



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Meervoudig Effectief. Een verhandeling over othopedagogiek, jeugdzorg en speciaal onderwijs

Scholte, E.M.

Citation

Scholte, E. M. (2008). *Meervoudig Effectief. Een verhandeling over othopedagogiek, jeugdzorg en speciaal onderwijs*. Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/19609>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/19609>

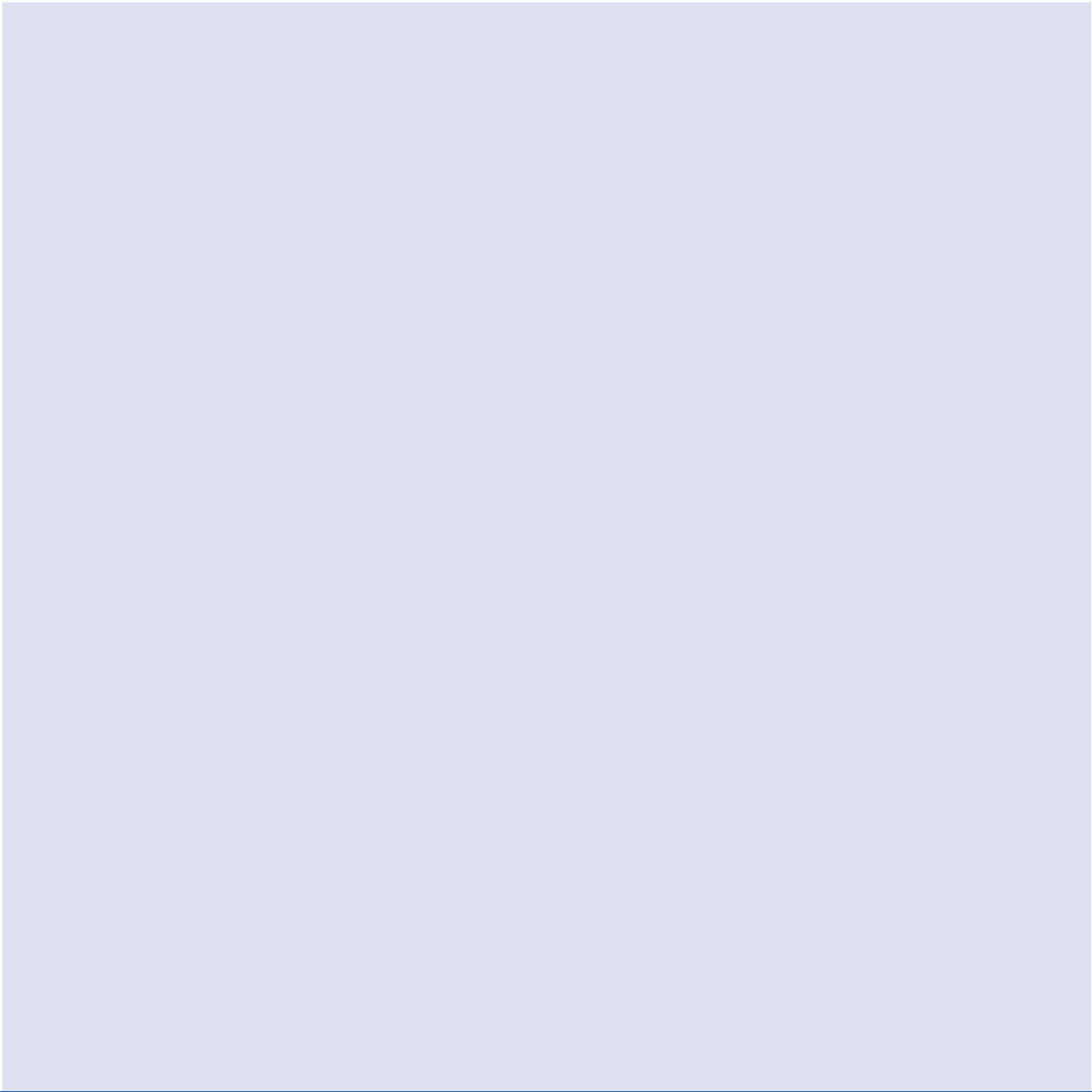
Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. E.M. Scholte

Meervoudig effectief.
Een verhandeling over orthopedagogiek,
jeugdzorg en speciaal onderwijs.



Universiteit Leiden



Meervoudig effectief.
Een verhandeling over orthopedagogiek,
jeugdzorg en speciaal onderwijs

Oratie uitgesproken door
prof.dr. E.M. Scholte

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de
Orthopedagogiek,
i.h.b. op het gebied van de integratie van speciaal onderwijs en jeugdzorg
aan de Universiteit Leiden
vanwege de Stichting Horizon
op 9 mei 2008



Universiteit Leiden

Mijnheer de Rector Magnificus, leden van het Bestuur van Stichting Horizon en leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel, zeer gewaardeerde toehoorders,

Inleiding

Er zijn in Nederland bijna 4 miljoen kinderen en jongeren onder de 20 jaar (CBS, 2008). Lang niet al deze jeugdigen hebben het geluk dat ze zonder problemen door het leven kunnen gaan. Geschat wordt dat bijna 2,5% van hen matig tot ernstig lichamelijk gehandicapt is en dat 1% een verstandelijke beperking heeft (Kooiker, 2006).

Het aantal jeugdigen met ernstige gedragsproblemen en ontwikkelingsstoornissen, zoals autisme, depressie, angsten, ADHD en agressie, is in verhouding nog veel groter: dit betreft 5-10% (Konijn & Verhulst, 2006; Ter Bogt, Van Dorselaer, & Vollenbergh, 2006; Scholte & Van der Ploeg, 2006a). Kinderen met gedragsproblemen kampen dikwijls ook op andere gebieden met problemen. Niet alleen kunnen stoornissen in combinatie voorkomen, wat comorbiditeit wordt genoemd (Angold, Costello, & Erkanli, 1999). Een kind vertoont bijvoorbeeld gedragingen passend bij zowel autisme als ADHD. Maar ook kan sprake zijn van ernstige problemen met leren, zonder dat dit geclassificeerd kan worden als een leerstoornis. Kinderen met gedragsproblemen vormen een belasting voor hun omgeving en worden vanwege hun probleemgedrag al snel gemeden. Leraren vinden het een lastige opgave deze kinderen les te geven, terwijl ouders door het afwijkende gedrag van hun kind pedagogisch of maatschappelijk in verlegenheid kunnen komen.

