnen leiden?
- welke aspecten van de behandeling/begeleiding zouden verder ontwikkeld moeten worden?
- wat zijn de verbeterwensen van de uitvoerende medewerkers, de coördinator en de staf?

Voor de beantwoording van deze vragen heeft op de volgende wijze verzameling en analyse van informatie plaatsgevonden:

- gestructureerde interviews met twee groepsleiders, de teamleider en de gedragswetenschapper (met behulp van interviewformats en vragenlijsten van PI Research)
- het inzien van bestaande behandelingsprotocollen, logboek, formulieren en enkele dossiers
- het bijwonen van de teamvergadering
- het bijwonen van een overdracht
- het bezoeken van de leefgroep bij terugkeer van de jongeren op de groep na de dagbesteding
- vragenlijsten ingevuld door vier groepsleiders en de teamleider

Aan de hand van de verzamelde gegevens zijn er verbeter punten opgesteld voor Hulselstraat 18. Deze zijn hieronder terug te vinden.

Verbeterpunten:

Doelgroep:

- Maak een expliciete keuze voor de doelgroep van de Hulselstraat 18.
- Plaats de gekozen doelgroep op basis van duidelijke indicatie criteria.
- Creëer nieuwe doorstroommogelijkheden. Dit kan op het terrein maar ook binnen de groep wanneer de fasering verder wordt uitgewerkt.
- Balanceer de verhouding tussen jongens en meisjes.
- Verzorg voorlichting /PR voor de plaatsers en andere instellingen.

Fysieke omgeving:

- Creëer in de gezamenlijke ruimte een plek waar jongeren zich terug kunnen trekken zonder dat zij naar hun kamer of naar buiten hoeven. Zo kunnen jongeren die moeite hebben met sociaal contact zich gemakkelijk even terugtrekken, terwijl zij tegelijkertijd in de buurt blijven van de anderen. De drempel om weer contact te maken en mee te doen aan gezamenlijke activiteiten is op deze manier lager, dan wanneer zij zich op hun kamer terugtrekken.
- Creëer een meer vrolijke en uitdagende ruimte in de directe omgeving van het huis (waarbij een eventuele toename van omgevingsprikkels wel gecontroleerd kan worden). Meer mogelijkheden om op het terrein activiteiten met anderen te ondernemen kunnen zorgen voor extra leermoment.
- Een aantal jongeren die momenteel ontoereikende vaardigheden lijken te hebben om op een zinvolle manier hun tijd op hun kamer in te delen, kunnen gestimuleerd worden om meer tijd op de groep door te brengen. De groepsleiding kan voor deze jongeren bijvoorbeeld groepsactiviteiten plannen of de tijd dat deze jongeren in hun kamer mogen doorbrengen beperken. Zo kan de groepsleiding deze jongeren meer leermomenten aanbieden. Hierbij kan de structuur van de dagelijkse routine en de individuele dagelijkse routine (zie volgende paragraaf) een uitkomst bieden.

Dagelijkse routine:

- Bepaal samen de functie van de dagelijkse routine in het werken met de jongeren alvorens deze verder uit te werken en actief te gebruiken.
- Hanteer de dagelijks routine op een eenduidige manier en licht elkaar goed in over mogelijke veranderingen of uitzonderingen die hebben plaatsgevonden.
- Licht de jongeren goed in over de dagelijkse routine en eventuele veranderingen die worden doorgevoerd.
- Help de jongeren bij het gezamenlijk opstellen van het eigen dagprogramma, die activiteiten te plannen die goed aansluiten bij hun vaardigheidsniveau bij.

Groepsregels:

- Bedenk met elkaar waarom er welke regels zijn en wat de functie van deze regels zijn op de groep.

- Probeer de groepsregels waar mogelijk positief te formuleren. Hiermee ligt de focus op het gewenste gedrag.
- Hanteer de groepsregels op een meer eenduidige manier. Zo is duidelijker voor jongeren wat er van hen verwacht wordt en neemt het gevoel van veiligheid op de groep toe.
- Zorg dat de groepsregels op papier staan zodat iedereen deze kan na lezen als zij dat willen. De regels kunnen bijvoorbeeld in een folder staan of opgeschreven worden in een schriftje. Dit vergroot de transparantie van de groepsregels en vergroot de kans dat zij worden opgevolgd en eenduidig worden gehanteerd.

Assessment en behandelplanning:

- Zorg ervoor dat bij informatieverzameling, analyse en doelen stellen alle leefgebieden aanbod komen. Dit kan bijvoorbeeld door een indeling in ontwikkelingstaken.
- Breng het vaardigheidsniveau van de jongeren beter in beeld, bijvoorbeeld door middel van instrumenten. Wanneer de vaardigheden van jongeren duidelijk in kaart zijn gebracht, kunnen de doelen concreter worden geformuleerd. Aan de hand hiervan kunnen dan werkpunten vastgesteld worden.
- Gebruik het toekomstperspectief meer als leidraad voor het stellen van behandeldoelen. Blijf doelen bijstellen aan de hand van de evaluaties.
- Betrek ouders en het sociale netwerk bij het opstellen van het behandelplan.
- Structureer de overdracht bij de dienstwisseling. Bespreek ook werkpunten van jongeren en vaardigheden die zij hebben laten zien of juist niet hebben laten zien. Gebruik hierbij bijvoorbeeld gestructureerde formulieren om de dienst te evalueren.
- Bespreek behandeldoelen en werkpunten van alle jongeren nadrukkelijk in het teamoverleg.
- Beschrijf concreet gedrag van cliënten in de verslaglegging. Maak hierbij onderscheid tussen waargenomen gedrag en eigen interpretatie. Zo ontstaat meer duidelijkheid over het gedrag en kan eenvoudiger een analyse en passend plan van aanpak worden gemaakt.
- Laat leerdoelen standaard aan de orde komen in regelmatig terugkerende begeleidingsgesprekken met de jongere.
- Bespreek zowel sterke als minder sterke punten van de jongere tijdens het team overleg. Zo kunnen makkelijker werkpunten worden geformuleerd of bijgesteld. Ook komt er meer aandacht voor de krachten van de jongeren.
- De structuur voor goede rapportage is aanwezig. Maak gebruik hiervan en vul rapportages volledig in.

Methodische handelen van groepsleiders:

- Bepaal allereerst een gezamenlijke visie van waaruit gewerkt kan worden.
- Maak meer gebruik van preventieve interventies zoals het voordoen en oefenen en het geven van duidelijke instructies. Zo neemt de kans toe dat de jongere het gewenste gedrag zal laten zien. Dit gedrag kan vervolgens worden versterkt door middel van positieve feedback. Zeker gezien het niveau van de jongeren is het voordoen en oefenen een effectieve manier om vaardigheden bij te brengen.

- Neem bestaande sancties onder de loop. Bedenk hierbij voor welk probleemgedrag sancties worden opgelegd. Bedenk daarna wat men wil bereiken met deze sancties. Vervolgens kan bepaald worden welke sanctie op welke wijze kan worden opgelegd.
- Geef aan collega's opbouwende feedback waarin er aandacht is voor wat goed gaat naast mogelijke aandachtspunten. Op deze manier komt het feedback beter aan en kunnen krachten van de groepsleider beter benut worden. Wanneer aandachtspunten concreet worden geformuleerd, zal het makkelijker zijn om de gegeven suggestie uit te voeren.
- Maak het methodisch handelen een vast onderwerp van het teamoverleg. Hierbij kan steeds een onderwerp behandeld (en indien mogelijk geoefend) worden om zo het methodisch handelen goed te laten integreren in het werk op de groep.