Gelukkig weet een deel van deze jeugdigen, samen met hun ouders, familie of leerkrachten, een oplossing te vinden voor hun beperkingen en problemen. Voor een ander deel zijn de

moeilijkheden echter zo groot dat ze niet zonder speciale hulp opgelost kunnen worden. Voor hen kan een beroep worden gedaan op het speciaal onderwijs en op de jeugdzorg.

Doel en onderwerpen

In dit betoog wil ik verkennen welke rol de orthopedagogiek als wetenschap kan spelen bij het vergroten van de effectiviteit van deze vormen van professionele zorg voor jeugdigen. Omdat niet iedereen paraat zal hebben wat speciaal onderwijs, jeugdzorg en orthopedagogiek inhouden geef ik eerst een omschrijving van deze drie gebieden, evenals van het meer-voudige risico- en behandelingsmodel dat een richtinggevend kader biedt voor passende orthopedagogische hulp bij complexe problemen van jeugdigen.

Daarna zal ik behandelen wat effectieve hulpverlening is. Ik zal een beeld schetsen van de kinderen in het speciaal onderwijs en in de jeugdzorg en ingaan op de vraag welke resultaten er met deze gespecialiseerde vormen van zorg worden geboekt.

Allereerst: wat is speciaal onderwijs?

De eerste speciale scholen werden rond het eind van de 18^e eeuw opgericht voor dove en doofstomme kinderen. Aan het begin van de 19^e eeuw kwamen daar de scholen voor blinde kinderen bij en in het midden van die eeuw ontstonden de speciale scholen voor kinderen met mentale beperkingen (Drenth, 2008). Vanaf dat moment werden er steeds meer nieuwe schooltypen en speciale scholen in het leven geroepen en tot op de dag van vandaag groeit het speciaal onderwijs gestaag. Om deze groei te temperen werd eind vorige eeuw het 'Weer Samen Naar School' beleid geformuleerd (Kool & Van Rijswijk, 1999; Ministerie van OC&W, 2008). Hiermee beoogt men de scheiding tussen het regulier en het speciaal basisonderwijs te

verkleinen door kinderen die niet goed mee kunnen komen op gewone scholen les te laten krijgen, maar met extra ondersteuning. Daarnaast werd de deskundigheid van de scholen voor kinderen met zeer ernstige problematiek regionaal gebundeld in expertisecentra. Binnen deze regionale expertisecentra, ook wel REC's genoemd, worden vier clusters voor speciaal onderwijs onderscheiden, namelijk:

Cluster 1: onderwijs voor kinderen met een visuele beperking;

Cluster 2: onderwijs voor slechthorende of dove kinderen en kinderen met ernstige spraaktaalmoeilijkheden;

Cluster 3: onderwijs voor lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapte of langdurig zieke kinderen; en

Cluster 4: onderwijs voor kinderen met ernstige gedragsproblemen en psychiatrische problematiek.

Dit betoog heeft betrekking op het laatstgenoemde, 4^e, cluster dat bestaat uit de vroegere scholen voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (de ZMOK-scholen), de Pedologische Instituutsscholen (de PI-scholen) en de scholen voor Langdurig Zieke Kinderen met een psychiatrische handicap (de LZK-4 scholen) (De Greeff & Van Rijswijk, 2006).¹

Ten tweede: wat is jeugdzorg?

Een kind of jongere kan problemen hebben, bijvoorbeeld gepest worden of aangehouden zijn door de politie. Soms zijn het de ouders die zich geen raad weten met hun kinderen. De jeugdzorg is er om deze kinderen en ouders te helpen. De eerste jeugdzorginstellingen werden eind 15^e eeuw opgericht voor weeskinderen (Tilanus, 1998). Later werden de criminele en de in hun ontwikkeling bedreigde kinderen aan de doelgroep toegevoegd. Net als het speciaal onderwijs dijde de jeugdzorg in de loop der tijd steeds verder uit. Er ontstond een veelvoud aan voorzieningen. Om deze versnippering tegen te gaan werd op 1 januari 2005 een nieuwe Wet op de Jeugdzorg ingevoerd.

Sinds die datum is het Bureau Jeugdzorg de enige toegangspoort tot de jeugdzorg. De primaire taak van dit bureau is het geven van een indicatiestelling ofwel bepalen wat de hulpvraag is en welke zorg nodig is. Verder verleent Bureau Jeugdzorg bij eenvoudige problemen zelf hulp. Bij ernstiger problemen verwijst men door naar gespecialiseerde zorgverleners. Hiernaast behoren het adviseren en verwerken van meldingen van kindermishandeling, het uitvoeren van de maatregelen van de jeugdbescherming (voogdij, gezinsvoogdij) en de jeugdreclassering tot de taken van Bureau Jeugdzorg.

Ten derde: wat is orthopedagogiek?

De orthopedagogiek kent twee niveaus: de orthopedagogische praktijk en de orthopedagogiek als wetenschappelijke discipline. De orthopedagogiek als praktijk is er voor kinderen en opvoeders met problemen. Deze kunnen ontstaan doordat opvoeders niet goed weten hoe ze moeten reageren op lastig gedrag of lichamelijke of geestelijke handicaps van kinderen, of doordat opvoeders pedagogisch riskant handelen, bijvoorbeeld het kind verwaarlozen, slaan of misbruiken. Vaak gaat het daarbij om een wisselwerking, waarbij beginnend problematisch gedrag van het kind door inadequate reacties van ouders, leerkrachten of opvoeders wordt versterkt. Het mag duidelijk zijn dat dergelijke problemen zo snel mogelijk onderkend dienen te worden, én weggenomen, gecompenseerd of draaglijk dienen te worden gemaakt, zodat de betreffende kinderen zich (weer) optimaal kunnen ontplooiën op hun weg naar zelfstandigheid. De missie van de orthopedagogiek als praktijk is hieraan een professionele bijdrage te leveren (Van der Ploeg, 2005). Daartoe wordt de regulatieve cyclus van het planmatig orthopedagogisch behandelen gevolgd (Knorth & Smit, 1999). Deze houdt in dat eerst in samenspraak met de cliënt de aard, de ernst

en de oorzaken van de opvoedingsmoeilijkheden worden opgespoord, zodat kan worden bepaald welke behandeling de beste oplossing biedt. Vervolgens wordt deze behandeling in gang gezet. Na verloop van tijd wordt nagegaan of de behandelingsdoelen zijn gehaald. Zo ja, dan wordt de hulp gestopt. Zo nee, dan wordt de behandeling aangepast. Het belang van deze doel- en resultaatgerichte behandelingsplanning kan niet vaak genoeg worden benadrukt. Door in samenspraak met de cliënt concrete, tijdsgebonden behandelingsdoelen na te streven en periodiek het resultaat van de individuele behandeling in beeld te brengen kunnen “doormodderen” en ontsporen van de hulpverlening worden voorkomen.

6 Wat is orthopedagogiek als wetenschap?

De orthopedagogiek als wetenschap heeft als doel een theoretische en empirische onderbouwing te geven van de orthopedagogische hulp aan het kind en de ouders. Een belangrijke *eerste* taak van de wetenschappelijke orthopedagogiek is om de diagnostiek empirisch te onderbouwen. Dit betekent dat onderzoek wordt gedaan naar de aard, de omvang en de oorzaken van de problemen die kinderen tijdens hun ontwikkeling tegenkomen. Voor dit onderzoek is het van belang betrouwbare en valide meetinstrumenten te ontwikkelen. Een belangrijke *tweede* taak is om de interventies, die in de orthopedagogische praktijk toegepast of ontwikkeld worden, te toetsen op hun effectiviteit en zo empirisch te onderbouwen. De wetenschappelijke orthopedagogiek onderzoekt daartoe welke pedagogische interventies leiden tot een stimulering van de ontwikkeling van kinderen met problemen en welke dat niet doen. Dit type onderzoek laat bijvoorbeeld zien welke maatregelen opvoeders en leerkrachten het beste kunnen nemen om sociaal en communicatief gedrag bij kinderen met

autisme te bevorderen en welke leerinstructies kinderen met ADHD het beste kunnen krijgen om tot goede leerprestaties te komen. Het mag duidelijk zijn dat gestreefd wordt naar behandelingen waarvan empirisch bewezen is dat ze de gediagnosticeerde problemen kunnen oplossen, verminderen of draaglijk maken. Dit adviseren van passende behandelingen wordt in het speciaal onderwijs ‘handelingsgerichte diagnostiek’ genoemd (Pameijer & Beukering, 2005).

Meervoudig risicomodel

Bij de studie van de ontwikkelingsproblemen van kinderen en de orthopedagogische beïnvloedingsmogelijkheden daarvan wordt tegenwoordig uitgegaan van een meervoudige risicobenadering (Scholte & Van der Ploeg, 2002). Bij deze invalshoek wordt de ontwikkeling van het kind opgevat als de uitkomst van een wisselwerking tussen het kind en zijn omgeving. De in biologische aanleg aanwezige kwetsbaarheden en stoornissen in gedrag, cognitie en emotie kunnen door ongunstige omgevingsreacties worden versterkt en door gunstige omgevingscondities juist worden verminderd of ondervangen.

Zo kan storend probleemgedrag van een kind worden bijgestuurd door alert te zijn op positieve gedragingen en deze via beloning naar de voorgrond te halen, terwijl het storende gedrag door adequaat straffen of negeren naar de achtergrond wordt gedrongen. Bij belonen kan gedacht worden aan het geven van complimentjes of privileges, zoals spelen, tv kijken of het internet gebruiken; bij adequaat straffen aan het intrekken van deze privileges of aan uitleg geven waarom het probleemgedrag ongepast is, en bij negeren aan time out of het apart zetten van het kind bij onhandelbaar gedrag. Een dergelijke uitgebalanceerde opvoedingsbenadering van belonen en adequaat straffen is op te vatten als een gunstige

of beschermende omgevingsconditie die de ontwikkeling van kwetsbare kinderen kan bevorderen. Hiertegenover staat dat het ongevoelig en hardhandig aanpakken van het probleemgedrag van kinderen doorgaans leidt tot een verergering van de problematiek (Patterson, 1982). Deze benadering vormt een duidelijk voorbeeld van een ongunstige of risicovolle omgevingsconditie, overigens niet alleen voor de ontwikkeling van kwetsbare jeugdigen, maar ook voor die van normale kinderen. Niet alleen de opvoedingsomstandigheden in het gezin zijn van belang. Ook risico- en beschermende factoren op school, in de vriendengroep en in de vrije tijd spelen een rol. Zo kan bijvoorbeeld een geslaagde disciplinerende taakgericht gedrag op school teniet worden gedaan wanneer thuis geen waarde wordt gehecht aan dit soort gedrag en het kind bijvoorbeeld niet aangespoord wordt om huishoudelijke taken uit te voeren of huiswerk te maken. Naast het gezin, de school en de vriendengroep zijn tot slot het sociale netwerk, de professionele hulpverlening, de bredere sociaal culturele omgeving en de interacties tussen deze contexten eveneens van invloed op de ontwikkeling van het kind (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Meervoudig behandelingsmodel