7.2.2 Trainen WBC hoofden

In een zesdaagse cursus worden stafleden en leidinggevenden geschoold in het ontwikkelen en/of begeleiden van competentiegerichtte hulpverlening. De volgende thema's komen aan bod:

- Competentiemodel en leertheorieën
- Werken in de groep met jeugdigen
- Dagelijkse routine en fasering
- Samenwerken met en begeleiden en trainen van ouders
- Technieken en hulpmiddelen voor gedragsbeïnvloeding
- Informatie verzamelen, analyseren en behandelplanning
- Ontwikkelen en invoeren van nieuwe methodieken
- Trainen, begeleiden en aansturen van medewerkers

Aan het einde van de cursus hebben stafleden of leidinggevenden kennis van de theoretische uitgangspunten van het competentiemodel en de daarbij horende leertheorieën. Daarnaast komen ook de diverse technieken en interventies die op competentievergroting gericht zijn aan bod. Deze groep fungeert als kartrekker bij de implementatie van de nieuwe methodiek. Zij kent de belangrijkste diagnostische procedures en heeft theoretische kennis en praktische ervaring met procedures en interventies die op de ontwikkeling en begeleiding van een nieuw programma gericht zijn.

Leidinggevenden die deze cursus gevolgd hebben zijn niet meer werkzaam binnen de organisatie. Hierdoor wordt de implementatie van het competentiemodel helaas niet gestuurd en kunnen groepsleiders niet bij hen terecht voor ondersteuning.

7.2.3 Training groepsleiders verschillende groepen

In 2 dagen zijn de groepsleiders getraind in de basistechnieken en het gebruik van hulpmiddelen. De volgende punten zijn hierbij aan bod gekomen:

- competentiemodel,
- dagelijkse routine en regels,
- observeren,
- technieken voor gedragsverandering,
- doelen en werkpunten.

De groepsleiders zijn in verschillende groepen ingedeeld. Hierdoor konden zij niet samen met hun collega's van hun eigen groep oefenen met de opgedane kennis. De meeste groepsleiders hebben dit als een gemis ervaren. Er werd veel tijd besteed aan de andere groepen waardoor er dus niet voor de eigen groep geoefend kon worden. Ook gaven de groepsleiders aan dat ze de cursus te beknopt vonden met onvoldoende diepgang. Omdat de groepbegeleiders per groep niet tegelijkertijd zijn getraind kon er naast de training ook niet worden geoefend op de werkvloer. Dit had tot gevolg dat wanneer iedereen de training uiteindelijk gevolgd had, de groepsleiders elkaar niet konden ondersteunen. Voor de een was het al weer te lang geleden dat zij de training gehad hadden. Hierdoor waren technieken en theorie alweer vergeten.

7.2.4 Teamdag competentiemodel

Om de implementatie van het competentiemodel voor te zetten zijn er in de zomer van 2008 teamdagen georganiseerd om per team afspraken te maken. De bedoeling van deze teamdag was om het geheugen van de groepbegeleiders weer op te frissen en een plan van aanpak op te stellen. Ook werd hier besproken hoe het competentiemodel vorm zou moeten krijgen. De verbeterpunten uit de verbeteranalyse zijn hierin naar voren gekomen.

7.2.5 Methodiekmap

Om het competentiemodel inzichtelijk te maken voor de groepbegeleiders is er een methodiekmap ontwikkeld. Hier komt de theorie van het competentiemodel in terug: de dagelijkse routine, de verschillende fasen, rapportage, beloningslijst, taken cliëntbegeleider. Deze map is gebaseerd op een voorbeeld zoals die bij een andere instelling wordt gebruikt. Met deze informatie is een conceptmap opgesteld door Ghita Aarts. Vervolgens is de map aangepast door groepsbegeleiders van Hulselastraat 18. Deze methodiekmap dient weer als voorbeeld voor de andere jeugdgroepen. In deze methodiekmap is het volgende beschreven:

- Het competentiemodel: de theorie
- Het competentiemodel binnen WBC 8
 - o Fase 1: Oriëntatiefase
 - o Fase 2
 - o Fase 3
 - o Scoringskaarten en beloningen
- Taken van de cliëntbegeleiders in de verschillende fasen
- Algemene beschrijving sterkte/zwakte analyse

- Dagkaart fase 1
- Dagkaart fase 2

7.2.6 Werkgroep

Aan de hand van de concept methodiekmap is er een werkgroep opgezet. Deze werkgroep bestaat uit twee behandelaars van WBC 8, het hoofd WBC 8 en 6 groepsbegeleiders van de jeugdgroepen. In deze werkgroep wordt besproken hoe het competentiemodel toegepast kan worden binnen de jeugdgroepen. De bedoeling is dat leden van de werkgroep kennis en ervaring met elkaar kunnen uitwisselen.

7.3 Beschrijving Huidige situatie

Aan de hand van interviews en observaties is getracht om een beeld te schetsen van de huidige situatie. Aan de hand van de analyses van de interviews, zoals beschreven in hoofdstuk 5 paragraaf 6, zijn er 6 kernlabels naar voren gekomen. Deze 6 kernlabels worden in de volgende subparagrafen beschreven. Opvallende zaken uit de observatie zijn te koppelen aan een aantal verschillende kernlabels. Deze worden apart per kernlabel beschreven.

6.3.1 Randvoorwaarden

Met de randvoorwaarden wordt bedoeld of er voldoende hulpbronnen aanwezig waren of zijn om de implementatie goed te kunnen uitvoeren.

Alle respondenten geven aan dat de randvoorwaarden onvoldoende aanwezig waren. *“Ze waren verre van ideaal”*. Met name het tijdstip van de training werd als onlogisch ervaren. De training was inhoudelijk goed maar paste niet bij wat de groepsbegeleiders op dat moment op de groep uitvoerden. Ook de samenstelling van de trainingsgroepen was niet ideaal. Zo zaten groepsbegeleiders uit verschillende teams bij elkaar. *“We hebben daar wel casussen moeten doen, maar deze sloten niet aan bij waar we toen mee aan het werk waren op onze groep”*. Wat wel is bijgebleven van de training zijn de gedragsinstructies die toegepast kunnen worden in de benadering van de cliënten. Als belangrijkste punt wordt ook aangegeven dat de training te lang geleden is gegeven. Pas veel later gingen de groepen met het competentiemodel in de praktijk aan de slag. De kennis is gedeeltelijk aanwezig onder de groepsbegeleiders. *“De informatie is er wel, maar ik denk dat het voor heel veel mensen nog heel moeilijk is om dat ook in de praktijk te brengen”*. Er wordt iemand gemist waarbij groepsbegeleiders met vragen terecht kunnen. *“Het lastige van nu is dat we niet goed weten hoe we het competentiemodel om moeten zetten van de theorie naar de praktijk”*.