Omdat de opvoedingsmilieus thuis, op school en in de vrije tijd alle sterk de ontwikkelingsrichting van het kind bepalen kan de orthopedagogische behandeling doorgaans het beste op al deze terreinen tegelijk plaats hebben. Zo heeft de cognitieve en de sociaal emotionele ontwikkeling van kinderen met autisme baat bij een aangepaste leer- en leefomgeving op school. Voorbeelden hiervan zijn een speciale plek in de klas, afgebakende taken en duidelijke regels, en individuele leerinstructies met concrete voorbeelden, waarbij gebruik gemaakt wordt van visuele ondersteuning, zoals

bijvoorbeeld pictogrammen (Scholte, Van Berckelaer-Onnes, & van Oudheusden, 2007; Mesibov, Shea, & Schopler, 2005). Het positieve effect van deze behandeling op school kan aanzienlijk worden versterkt als de pedagogische begeleiding van het kind thuis op eenzelfde leest geschoeid wordt (Rutter, 2006; Van Berckelaer-Onnes, 2004). Als bijvoorbeeld de methode van concretiseren, visualiseren en herhalen van opdrachten effectief is in de klas en het leren vergemakkelijkt, dan kan dat ook thuis toegepast worden. Evenzo kan het probleemgedrag van kinderen met ADHD met groter succes worden bijgestuurd wanneer in het verlengde van de orthopedagogische behandeling op school ook thuis en in de vrije tijd een opvoedingsomgeving wordt geboden met weinig afleidende prikkels, een herkenbare structuur en het positief waarderen van persoonlijke kwaliteiten of talenten van het kind, bijvoorbeeld diens sportprestaties (Van der Ploeg & Scholte, 2001). Deze pedagogische maatregelen kunnen eventueel worden ondersteund met medicatie die druk en impulsief gedrag van het kind tempert en de concentratie verhoogt (Biederman et al., 2006; Pelham, 2000). De studie en toepassing van orthopedagogische interventies gebaseerd op het meervoudige risicomodel impliceert dus aandacht voor de verschillende terreinen in de dagelijkse leer- en leefwereld die de ontwikkeling van kinderen bepalen. Door de interventies op deze gebieden goed op elkaar af te stemmen, kunnen de resultaten van de orthopedagogische behandeling sterk worden verbeterd (Carr, 2006; Saldana & Henggeler, 2006). Deze integrale aanpak is echter geen gemakkelijke opgave. Naast een gedegen, brede diagnostiek van de meervoudige problematiek en kennis van daarbij passende interventiemethoden is een goede samenwerking van alle betrokkenen nodig. Dat betreft in de eerste plaats het kind en de opvoeders. Maar dit geldt niet alleen voor hen, want ook de jeugdzorg en

de school zullen nauw moeten samenwerken. Dat kan lastig zijn, want beide sectoren hebben niet alleen verschillende tradities met verschillende werkwijzen, maar ook verschillende missies.

De missies van het speciaal onderwijs en de jeugdzorg

De missie van het cluster 4 onderwijs is: een optimale leeromgeving bieden aan kinderen met ernstige sociaal emotionele gedragsproblemen en ontwikkelingsstoornissen.

De missie van de jeugdzorg luidt: optimale hulp en ondersteuning bieden aan kinderen met sociaal emotionele gedragsproblematiek en opvoedingsproblemen.

Op het eerste gezicht lijken deze missies sterk te overlappen.

Dat komt vooral omdat beide zorgsectoren deels dezelfde doelgroepen bedienen, namelijk kinderen met sociaal emotionele problemen. Wat kerntaken betreft zijn er echter aanzienlijke verschillen.

Zo staat in het onderwijs de cognitieve ontwikkeling centraal. Het gaat hier om het georganiseerd overbrengen van kennis en kunde. De taak van de school is dat kinderen er leren lezen, spellen en rekenen. Op cluster 4 scholen is dit zo georganiseerd dat de cognitieve talenten van kinderen met ernstige gedragsproblemen en ontwikkelingsstoornissen zich optimaal kunnen ontplooiën.²

In de jeugdzorg gaat het om hulp aan kinderen en opvoeders die zich in problematische situaties bevinden. De speciale zorg bestaat hier uit het in gang zetten van een bij deze problemen passende orthopedagogische ondersteuning of behandeling.³ Het spreekt voor zich dat onderwijs en jeugdzorg in elkaars verlengde komen te liggen wanneer in de sociaal emotionele problematiek van de cluster 4 leerlingen tevens opvoedingsproblemen een rol spelen. Wanneer er sprake is van zulke meervoudige problemen is afstemming en nauwe samen-

werking onontbeerlijk, zoals de casus 'Nico' mag illustreren.

Casus Nico

Nico is een zesjarige, hyperactieve jongen op een cluster 4 school. De school meldt hem aan bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling nadat Nico op school verscheen met een gezwollen blauw oor en een dikke wang. Uit een gesprek met moeder zou zijn gebleken dat Nico was mishandeld. Bij het daaropvolgende onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming blijkt het volgende:

Moeder en Nico wonen samen met moeders vriend op een chaotisch ingerichte flat. Moeder kan het leven moeilijk aan. Ze heeft vaak weinig energie voor het huishouden en de opvoeding, voelt zich regelmatig depressief en moet van een beperkt inkomen zien rond te komen.

Nico gaat sinds kort niet meer naar school. Hij wordt thuisgehouden vanwege een vertrouwensbreuk. Op school beweert men dat Nico is mishandeld. Moeder en vriend ontkennen dat. Wel wordt Nico af en toe door moeders vriend flink aangepakt als hij druk is en lastig. Moeder accepteert dat. Ze weet niet hoe ze Nico anders in het gareel moet krijgen. Ze vindt de 'opvoedkundige' aanpak van haar vriend erg effectief, want 'dan is Nico tenminste stil'.

Terwijl het meer in de rede zou hebben gelegen om moeder te leren haar leven te structureren en beide opvoeders te instrueren hoe het drukke gedrag van Nico pedagogisch verantwoord te reguleren staat nu de Raad voor de Kinderbescherming bij het gezin op de stoep.

Dit had waarschijnlijk kunnen worden voorkomen indien er bij de indicering of herindicering van de cluster 4 zorg niet alleen aandacht zou zijn geweest voor Nico's gedragsproblematiek in relatie tot het onderwijs, maar ook zou zijn gelet op het gezinsfunctioneren en de positie van Nico

daarin. Bij vermoedens van pedagogische nood had in nauwe samenspraak met de jeugdzorg vervolgens een gedegen gezinsdiagnostiek verricht kunnen worden, resulterend in het advies de opvoeders een training in opvoedvaardigheden voor kinderen met ADHD te geven. De speciale onderwijszorg zou dan veel doelmatiger en effectiever zijn geweest. En - doordat de interventie van de Raad in dit geval achterwege had kunnen blijven - ook nog eens goedkoper.

Effectiviteit

En daarmee zijn we bij de 'effectiviteit van de zorg' aangeland. Dit is een voor vrijwel iedereen belangrijk onderwerp. Ouders en kinderen die zich tot het speciaal onderwijs en de jeugdzorg wenden verwachten dat ze er iets aan zullen hebben. De leerkrachten, de gedragswetenschappers en de pedagogisch medewerkers die in deze zorg werken gaan er van uit dat de kinderen en de gezinnen die zij helpen baat hebben bij hun bemoeienissen. Daarnaast zijn er nog de overheid en de samenleving, die mogen verwachten dat het besteden van geld aan speciale onderwijsvormen en jeugdzorginstellingen een nuttige investering is. De vraag is: worden al deze verwachtingen waar gemaakt? Zijn de jeugdzorg en het speciaal onderwijs inderdaad effectief?

Effectieve interventies

Voordat deze vragen beantwoord kunnen worden zullen we eerst moeten weten wat effectiviteit is. Om de gedachten hierover te bepalen kunnen de eerdergenoemde missies van het speciaal onderwijs en de jeugdzorg als leidraad worden genomen. Ter herinnering: beide professionele zorgsystemen beogen positieve ontwikkelingen teweeg te brengen bij kinderen met sociaal emotionele problemen. Het cluster

4 onderwijs door een leeromgeving 'op maat' te bieden en de jeugdzorg door passende orthopedagogische hulp te geven. Uit deze missieomschrijvingen kunnen drie dingen worden afgeleid, namelijk:

- 1 de zorgactiviteiten zijn gericht op een doelgroep. Dit is de invoer (of de input) van de interventie.
 - 2 de zorgactiviteiten beogen positieve ontwikkelingen teweeg te brengen bij de doelgroep. Dit is het verwachte resultaat (of de output) van de interventie.
 - 3 de zorgactiviteiten veroorzaken de positieve ontwikkelingen. Dit is de werkzaamheid (of de throughput) van de interventie.
- Effectiviteit kan vervolgens worden gedefinieerd als de mate waarin het speciaal onderwijs en de jeugdzorg de in hun missies beoogde resultaten bereiken bij hun doelgroep. Wat valt er nu over de doelgroepen en de resultaten te melden? Ik beperk me tot de grote lijnen. Allereerst de doelgroepen.

Doelgroepen

Welke kinderen maken gebruik van het cluster 4 onderwijs en welke van de jeugdzorg?

Kinderen komen voor cluster 4 speciaal onderwijs in aanmerking wanneer ze ernstige gedragsproblemen hebben of een psychiatrische stoornis. De problematiek van het kind dient een ernstige belemmering te vormen voor deelname aan het regulier onderwijs, en de aldaar geboden zorg moet ontoereikend blijken te zijn. Hiernaast dient de problematiek nog op meerdere leefgebieden te liggen, waarvoor jeugdzorg ingeschakeld is of werd.

Dossieronderzoek van de Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling laat zien dat autismespectrumstoornissen en ADHD de belangrijkste ontwikkelingsproblemen zijn waarmee kinderen voor cluster 4 onderwijs worden aangemeld. Ernstige gedragsstoornissen zoals oppositioneel, agressief en antisociaal

gedrag vormen slechts bij een minderheid van de leerlingen de reden van toelating (LCTI, 2007).⁴ Hieruit valt af te leiden dat cluster 4 leerlingen vooral kampen met kindgebonden, psychiatrische problematiek. Deze vormt een belemmering voor de cognitieve ontwikkeling en heeft een negatieve weerslag op het functioneren van het kind thuis, op school en in de vrije tijd.

In de jeugdzorg komt een iets ander beeld naar voren. Hier hebben de kinderen niet alleen een grotere diversiteit aan problemen, ook zijn de moeilijkheden doorgaans complexer (Harder, Knorth, & Zandberg, 2006; Scholte & Van der Ploeg, 2003a; Van der Ploeg & Scholte, 1996).

Eenzijds is veelal sprake van risicovolle opvoedingsomstandigheden, bijvoorbeeld financiële problemen, conflicten in het gezin, psychiatrische stoornissen bij opvoeders of ernstige tekorten in de pedagogische basiszorg, zoals verwaarlozing, mishandeling of misbruik. Anderzijds is tegelijkertijd vaak sprake van ernstige gedrags- en emotionele problemen bij het kind, die een extra belasting vormen voor het toch al zwaar belaste risicovolle opvoedingssysteem.

Vooral kinderen die uit huis worden geplaatst in residentiële centra hebben vaak te maken gehad met meerdere van deze, door wisselwerking elkaar versterkende, ernstige kind-omgevingsproblemen (Van der Ploeg & Scholte, 1996; Scholte & Van der Ploeg, 2003a).

Dat de doelgroepen van beide zorgsectoren slechts gedeeltelijk overlappen wordt bevestigd door het feit dat maar een kwart tot een derde van de kinderen met jeugdzorg tevens speciaal onderwijs krijgt (Scholte & Van der Ploeg, 2003a; Van der Ploeg & Scholte, 1996). Omgekeerd is de relatie zelfs nog minder innig. Zo maakt slechts vijf tot zes procent van de leerlingen op de Pedagogische Instituutsscholen gebruik van de jeugdzorg (Strijker, Bijstra, Doornenbal, Zandberg, & Van Houten -

Van den Bosch, 2002; Scholte et al., 2007).