Een respondent benoemt dat er op financieel gebied te weinig middelen beschikbaar waren. Zo werden er steeds minder uren beschikbaar gesteld voor de implementatie. *“Er moet over veel dingen overlegd worden, maar er wordt overal in gesneden”*. Er is een werkgroep opgestart, er konden hier ervaringen worden uitgewisseld en kon er samen bedacht worden hoe iets aangepakt kan worden. De meningen zijn verdeeld over de werkgroep. De een vond het prettig dat deze werkgroep er was en de ander gaf aan dat de werkgroep vaker niet dan wel door ging. Vaak waren belangrijke mensen niet

aanwezig waardoor een bijeenkomst niet door kon gaan. Hiermee worden de staf en de gedragsdeskundigen mee bedoelt. Zij hadden deze verantwoordelijkheid meer moeten dragen.

7.3.2 Waardencompatibiliteit

Er is gevraagd in hoeverre de uitgangspunten van het competentiemodel overeenkomen met de persoonlijke visie en de visie van Lunet zorg.

Alle respondenten geven aan dat zij de uitgangspunten van het competentiemodel bij hun eigen visie en handelen vinden passen. Onderdelen zoals het positief benaderen van de jongeren en het gestructureerd werken wordt hierbij genoemd. *“Bij mij past het wel in mijn handelen, ik werk zelf ook redelijk gestructureerd. We kijken ook naar het positieve van onze cliënten”.*

Een respondent benoemt ook dat de benadering vanuit het competentiemodel een positief invloed heeft op het zelfbeeld van de cliënten. Wel wordt daar gelijk een kanttekening bij geplaatst of alle cliënten wel in staat zijn om tot zelf inzicht te komen. Hierbij wordt de scoringskaart ter discussie gesteld. *“Ze weten wel dat ze punten moeten scoren, en ze kunnen ook benoemen dat ze iets gedaan hebben, maar waar het eigenlijk om gaat dat weten ze niet. Het gaat hun om de punten”.* Ook de andere respondenten hebben zo hun twijfels over de scoringskaarten. Deze worden ook nog niet standaard gebruikt in de praktijk, in ieder geval niet via een vaste structuur. Uit de observatie blijkt ook dat niet iedereen achter het gebruik van de scoringskaarten staat. Er wordt aangegeven dat niet helemaal duidelijk is hoe deze scoringskaarten gebruikt moeten worden. Duidelijk wordt dat niet iedereen de theorie achter de scoringskaarten kent. Op de vraag of iedereen de methodiek map gelezen heeft blijkt dat niemand, let wel niemand, deze gelezen heeft.

Een respondent geeft aan dat de methodiek wel voor alle jeugdgroepen geldt, maar bij sommige cliënten competentiemodel niet aansluit. Dus kan er ook niet mee gewerkt worden.

Of de vernieuwing past binnen Lunet zorg daar zijn de respondenten het wel mee eens. Er wordt uitgegaan van de cliënt en vooral gekeken naar zijn mogelijkheden. Wel is het een omschakeling geweest, en misschien is die omschakeling er nog niet helemaal geweest.

Er wordt door de respondenten ingezien dat het competentiemodel hun veel voordelen kan opleveren. Alleen de weg er naar toe is niet altijd even makkelijk. *“Het gaat natuurlijk nog wel wat tijd kosten maar ik denk dat het uiteindelijk wel de investeringen waard zal zijn”.*

7.3.3 Externe factoren

Er is aan de respondenten gevraagd of er externe factoren waren die invloed hebben op het implementatieproces. Hierin worden wisselingen binnen het team genoemd.

Daarnaast wordt door een respondent benoemt dat de invoering van het kwadrant invloed heeft gehad op de implementatie van het competentiemodel. Het Kwadrant staat voor de digitalisatie van bijvoorbeeld het persoonlijk plan. Door deze invoering is de implementatie van het competentiemodel opgeschoven, of bleef het liggen.

Alle respondenten benoemen dat ze een kartrekker missen tijdens de hele implementatie. Er zijn in het begin stafleden getraind maar deze zijn niet meer werkzaam binnen de jeugdgroepen. Groepsbegeleiders voelen zich heel erg in het diepe gegoooid. *“Er wordt wel makkelijk vanuit de organisatie gezegd dat we het moeten invoeren, maar daar komt toch wel wat meer bij kijken”*.

Ook wordt er afgevraagd of de gedragsdeskundigen wel helemaal op de hoogte zijn van het competentiemodel. Ook vanuit de gedragsdeskundigen is er maar weinig sturing. Groepsbegeleiders kunnen niet met al hun vragen bij de gedragsdeskundigen terecht.

Ook de timing of het tijdspad is niet voor alle respondenten even duidelijk geweest. Er wordt aangegeven dat de training al vroeg in het proces is ingezet. Pas veel later zijn ze binnen de groepen met het competentiemodel aan de slag gegaan. Hierdoor is de basiskennis voor een groot deel al weer verwaterd. Eén respondent benoemt zelfs dat er voor zijn gevoel helemaal geen implementatie heeft plaats gevonden. De stappen die ondernomen zouden moeten worden waren niet duidelijk. *“Naar mijn mening is het redelijk vrijblijvend gebleven. Eigenlijk te vrijblijvend en zo is de kennis langzaam weggezakt”*.

7.3.4 Interne factoren

Er is aan de correspondenten gevraagd of er ook nog interne factoren waren die invloed hadden op de implementatie. Er wordt benoemt dat er irritaties ontstonden doordat zaken niet duidelijk waren. Hier werd binnen de teams wel over gepraat. *“Ook wel irritaties inderdaad, van wat moeten we nou toch weer, het verandert continu”*. Met vragen konden de groepsbegeleiders niet goed bij anderen terecht. Een respondent benoemt dat veel collega's haar om advies vroegen daar zij in de werkgroep zat. Maar zij heeft ook niet overal een antwoord op. Dit vond zij zelf ook erg frustrerend. De ene keer kan ze haar collega's wel motiveren en de andere keer lukt haar dit niet. Bij dat laatste merkt ze dat zij zelf te weinig kennis heeft van het competentiemodel.

Groepsbegeleiders geven aan dat hun motivatie is verminderd als gevolg van belemmerende externe factoren zoals gebrek aan personeel, personele wisselingen, gebrek aan middelen, gebrek aan financiën en gebrek aan tijd.

7.3.5 Werkwijze praktijk

Er is aan de respondenten gevraagd in hoeverre ze op dit moment met 10 elementen van het competentiegericht werken bezig zijn. Er is hun gevraagd of een element ver af of juist dicht bij staat van de gangbare werkwijze.

Dagelijkse routine: Op de ene groep wordt er aangegeven dat er globaal mee gewerkt wordt. Enkele cliënten hebben een dagprogramma dat is aangepast aan het competentiemodel. Op de andere groep heeft elke cliënt een eigen programma in een eigen map. Op beiden groepen wordt er erg gestructureerd gewerkt. De dagelijkse routine volgens het competentiemodel ligt dicht bij de huidige werkwijze.

Hanteren regels: De regels zijn opgesteld volgens het competentiemodel. Op één groep hangen de regels nog niet in de woonkamer. De regels worden echter niet door verschillende groepsbegeleiders op dezelfde manier gehanteerd. *“We hebben de huisregels maar ik vind dat we strenger op naleving moeten toezien”*. De groepsregels zijn besproken in de groepsraad met de jongeren. Het hanteren van de regels volgens het competentiemodel ligt wat verder af van de huidige werkwijze.