Overigens heeft het merendeel van de leerlingen in het cluster 4 onderwijs voor hun toelating wel contact gehad met de jeugdzorg, doorgaans al op jonge leeftijd. Dat dit tijdens het cluster 4 onderwijs niet werd voortgezet zou erop kunnen wijzen dat dit type onderwijs een goede oplossing biedt voor de problemen. Naast gespecialiseerd onderwijs krijgen cluster 4 leerlingen doorgaans bij hun problematiek passende specifieke behandelingen, zoals logopedie, remedial teaching, of sociale vaardigheidstraining, terwijl zonodig ook de ouders of het gezin een intensieve begeleiding krijgen.

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of deze extra ondersteuning die de scholen bieden volstaat om de sociaal emotionele ontwikkeling van de leerlingen met cluster 4 onderwijs in goede banen te leiden en te houden.

Resultaten

Wat valt er te zeggen over de resultaten van de jeugdzorg en het speciaal onderwijs?

Eerder in dit betoog heb ik effectiviteit gedefinieerd als de mate waarin zorgvoorzieningen bij hun doelgroep de beoogde positieve ontwikkelingsresultaten behalen.

Deze definitie volgend zou men het resultaat van het speciaal onderwijs eenvoudigweg kunnen bepalen door na te gaan of de cognitieve en de sociaal emotionele ontwikkeling van de leerlingen op cluster 4 scholen inderdaad positief verlopen. Men zou bijvoorbeeld de leerprestaties en het gedrag bij de start van het onderwijs kunnen omschrijven en vervolgens ieder jaar kunnen bekijken of de leerlingen op deze gebieden vooruit zijn gegaan. Deze werkwijze wordt follow-up onderzoek genoemd.

Deze follow-up benadering kan ook in de jeugdzorg worden toegepast. Hier zou men kunnen nagaan of de problemen van

de kinderen en hun gezinnen - afhankelijk van de nagestreefde behandelingsdoelstellingen - verdwijnen, verminderen of draaglijk worden na de professionele (jeugdzorg)interventies.

Experimenteel design

Wetenschappelijk gezien ligt het echter ingewikkelder. Zo kan men op grond van positieve follow-up uitslagen niet stellen dat deze het gevolg zijn van de interventie. Positieve leerresultaten en vermindering van gedragsproblemen kunnen immers ook veroorzaakt zijn door andere factoren. Bijvoorbeeld doordat de kinderen ouder zijn geworden, of de ouders en de leerkrachten wijzer.

Effectiviteit is pas aangetoond wanneer de positieve ontwikkelingen niet worden gevonden bij vergelijkbare kinderen en gezinnen die niet behandeld werden (Morgan, Gliner, & Harmon, 2007). En dat kan alleen goed worden vastgesteld door kinderen die hulp nodig hebben willekeurig (dus door loting) over de groepen 'wel behandeling' en 'geen behandeling' te verdelen.

In de praktijk van de orthopedagogiek is dit zogeheten experimentele onderzoeksontwerp doorgaans geen haalbare zaak, want hulpverleners en ouders zijn meestal niet bereid om kinderen in nood een behandeling te onthouden omwille van een wetenschappelijk onderzoek, ook al betreft het een behandeling waarvan het effect nog niet wetenschappelijk vastgesteld werd. Daarom moet in praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek vaak de toevlucht worden genomen tot pseudo-controlegroepen, zoals kinderen op wachtlijsten, standaardbehandeling of een ander type quasi-experimenteel onderzoeksontwerp (Shadish, Cook, & Campbell, 2002).

Bewezen effectiviteit

Het is van groot belang dat in wetenschappelijk onderzoek

wordt aangetoond dat orthopedagogische behandelingen inderdaad de effecten hebben, die zij pretenderen te hebben.

De interventies worden dan bewezen effectief genoemd.

Dit biedt de garantie dat kinderen en hun opvoeders een hulpaanbod krijgen dat in principe werkzaam is.

Het is daarom begrijpelijk dat de overheid in de nabije toekomst alleen nog maar behandelingsprogramma's voor jeugdigen wil betalen die bewezen effectief zijn. In dit verband wordt door het Nederlandse Jeugdinstituut te Utrecht een bestand aangelegd van alle jeugdzorginterventies in Nederland.⁵ Deze eis van bewezen effectiviteit zal in de toekomst waarschijnlijk ook gesteld gaan worden aan de behandelingen die in het speciaal onderwijs worden toegepast.

Kanttekeningen bij bewezen effectiviteit

Over de eis dat jeugdzorgprogramma's bewezen effectief moeten zijn valt echter nog wel wat meer te zeggen. De overheid financiert namelijk vooral uit Angelsaksische landen geïmporteerde programma's die op basis van daar uitgevoerd onderzoek bewezen effectiviteit claimen. Deze programma's hebben indrukwekkende namen als Functional Family Therapy, Multi Systemic Therapy, PMTO, Triple P en EQUIP. Om ze te mogen gebruiken moet flink in de buidel worden getast voor licenties en trainingen.

Een eerste kanttekening is dat vooralsnog alleen in Angelsaksische samenlevingen werd aangetoond dat deze programma's werken. Of ze ook in Nederland effectief zijn dient nog te worden bewezen.

Een tweede kanttekening is dat deze geïmporteerde bewezen effectieve programma's doorgaans gebaseerd zijn op algemene principes van gedragsbeïnvloeding, gericht op het sociale gedrag van kinderen, op het opvoedend handelen van ouders, of op een combinatie van beide. Daarbij wordt ruim gebruik

gemaakt van de sociale leertheorie en de cognitieve varianten daarvan (Bandura, 1969; Bandura, 1977; Bandura, 1999).

Het zijn dan ook niet de programma's zelf die werkzaam zijn, het zijn de algemene principes waarop ze zijn gebaseerd. Deze maken dat de programma's werken.

Het is de vraag of het niet efficiënter zou zijn om het gebruik van deze algemene principes aan te moedigen, in plaats van zoals nu een wirwar aan jeugdhulpprogramma's te honoreren die allemaal claimen uniek en effectief te zijn, maar die bij nadere inspectie hun werkzaamheid grotendeels aan dezelfde basisprincipes ontleen. Waarom zou het er in de jeugdzorg anders aan toe moeten gaan dan in de geneeskunde, waar ook geldt: niet het dure merk bepaalt of het medicijn werkt, maar de werkzame stof waaruit het medicijn bestaat.

Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat niet alleen de pedagogische hulp in residentiële centra die een door het Nederlands Jeugdinstituut gecertificeerd behandelingsprogramma toepassen wordt gehonoreerd, maar ook de hulp in tehuizen die een pedagogisch behandelingsklimaat hebben gecreëerd volgens de principes van bewezen effectieve gedragsbeïnvloeding. Een derde kanttekening is dat er geen garantie is dat het effect van bewezen effectieve jeugdhulpprogramma's zich in de praktijk altijd zal voordoen. Ook al is een programma nog zo bewezen effectief, als het niet volgens de regels wordt toegepast dan zal men er in de praktijk weinig aan hebben. Dit betekent dat jeugdzorginstellingen kunnen claimen dat zij effectief te werk gaan omdat zij door het Nederlands Jeugdinstituut gecertificeerde programma's toepassen, terwijl de opbrengst voor de jeugdige, het gezin en de samenleving feitelijk nul komma niks kan zijn. Illustratief in dit verband is bijvoorbeeld dat in een recent onderzoek in Nederland slechts beperkte positieve ontwikkelingseffecten werden gevonden bij een aantal residentiële behandelingsprogramma's die op het sociale

competentiemodel waren gebaseerd (Scholte & Van der Ploeg, 2006b). Omdat de aanzienlijke werkzaamheid van dit model wat betreft de positieve beïnvloeding van de sociaal emotionele ontwikkeling van kinderen en adolescenten in ander onderzoek wel al bij herhaling is aangetoond (Lipsey & Wilson, 1998), ook in Nederlands onderzoek (Slot, 1988; Slot & Spanjaard, 1999), moet worden geconcludeerd dat het model in de hier onderzochte behandelingsprogramma's waarschijnlijk niet correct is toegepast.

Effectieve onderwijs- en jeugdzorg

Het voorgaande betekent dat een orthopedagogische behandeling niet alleen gebaseerd moet zijn op bewezen effectieve behandelingsprincipes, maar dat er ook voor gezorgd dient te worden dat de behandeling correct wordt uitgevoerd en het verwachte effect zich voordoet.

Hier ligt de verbinding met de eerder genoemde regulatieve cyclus van het planmatig behandelen, waarin voor elk individueel kind in zijn opvoedingssituatie periodiek (bijvoorbeeld elk half jaar) de behandeling en het effect daarvan worden geëvalueerd om de hulpverlening op de goede koers te houden. Zo zal de hulpverlener in de casus 'Nico' samen met de opvoeders evalueren of na de opvoedinstructie door Bureau Jeugdzorg de hardhandige aanpak van Nico's drukke gedrag thuis heeft plaatsgemaakt voor een meer uitgebalanceerde pedagogische gezinsinteractie, met als gevolg rustiger gedrag bij Nico.

Deze periodieke evaluatie van het resultaat van de hulpverlening is echter niet alleen voor de individuele cliënt en zijn hulpverlener van belang, maar ook voor de beleidsmakers van instellingen en overheden, want door de uitkomsten te bundelen kan inzicht worden verkregen in de werkzaamheid en effectiviteit van instellingen en zorgsectoren als geheel.

Effectiviteit van de jeugdzorg

Wanneer op basis van dergelijk gebundeld follow-up onderzoek naar de resultaten van de ambulante en de residentiële jeugdzorg in Nederland wordt gekeken, dan kan worden vastgesteld dat klinische gedragsproblemen bij een derde tot de helft van de kinderen afnemen (Scholte & Van der Ploeg, 2003b; Veerman, Slot, Scholte, de Kemp, & ten Brink, 2003; Harder et al., 2006).

Dat de gevonden percentages uiteenlopen komt omdat de resultaten sterk wisselen per instelling en doelgroep. Zo zijn problematische opvoedingssituaties bij opgelegde hulpverlening zoals een ondertoezichtstelling ofwel OTS moeilijker te beïnvloeden dan bij hulp op vrijwillige basis (Scholte & Van der Ploeg, 2003b).

Effectiviteit van het cluster 4 onderwijs

Helaas is naar de resultaten van het cluster 4 speciaal onderwijs nog maar weinig onderzoek gedaan. Wel komt in een recent afgesloten follow-up studie op een Pedagogische Instituutsschool te Leiden naar voren dat de leerlingen daar sociaal emotioneel en cognitief een behoorlijke groei doormaken (Scholte et al., 2007). In hetzelfde onderzoek blijkt echter ook dat de leerachterstanden en de sociaal emotionele problemen niet volledig verdwijnen. Dat is uiteraard ook niet te verwachten. Bij handicaps als autisme en ADHD moet men zich vaak tevreden stellen met het hanteerbaar maken van de klachten en het optimaliseren van de cognitieve talenten van de kinderen.⁶ Om vragen te kunnen beantwoorden zoals 'hoe effectief is het cluster 4 onderwijs nu precies' en 'hoe kan de effectiviteit van het onderwijs aan kinderen met gedragsproblemen worden vergroot' is echter een breder follow-up onderzoek nodig waaraan naast cluster 4 scholen ook reguliere scholen deelnemen. Door daarbij tevens onderscheid te maken tussen

leerlingen die wel en zij die geen jeugdzorg krijgen kan ook de toegevoegde waarde van de jeugdzorg zichtbaar worden. Daarnaast kan met behulp van een dergelijk omvattender onderzoek ook duidelijk worden wat de werkzame bestanddelen van de toegepaste behandelingen zijn.