Toepassing van sancties: De sancties die gegeven worden zijn kort en direct naar aanleiding van wat er is gebeurd. De sancties worden duidelijk uitgelegd naar de jongeren. Het toepassen van sancties ligt redelijk dicht bij de huidige werkwijze.

Algemeen methodisch handelen: De respondenten benoemen dat ze bewuster worden van hun eigen handelen. Ze proberen steeds meer uit te gaan van het positieve. En hanteren gedragsinstructies. Wel wordt er door twee respondenten benoemt dat ze wel heel veel elementen van het competentiegericht werken gebruiken, maar nog niet altijd met de juiste onderbouwing vanuit de theorie. *“Echt volgens het boekje werken, dat gebeurt hier nog te weinig”*.

Incident en crisissituaties: Respondenten geven aan dat dit te vergelijken is met het toepassen van sancties. De groepsbegeleiders grijpen zo snel mogelijk in als ze een cliënt spanning op zien bouwen. Ze werken dan met een PAM-model. *“Met behulp van het PAM-model kunnen we het gedrag van de cliënten herkennen en redelijk sturen en ze helpen om terug te gaan naar de rustfase”*. Dit staat dus dicht bij de huidige werkwijze.

Observeren: Er wordt bewuster mee omgegaan. *“We kijken naar wat er achter het gedrag zit en welke invloeden van toepassing zijn”*. Een respondent benoemt dat het observeren aan de hand van een doel van een cliënt niet altijd terug komt in de rapportage. Dit gebeurt niet puntsgewijs. Over het algemeen staat het redelijk dicht bij de huidige werkwijze.

Fasering: Een respondent geeft aan dat hij niet helemaal duidelijk voor ogen heeft wat de fasering precies inhoudt. Op deze groep wordt dan ook minimaal in fasen gewerkt. Dit omdat er nog discussie bestaat over de eerste fase. Hier zijn ze nog niet helemaal over uit of ze deze fase wel of niet moeten toepassen binnen hun groep. Er wordt nog erg oppervlakkig met de fasering gewerkt. Behandelen aan de hand van een fasering staat ver af van de huidige werkwijze.

Hanteren feedbacksystemen: Er wordt nog maar minimaal met de dagkaarten gewerkt. Dit omdat het werken met het competentiemodel maar pas is opgestart. Een enkele cliënt heeft een dagkaart waarop gescoord kan worden. Ook is nog niet helemaal duidelijk hoe de dagkaarten in de praktijk gebruikt moeten worden. Daarnaast komt erbij dat er nog wat discussiepunten bestaan omtrent beloningen. Er wordt ook niet door alle groepsbegeleiders hetzelfde omgegaan met de scoringskaarten. Hier ligt nog geen duidelijke lijn in. Ook wordt de scoringslijst wel eens vergeten. Dit gebeurt dan meestal in de ochtend. Het is nu nog lastig om dit dan 's middags weer op te pakken. Het hanteren van feedbacksystemen ligt dus ver af van de huidige werkwijze.

Verzamelen en analyseren informatie: Respondenten geven aan dat dit nog stukken beter kan. Het gebeurt nu nog te veel naar eigen inzicht. Gestructureerde formulieren zijn nog niet voorhanden of worden nog niet gebruikt. Het verzamelen en analyseren van informatie ligt redelijk ver af van de huidige werkwijze.

Stellen van doelen: Er wordt wel gewerkt met doelen, maar nog niet altijd helemaal volgens het competentiemodel. Er wordt een plan van aanpak opgesteld in overleg met de gedragsdeskundigen. Hierin kan nog het een en ander in verbeterd worden. Op dit moment is het ook nog aanpassen aan de nieuwe methodiek.

7.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is aan de hand van de volgende twee deelvragen: 'In hoeverre is het competentiemodel geïmplementeerd binnen de jeugdgroepen?' en 'Hoe hebben groepsbegeleiders de implementatie tot nu toe ervaren?' een antwoord proberen te geven op de hoofdvraag. Als eerste is de beginsituatie in beeld gebracht. Vervolgens zijn er een aantal stappen ondernomen en kan er gekeken worden naar de huidige situatie. De conclusies met betrekking tot de deelvragen worden in het volgende hoofdstuk beschreven.

HOOFDSTUK 8 Conclusies en aanbevelingen

8.1 Conclusies

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag van deze scriptie. Aan de hand van het theorie- en praktijk gedeelte worden er conclusies getrokken met betrekking tot de hoofdvraag:

‘Op welke manier kan het competentiemodel geïmplementeerd worden binnen de behandeling van LVG-jeugd met gedragsproblemen in de leeftijd van 14 t/m 21 jaar op Hulselstraat 18?’

In hoofdstuk 2 worden de organisatie en de doelgroep beschreven, en in hoofdstuk 3 en 4 het competentiemodel. Wanneer je deze twee hoofdstukken naast elkaar legt kan geconcludeerd worden dat het competentiemodel toepasbaar is binnen Hulselstraat 18. Het competentiemodel is een behandelingsprogramma voor begeleiding en behandeling van kinderen en jongeren in leefgroepen van tehuizen, kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdinrichtingen.

Het competentiemodel is gebaseerd op vier leertheorieën vanuit de gedragstherapie. Deze vier leertheorieën zijn de klassieke leertheorie van Pavlov, de operante leertheorie van Skinner, de sociale leertheorie van Bandura en de zelfregulatietheorie van Goldstein. Deze theorieën beschrijven hoe mensen gedrag leren en weer afleren. Bij het competentiemodel wordt er gekeken in hoeverre jongeren competent zijn. Een jongere is competent wanneer hij over voldoende vaardigheden beschikt om ontwikkelingstaken waarmee hij in het dagelijks leven geconfronteerd wordt, op adequate wijze kan vervullen. Veel jongeren met gedragsproblemen hebben meestal onvoldoende vaardigheden waardoor zij hun ontwikkelingstaken niet goed kunnen vervullen. De jongere heeft een geringe competentie. Ontwikkelingstaken zijn afhankelijk van tijd en cultuur. Er zijn factoren die invloed hebben op de competentie. Stressoren zijn bijvoorbeeld van negatieve invloed op de balans van ontwikkelingstaken en vaardigheden. Naast deze stressoren kan een stoornis bij de jongere zorgen voor een geringe competentie. Voorbeelden hiervan zijn gedragsstoornis, emotionele stoornis en contactstoornissen. Als laatste zijn er protectieve factoren: deze hebben een positieve invloed op de competentie. Voorbeelden hiervan zijn intelligentie, goed humeur en positief zelfbeeld.

Competentiemodel als methodiek

Om met het competentiemodel in de praktijk te kunnen werken is deze vertaald naar een hanteerbare methodiek. Het beschrijft een duidelijke werkwijze voor de hulpverlening met betrekking tot het specifieke handelen in het werkveld. Residentiële hulp gericht op competentievergroting vereist een programma, dat door verschillende, nauw met elkaar samenhangende elementen wordt bepaald. De fysieke omgeving, methodisch handelen van de groepsleiders, fasering en feedbacksystemen, assesment en behandelplanning en aanvullende behandeling door specialisten. Om de methodiek aan te passen aan de huidige doelgroep zijn er een aantal aanpassingen nodig. Aan de hand van deze aanpassingen is er een methodiekmap opgesteld voor Hulselstraat 18. Deze methodiekmap is terug te vinden op de groep.

Implementatie

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties. Met procesmatig en planmatig wordt bedoeld dat de aanpak systematisch en doelgericht moet zijn.

Om te kijken naar de mate van implementatie van het competentiemodel, is er in de praktijk gekeken welke stappen zijn ondernomen in het implementatie proces en in hoeverre er gewerkt wordt met het competentiemodel. In hoofdstuk 6 worden de resultaten van het praktijkonderzoek beschreven. Geconcludeerd kan worden dat er gestart is met de voorbereidingen van het implementeren van het competentiemodel. De organisatie heeft besloten om te gaan werken met het competentiemodel. Stafleden en leidinggevenden zijn geschoold in het ontwikkelen en/of begeleiden van competentiegerichtte hulpverlening. Vervolgens is het merendeel van deze stafleden en leidinggevenden niet meer werkzaam binnen de organisatie met als gevolg dat de aansturing van het implementatie proces helaas is weggefallen.

Er is een sterke zwakte analyse opgesteld door het PI Research met verbeterpunten met betrekking tot het werken volgens het competentiemodel. Een aantal van deze punten zijn aangepast.

Vervolgens zijn de groepsbegeleiders getraind in het competentiegericht werken. Uit de interviews komt naar voren dat de groepsbegeleiders deze training inhoudelijke redelijk goed vonden maar in het algemeen niet vonden aansluiten bij hun huidige werkwijze in die periode. Ook werd er aangegeven dat er op dit moment sturing gemist wordt. Er wordt aangegeven dat het te vrijblijvend wordt aangeboden en groepsbegeleiders hebben het gevoel dat ze in het diepe zijn gegooid. Voor vragen kunnen zij bij niemand terecht. De basis van het competentiemodel wordt gemist en niet alle groepsbegeleiders zijn op de hoogte van hoe het competentiemodel moet worden toegepast.

8.2 Aanbevelingen

1. Er moet een verantwoordelijke komen die het implementatie proces stuurt.

Uit het onderzoek is gebleken dat groepsbegeleiders iemand missen die het implementatieproces stuurt. Voor hun gevoel worden zij aan hun lot overgelaten. Er moet een strikt tijdspad opgesteld worden en deze dient ook gevolgd te worden. Het management heeft ook de taak om controle uit te oefenen over de in gang gezette stappen voor het competentiemodel.

2. De basisprincipes van het competentiemodel moeten helder zijn bij alle groepsbegeleiders, hoofden en gedragsdeskundigen.

Wanneer het implementatie proces gestuurd wordt zoals hierboven is vernoemd, zal er aandacht besteed moeten worden aan de basisprincipes van het competentiemodel. Wanneer de basiskennis niet aanwezig is, wordt het lastig om het competentiemodel te implementeren. Een goede fundering is noodzakelijk voor het goed kunnen uitvoeren van een methodiek. Hiervoor kan het boek *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg* (Slot & Spanjaard, 2003) gebruikt worden. Daarnaast kan er gedacht worden aan een herhalingscursus, teamdag of advies van deskundigen.

3. De werkgroep voor de invoering van het competentiemodel binnen de jeugdgroepen moet meer prioriteit krijgen.

Uit het onderzoek, beschreven in paragraaf 7.3, komt naar voren dat er wel een werkgroep is maar dat deze niet door iedereen als ideaal wordt gezien. Zo gaan bijeenkomsten van de werkgroep vaak niet door en is er ook niet altijd de juiste kennis aanwezig binnen de werkgroep. Groepsbegeleiders voelen zich hierin ook niet gesteund door gedragsdeskundigen.

De taken van deze projectgroep zijn:

- het maken en uitvoeren van een projectplan;
- het maken van keuzes t.a.v. de in te voeren elementen van het competentiemodel;
- het laten aanpassen van elementen uit het competentiemodel (technieken van groepsleiders, fasering en feedbacksystemen, enzovoorts) aan de gewenste situatie t.b.v. de verschillende leefgroepen;
- het aansturen en organiseren van activiteiten in het kader van het project;
- afstemming met de groep trainers;
- het bewaken van de afstemming van de invoering van het competentiemodel met andere ontwikkelingen binnen de instelling;
- het (eens per kwartaal) informeren van de directie over de voortgang van het project.

4. Er dient een vervolg onderzoek te komen over de mate van implementatie na een bepaalde tijd.

Om het proces van implementatie in de gaten te houden is het noodzakelijk dat het over een bepaalde tijd opnieuw geëvalueerd wordt in hoeverre het implementatieproces gevorderd is. Voor kwaliteitsbewaking is informatie nodig over de toepassing van de methodiek in de praktijk. Dergelijke gegevens zijn van belang in het kader van het 'onderhoud' van de methodiek en kunnen belangrijke sturingsinformatie opleveren. Tussentijdse of periodiek evaluaties helpen de kwaliteit van de methodiektoeepassing te bewaken en op peil te houden. Tegen die tijd kan dit onderzoek herhaald worden of kan dit door het PI research uitgevoerd worden.

5. Er dient onderzoek gedaan te worden naar hoe kinderen en jongeren binnen WBC 8 het competentiemodel ervaren.

Wanneer het competentiemodel een bepaalde periode gebruikt wordt binnen de groepen is het interessant om te onderzoeken hoe de kinderen en jongeren het competentiemodel ervaren. Aan de hand van de uitkomsten van dat onderzoek kan de methodiek eventueel aangepast worden.

6. Er moet informatiemateriaal voor andere instellingen en ouders beschikbaar zijn.

In het implementatieproces tot zover is er nog niet naar voren gekomen hoe andere instellingen en ouders ingelicht worden over het competentiemodel binnen WBC 8. Wanneer een andere instelling een kind of jongere wil aanmelden is het handig om informatie te kunnen overhandigen. Dit geldt niet alleen voor andere instellingen maar ook naar ouders en jongeren.

LITERATUURLIJST

Baarda, D.B. & Goede de M.P.M. (2001) *Basisboek methoden en technieken, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff bv

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (1995) *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Educatieve Partners Nederland/Stenfert Kroese.

Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom uitgevers

Bruijn, D. (2004) *De kunst van het implementeren, Slagvaardig veranderen in publieke organisaties*. Assen: uitgeverij Van Gorcum

Didden, R. (2006). *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum.

Leeuwen W.A.L. (2002). *Mensen met een verstandelijke handicap*. In E. Biemond e.a. *Vademecum Zorg voor Verstandelijk gehandicapten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Nawijn, H. (1999). *Methodiekmap in de maak: De ontwikkeling van een methodiekmap op basis van het competentiemodel voor de medisch orthopedagogische behandelgroep 'de Vlinder' in Goirle*. Tilburg: Fontys Hogeschool Pedagogiek.

Ravensberg, J., Friele, R., Keijsers, J., Wensing, M. & Klazinga, N. (2003) *In zicht: Nieuwe wegen voor implementatie*. Assen: uitgeverij Van Gorcum.

Roediger, H.L., Capaldi, E.D., Paris, S.G., Polivy, J., Herman, C.P. & Brysbaert, M. (1998). *Psychologie: een inleiding*. Gent: Academia Press.

Slot, N.W. & Spanjaard H.J.M. (2003) *Competentievergroting in de residentiele jeugdzorg, hulpzorg voor kinderen en jongeren in tehuizen* Baarn: HBuitgevers

Zijlstra, R., Valskamp, C & Poppes, P. (2005) *Met zorg vernieuwen. Een handreiking voor een succesvolle implementatie van het opvoedings-/ondersteuningsprogramma*. Assen: uitgeverij Van Gorcum

Internet:

Beenker, L.G.M. & Bijl, B., (2003) *Van invoering naar uitvoering: Een eerste evaluatie van de implementatie van het competentiemodel in vier justitiële jeugdinrichtingen*. Duivendrecht: PI Research, 21 Juni 2008. <http://www.piresearch.nl/Praktijkonderzoek/c-downloads/Downloads%20publicaties/Invoerin%20uitvoering%20JJI.pdf>

Spanjaard, H. (2005) *Invoering en borging van competentiegericht werken binnen de residentiele jeugdzorg*. Duivendrecht: Pi Research, 15 Juli 2008. <http://www.piresearch.nl/Praktijkonderzoek/c-downloads/Algemene%20informatie%20voor%20invoering%20van%20competentiegericht%20werken.pdf>

Bijlage 1:

Invoering en borging van het competentiegericht werken binnen de residentiële jeugdzorg. (Spanjaard, 2005)

Invoering en borging van een methodiek is over het algemeen een omvangrijke klus. Dat geldt ook voor de methodiek 'competentievergroting binnen de residentiële jeugdzorg'¹. Deze methodiek is de afgelopen decennia ontwikkeld en verspreid door PI Research.² Regelmatig wordt PI Research benaderd met de vraag om ondersteuning te bieden bij de invoering en borging van competentiegericht werken binnen de residentiële hulpaanbod. Soms gaat het om nieuwe teams en/of nieuwe doelgroepen. Bij bestaande teams heeft er soms op een bepaalde afdeling al een training plaatsgevonden, maar is dit ad hoc gebeurd en niet goed ingebed. Er wordt niet structureel gewerkt aan onderhoud, en is de kennis aan het verdwijnen. Soms wordt er gewerkt met een aantal middelen (bijvoorbeeld een beloningssysteem), maar die staan dan los van de methodiek.

Hieronder volgt een beschrijving van wat er bij komt kijken om competentiegericht werken (opnieuw) in te voeren en in te bedden in de organisatie. Op hoofdlijnen wordt beschreven hoe een dergelijk implementatietraject kan verlopen.³

Voor het invoeren van een competentiegericht methodiek binnen een leefgroep worden vaak de volgende stappen gezet:

1. Beschrijving/vaststelling van de doelgroep aan de hand van hulpvragen per ontwikkelingstaak. Voor welke problemen is het programma bedoeld? Welke vaardigheden en protectieve factoren zijn minimaal aanwezig?
2. Analyse van sterke en zwakke elementen van het bestaande programma. De verbeterpunten leiden tot een plan van aanpak.
3. Beschrijving en verrijking van de dagelijkse routine.
4. Training uitvoerende werkers in basistechnieken voor competentievergroting.
5. 'Training on the job': begeleiding van uitvoerende werkers bij de toepassing van basistechnieken (o.a. middels feedback, instructie en oefening tijdens dagelijkse gebeurtenissen, werkoverleg, teambespreking en consultatie).
6. vaststelling van de fasering en koppeling aan informatieverzameling, behandelplanning, rapportage en voortgangsbespreking.
7. Invulling van de fasering: ontwikkeling van feedbacksystemen en systeem voor informatieverzameling en rapportage.
8. vervolgtraining uitvoerende werkers: herhaling basistechnieken en technieken voor informatieverzameling, werken aan werkpunten, feedbacksystemen, enz.
9. invoering van fasering, feedbacksystemen en rapportagesysteem.
10. Kwaliteitsbewaking:

¹ Slot, N.W. en Spanjaard, H.J.M. *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Uitgeverij Intro, 1999.

² Zie voor de werkzaamheden en het aanbod van PI Research: www.piresearch.nl

³ De kosten zijn afhankelijk van wat men zelf ter hand neemt en waarvoor men een beroep doet op PI Research. Voor een raming van de kosten kunt u uiteraard contact opnemen met PI Research.

10.1 Programma-evaluatie: in hoeverre worden beoogde doelgroep en doelstelling bereikt, in hoeverre wordt er gewerkt zoals bedoeld?

10.2 Onderhoud, consolidatie en innovatie.

Wanneer een instelling er voor kiest competentiegericht werken als methode in te voeren op meerdere afdelingen, liggen op organisatorisch niveau de volgende stappen voor de hand:

8. training staf en middenkader
9. instellen projectgroep
10. uitvoering sterke-zwakke analyse(s) en opstellen plan van aanpak
11. opleiden interne trainers
12. training van groepsleiders
13. training 'on the job'
14. kwaliteitsbewaking.

1. Training van staf en middenkader

Een belangrijke voorwaarde voor effectieve implementatie van een nieuwe methodiek is het inzetten van stafleden en leidinggevende die:

- inhoudelijk voldoende op de hoogte zijn van competentiegericht werken en de keuzemogelijkheden die daarbinnen bestaan;
- methodische elementen kunnen aanpassen aan de concrete situatie van de leefgroep
- veranderingprocessen kunnen sturen;
- in hun dagelijkse begeleiding en aansturing van medewerkers gebruik maken van competentievergrotende principes.

Een eerste stap in veel organisaties is daarom het opleiden van orthopedagogen, managers en teamleiders middels een incompany cursus 'Competentiegerichte Hulpverlening en Management'. In deze cursus komen bovengenoemde punten uitgebreid aan de orde. De cursus wordt 'op maat' gegeven en duurt afhankelijk van de gekozen inhoud 4 tot 6 dagen.

2. Projectgroep

De directie stelt een projectgroep in met als opdracht invoering van competentiegericht werken binnen de residentiele afdeling. In de projectgroep zitten minimaal twee gedragswetenschappers en twee lijnfunctionarissen. Ter verbreding van het draagvlak kan men ervoor kiezen ook twee groepsleiders aan de projectgroep toe te voegen. Een andere mogelijkheid is groepsleiders met name in werkgroepen te betrekken.

De taken van deze projectgroep zijn:

- het maken en uitvoeren van een projectplan;
- het maken van keuzen t.a.v. de in te voeren elementen van het competentiemodel;
- het laten aanpassen van elementen uit het competentiemodel (technieken van groepsleiders, fasering en feedbacksystemen, enzovoorts) aan de gewenste situatie t.b.v. de verschillende leefgroepen;
- het aansturen en organiseren van activiteiten in het kader van het project;

- afstemming met de groep trainers;
- het bewaken van de afstemming van de invoering van het competentiemodel met andere ontwikkelingen binnen de instelling;
- het (eens per kwartaal) informeren van de directie over de voortgang van het project.

Vanuit de projectgroep worden af en toe werkgroepen opgestart voor de ontwikkeling van aspecten van het competentiemodel waarbij meerder geledingen van de organisatie betrokken moeten worden. Mogelijke werkgroepen zijn 'behandelplanning en rapportage', 'feedbacksystemen' en 'contact met ouders'. In deze werkgroepen zitten vertegenwoordigers vanuit relevante geledingen van de instelling. Een werkgroep werkt een bepaalde vraagstelling/opdracht verder uit en/of functioneert als tijdelijke klankbordgroep voor het werk van de projectgroepleden m.b.t. de betreffende vraagstelling/opdracht. Nadat de vraagstelling beantwoord of de opdracht volbracht is, wordt de werkgroep weer opgeheven. Net zoals de projectgroep dient een werkgroep niet al te log te zijn, maar snel en soepel te kunnen handelen.

De projectgroep wordt na afsluiting van het project opgeheven. De projectgroep dient ervoor te zorgen dat dan vanuit de staande organisatie onderhoud en kwaliteitsbewaking plaats kan vinden.

De projectgroep en de werkgroepen kunnen PI Research consulteren m.b.t. zowel methodische en implementatievraagstukken. Eventueel wordt PI Research ingezet voor de ontwikkeling van specifiek onderdelen, zoals een feedbacksysteem. Op afroep kan PI Research bijeenkomsten van de projectgroep en/of werkgroepen bijwonen.

Ontwikkeling van specifieke methodische onderdelen

Het is denkbaar dat een instelling voor specifieke leefgroepen extra hulpmiddelen, technieken of modules wil ontwikkelen. Ook is het denkbaar dat men een bepaald uitgangspunt vertaald wil zien in methodische richtlijnen die worden toegevoegd aan het 'basispakket' competentiegericht werken. Mogelijk kan de projectgroep – eventueel via werkgroepen- dergelijke methodische onderdelen ontwikkelen. Het is ook mogelijk hiervoor een beroep te doen op PI Research.

3. Sterkte/zwakte analyse per leefgroep

Het in kaart brengen en evalueren van de huidige manier van werken op de verschillende leefgroepen geschiedt middels sterkte/zwakte analyses. Aandachtspunten bij de sterkte/zwakte analyses:

- dagelijkse routine, leefgroepregels, fysieke omgeving;
- technieken van de groepsleiders (handelen van de groepsleiders in het leven van alle dag t.a.v. het opstellen en realiseren van behandeldoelen en werkpunten en bij incidenten en crisissituaties);
- diagnostiek, assessment en rapportage;
- fasering en verblijfsplannen;
- wensen tot verandering/kwaliteitsverbetering van medewerkers.

Naar aanleiding van de sterkte/zwakte analyses wordt per leefgroep een plan van aanpak gemaakt voor de invoering van het competentiemodel. Hierin wordt aangegeven of, op welke wijze en wanneer

de dagelijkse routine beschreven/verrijkt wordt, trainingen gegeven worden, de invoering van een fasering en feedbacksysteem plaatsvindt en het rapportagesysteem wordt bijgesteld/aangepast. Sterkte/zwakte analyses kunnen door de instelling zelf uitgevoerd worden, maar ook door PI Research.

4. Opleiding interne trainers

Het werken met 'interne' trainers voor het trainen van groepsleiders heeft een aantal voordelen. Een interne trainer kent de instelling en in veel gevallen ook de deelnemers. Hij/zij weet tegen welke problemen de deelnemers in de praktijk aanlopen en kan ook voorbeelden uit deze praktijk inbrengen. Een ander voorstel is dat interne trainer na de training een rol kan vervullen bij de verdere implementatie van de aangeboden middelen en technieken. Een externe trainer kan daarentegen veel makkelijker als een 'frisse wind' functioneren: een nieuw gezicht, een nieuw geluid. Ook heeft een externe trainer meestal meer trainingservaring en heeft hij/zij ervaring met (invoering van) competentiegericht werken. Ervaringen uit andere instellingen kunnen bij de trainingen ingebracht worden. Het belangrijkste nadeel van een externe trainer is dat hij/zij na de training weer uit het blikveld van de deelnemers verdwijnt. Instellingen met meerdere leefgroepen doen er goed aan in ieder geval ook met interne trainers te werken. Deze kunnen een groot deel van de trainingen verzorgen en in de toekomst zorg dragen voor opfrustrainingen en training van nieuwe medewerkers. Ook kunnen interne trainers een rol spelen bij de 'training on the job' en programma-evaluaties in het kader van kwaliteitsbewaking.

Instellingen worden meestal geadviseerd meerdere (minimaal vier) medewerkers tot interne trainer op te leiden. PI Research kan in drie train-de-trainer-dagen de medewerkers opleiden tot trainer van:

- basistraining competentievergroting;
- training fasering en feedbacksystemen;
- training competentiegericht handelen bij incidenten en crisissituaties.

De trainers hebben na de opleiding de beschikking over trainersdraaiboeken, sheets, hand-outs en een videoband.

De praktijk leert dat instellingen met de opgeleide trainers diverse teams kunnen trainen. Er kan een beroep op PI Research-trainers worden gedaan wanneer trainers zich in het begin nog niet zeker genoeg voelen en wanneer zich binnen een team veel lastige situaties voordoen. Aanvullend aan bovenstaande trainingen kunnen op teams ook trainingen worden uitgevoerd omtrent onderwerpen als 'mentorschap' en 'werken met ouders'. Hiervoor kan een beroep worden gedaan op PI Research.

5. Training van groepsleiders

Training van groepsleiders vindt bij voorkeur per team (of eventueel twee teams) plaats. De inhoud en duur van de trainingen is afhankelijk van het startniveau van het team en de uitkomsten van de sterkte/zwakte analyse. Gemiddeld duurt een 'basistraining competentievergroting' 2 á 3 dagen, de training 'fasering en feedbacksystemen' 1 dag en de training competentiegericht handelen bij incidenten en crisissituaties ook 1 dag. Bij wensen tot aangepaste trainingsprogramma's kan PI

Research assistentie verlenen bij het samenstellen van een aangepast trainingsprogramma en het aanreiken van goed toegesneden trainingsmateriaal.

6. Training on the job

Nadat groepsleiders getraind zijn, is het zaak dat groepsleiders gecoacht worden bij de toepassing van de nieuwe technieken en hulpmiddelen op de werkvloer. Deels geschiedt dit via het reguliere overleg en begeleidingsvormen: de begeleiding van de gedragswetenschapper, de coaching door de groepscoördinatoren, collegiale coaching, enzovoorts. Soms is het noodzakelijk extra te investeren in 'coaching on the job' middels de inzet van 'aandachtsfunctionarissen competentiemodel' (lid van een team) en/of de inzet van seniorgroepsleiders of praktijkbegeleiders voor coaching. PI Research kan een rol spelen in de training on the job dan wel de opleiding en coaching van aandachtsfunctionarissen of praktijkbegeleiders die de coaching van groepsleiders gaan uitvoeren.

7. Kwaliteitsbewaking: evaluatie, bijstelling en onderhoud

Elke methodiek vergt onderhoud. Daarenboven is een methodiek of een programma nooit af: nieuwe problemen, nieuwe doelgroepen en nieuwe inzichten leiden op gezette tijden tot bijstelling en aanvulling.

Het is mogelijk de projectgroep de opdracht te geven een systeem te ontwikkelen en implementeren voor kwaliteitsbewaking. Voor kwaliteitsbewaking is informatie nodig over de toepassing van de methodiek in de praktijk. Dergelijke gegevens zijn van belang in het kader van het 'onderhoud' van de methodiek en kunnen belangrijke sturingsinformatie opleveren. Tussentijdse of periodiek evaluaties helpen de kwaliteit van de methodiektoeepassing te bewaken en op peil te houden c.q. op het gewenste niveau te brengen.

Pi Research heeft de kennis en expertise in huis om een inhoudelijke evaluatie uit te voeren op de competentiegerichte werkwijze van residentiele instellingen of (geselecteerde) onderdelen daarvan. Om te onderzoeken in hoeverre competentiegericht werken in de praktijk wordt 'bedreven zoals beschreven' heeft PI Research een meetinstrumentarium ontwikkeld dat zicht biedt op de kwaliteit van de uitvoering. (Zie verder www.piresearch.nl)

A. Functie

Functie, korte beschrijving doelgroep

B. Training “Competentiegericht werken”

- aansluiting van de training op praktijk
- verhouding theorie/praktijk
- didactische kwaliteit trainers
- punt voor algemene indruk training

C. Implementatieproces

1. Randvoorwaarden: *De mate waarin voor de implementatie noodzakelijke hulpbronnen aanwezig zijn en ingezet worden, zoals menskracht, financiën en deskundigheid van medewerkers*

- In hoeverre vind je dat deze randvoorwaarden aanwezig waren?
- Vind je dat deze ook optimaal zijn benut?

2. Waardencompatibiliteit: *De mate waarin de vernieuwing ‘past’ bij de waarden van de organisatie (Lunet zorg)*

- Komen de uitgangspunten van het competentiemodel overeen met je persoonlijke visie op het werken met de doelgroep?
- Vind je het model passen bij het karakter, de identiteit en de visie en missie van de organisatie?

3. Transparantie: *de mate waarin medewerkers kennis hebben van de mogelijkheden van de vernieuwing en inzicht hebben in de eisen die het implementeren stelt.*

- Is er vanaf het begin af voldoende kennis en informatie beschikbaar geweest om de principes van het competentiemodel toe te kunnen passen

4. Omstandigheden: *De mate waarin min of meer toevallige omstandigheden (zoals verandering van directie, verandering in wetgeving, ontevredenheid met bestaande methoden) voorkomen die invloed hebben op de mogelijkheid om te veranderen.*

- Zijn externe factoren geweest die de implementatie positief of negatief hebben beïnvloed?

5. Timing: *De mate waarin de vernieuwing op het juiste moment (dat wil zeggen op het moment dat de omstandigheden het gunstigst zijn) wordt voorgesteld en geïmplementeerd.*

- Is de implementatie van het competentiemodel op het juiste moment van start gegaan?

6. Noodzaak: *De mate waarin door medewerkers de noodzaak van of behoefte aan verandering wordt gevoeld.*

- Is er binnen de groepen veel gesproken over de implementatie (je kunt hierbij denken aan de noodzaak, behoefte)?

7. Ontvankelijkheid: *de mate waarin al dan niet openlijk weerstanden tegen de innovatie, voortkomend uit angsten, irritaties en gebrek aan interesse, voorkomen onder de medewerkers*

- Zijn er interne factoren die een remmende of belemmerende werking hebben gehad op de implementatie?

8. Verwachte opbrengsten: *De mate waarin de vernieuwing in de ogen van de medewerkers vruchten zullen afwerpen die de moeite van het veranderen lonen.*

- Heeft de implementatie tot nu toe al iets opgeleverd voor de groepen?

D. Analyse werkwijze

Onderdelen competentiegericht werken staan dicht bij of juist veraf van huidige werkwijze

- Dagelijkse routine
- Hanteren regels
- Toepassing van sancties
- Algemeen methodisch handelen
- Incidenten en crisissituaties
- Observeren
- Fasering
- Hanteren feedbacksystemen
- Verzamelen en analyseren informatie
- Stellen van doelen

E. Praktijk

- Begonnen met nieuwe cliënten volgens het competentiemodel.
- Hoe is de intake verlopen?
- Duidelijke informatie naar de cliënt en ouders toe?
- Is alles voor handen, de juiste papieren enz?
- Opvallende zaken waar je tegen aan loopt?
- Hoe zou dat anders aangepakt kunnen worden? Wat is daar voor nodig?

1. Randvoorwaarden:

De mate waarin voor de implementatie noodzakelijke hulpbronnen aanwezig zijn en ingezet worden, zoals menskracht, financiën en deskundigheid van medewerkers

2. Waardencompatibiliteit:

De mate waarin de vernieuwing 'past' bij de waarden van de organisatie (Lunet zorg)

3. Transparantie:

de mate waarin medewerkers kennis hebben van de mogelijkheden van de vernieuwing en inzicht hebben in de eisen die het implementeren stelt.

4. Omstandigheden:

De mate waarin min of meer toevallige omstandigheden (zoals verandering van directie, verandering in wetgeving, ontevredenheid met bestaande methoden) voorkomen die invloed hebben op de mogelijkheid om te veranderen.

5. Timing:

De mate waarin de vernieuwing op het juiste moment (dat wil zeggen op het moment dat de omstandigheden het gunstigst zijn) wordt voorgesteld en geïmplementeerd.

6. Noodzaak:

De mate waarin door medewerkers de noodzaak van of behoefte aan verandering wordt gevoeld.

7. Ontvankelijkheid:

de mate waarin al dan niet openlijk weerstanden tegen de innovatie, voortkomend uit angsten, irritaties en gebrek aan interesse, voorkomen onder de medewerkers

8. Verwachte opbrengsten:

De mate waarin de vernieuwing in de ogen van de medewerkers vruchten zullen afwerpen die de moeite van het veranderen lonen.

Analyse werkwijze

9. Dagelijkse routine
10. Hanteren regels
11. Toepassing van sancties
12. Algemeen methodisch handelen
13. Incidenten en crisissituaties
14. Observeren
15. Fasering
16. Hanteren feedbacksystemen
17. Verzamelen en analyseren informatie
18. Stellen van doelen

NAWOORD

Mijn afstudeerproject kende een valse start. In eerste instantie was het de opzet om een methodiekmap samen te stellen als handvat in de dagelijkse praktijk van het competentiemodel binnen Hulselstraat 18. Al snel kwamen mijn stagebegeleidster en ik tot de conclusie dat het draagvlak voor het competentiegericht werken binnen de organisatie onvoldoende aanwezig was. Hierdoor had het weinig zin om deze methodiekmap samen te stellen.

De kennis bij het personeel was onvoldoende. Het is van essentieel belang dat personeel op de hoogte is van de basisprincipes van het competentiemodel.

Zoals in dit afstudeerproject is beschreven zijn er niet de juiste stappen ondernomen om de implementatie tot een succes te maken. Onder het personeel heerst veel ontevredenheid en onduidelijkheid over de gang van zaken.

Het is belangrijk dat nu op papier staat wat de stand van zaken is met betrekking tot de implementatie van het competentiemodel en hoe de groepsbegeleiders dit hebben ervaren. Zoals uit de conclusies en aanbevelingen naar voren is gekomen zijn ze er nog lang niet. Er is nog veel werk aan de winkel.

De resultaten van dit onderzoek zullen aangekaart worden bij de kartrekkers van de implementatie. Hiermee worden de behandelaars en de leidinggevende genoemd van WBC 8. Aan hen is de taak om in overleg met het management stappen te ondernemen om de implementatie alsnog tot een succes te maken.

Ghita Aarts, juni 2009