Tot slot

Cijfers laten zien dat de vraag naar speciaal onderwijs en jeugdzorg de afgelopen jaren flink is toegenomen (De Graaf, Schouten, & Konijn, 2005; De Greeff & Van Rijswijk, 2006).⁷ Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat de beeldvorming over de speciale jeugd- en onderwijszorg de laatste tijd tamelijk negatief is.

Zo bleek bij een recente onderwijsevaluatie dat er nogal wat kinderen thuis zitten of op wachtlijsten staan, dat er veel bureaucratie is rond de indicatiestelling, en dat er onvoldoende aansluiting is tussen de verschillende deelsystemen in het onderwijs. Verder laat de aansluiting op en de samenwerking met de jeugdzorg veel te wensen over (Ministerie van OC&W, 2007).

Ook de jeugdzorg heeft de laatste tijd een flinke tegenwind gehad. Niet alleen was sprake van een aantal dramatische incidenten met kinderen, ook toonden inspectierapporten aan dat er wat betreft de samenwerking en de inhoudelijke sturing van de zorg nog veel te verbeteren valt (Inspectie Gezondheidszorg en Inspectie Jeugdzorg, 2006; Inspectie Jeugdzorg, 2005).

Door al deze gebeurtenissen dreigt het beeld te ontstaan dat het speciaal onderwijs en de jeugdzorg inefficiënte en ineffectieve organisaties zijn. Dat is onterecht, want onderzoek laat zien dat er positieve resultaten worden geboekt. Dat betekent echter niet dat het niet beter kan, want verbeteringen zijn nodig en mogelijk.

Ik heb in mijn betoog aangegeven hoe de orthopedagogiek als wetenschap hieraan kan bijdragen. De ontwikkeling van relevante diagnostische instrumenten zal de middelen aanreiken om op een valide en betrouwbare manier te kunnen bepalen wat het speciaal onderwijs en de jeugdzorg inhouden, wie er om welke redenen gebruik van maken, en welke resultaten er wel en niet worden behaald. Deze informatie kan worden gebruikt om de overheid en de maatschappij een genuanceerd beeld te bieden en kan duidelijk maken hoe het speciaal onderwijs en de jeugdzorg hun geld besteden.

Minstens zo belangrijk is echter dat het orthopedagogisch onderzoek ook interventies zal opleveren om de zorg voor jeugdigen efficiënter en effectiever te maken. Door de resultaten van follow-up onderzoek in een (quasi-)experimentele onderzoeksopzet te koppelen aan de toegepaste werkwijzen zal duidelijk worden welke behandelingen in de klas, in het gezin en in de leefgroep, een positieve opbrengst hebben en dus voor herhaalde toepassing in aanmerking komen. Ook zal duidelijk worden welke benaderingen geen of een negatief effect hebben en daarom in de toekomst beter achterwege kunnen blijven. Aldus zal de orthopedagogiek als wetenschap op meervoudige wijze de effectiviteit van de speciale jeugd- en onderwijszorg kunnen vergroten, zowel voor jeugdigen met enkelvoudige, als voor jeugdigen met meervoudige problemen.

Dankwoord

Aan het eind van deze rede is een woord van dank op zijn plaats. De Stichting Horizon te Rotterdam en de Universiteit Leiden te Leiden verdienen lof voor het instellen van deze leerstoel. Het biedt de mogelijkheid om de Orthopedagogiek als wetenschap te versterken. Ik hoop hieraan de komende jaren een bijdrage te leveren, samen met medewerkers en studenten van de afdeling Orthopedagogiek en andere relevante onderwijs-

en onderzoeksafdelingen van de Universiteit Leiden en instellingen daarbuiten. Ik spreek de wens uit dat ons werk ook de Orthopedagogiek als praktijk ten goede mag komen. Verder wil ik twee personen met naam bedanken. Dat zijn de hooggeleerden Jan van der Ploeg en Ina van Berckelaer-Onnes. Mede door hun optreden is de leerstoel er gekomen. Beste Jan, jij hebt je altijd met een tomeloze energie ingezet om de jeugdzorg te verbeteren, eerst bij een residentiële instelling en daarna als wetenschappelijk onderzoeker en hoogleeraar in Amsterdam en Leiden. Van jou heb ik geleerd dat politieke en ideologische praatjesmakerij weinig toe te voegen heeft, maar dat alleen gedegen praktijkgericht empirisch onderzoek tot een verbetering van de kwaliteit van de jeugdzorg kan leiden. Zeer te waarderen is ook dat onze samenwerking uitgegroeid is tot een goede vriendschap.

Beste Ina, van jou heb ik geleerd dat er naast jeugdigen met gedragsproblemen ook kinderen met ontwikkelingsstoornissen zijn. Te waarderen zijn hiernaast je grote en enthousiasmerende klinische deskundigheid en je welhaast ongelimiteerde en onverwoestbare optimisme.

Jullie beiden dragen de Orthopedagogiek een warm hart toe, en ik heb dan ook met veel genoegen met jullie mogen samenwerken.

Ik sluit af met te zeggen dat ik het altijd een voorrecht heb gevonden om te mogen werken aan de Universiteit Leiden. Geachte familie, collega's, studenten en andere belangstellenden, ik dank u hartelijk voor de interesse die u hebt getoond door hier te komen.

Ik heb gezegd.

Noten

- 1 Om voor cluster 4 onderwijs in aanmerking te kunnen komen dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan (Van der Hoeven, 2006): er is een onderwijsbelemmering vanwege ernstige gedragsproblematiek of een psychiatrische stoornis, er is bemoeienis vanuit de jeugdzorg (geweest) en de ontwikkelingsproblemen hebben hun weerslag op meerdere leefgebieden. Cluster 4 leerlingen hebben niet alleen problemen binnen het onderwijs, maar ervaren door hun ontwikkelingsbeperking ook thuis en in de vrije tijd problemen. Daarnaast moet vanuit de zorgstructuur van het regulier onderwijs een half jaar op de problemen gerichte hulp hebben plaatsgevonden welke ontoereikend is gebleken. Om de keuzevrijheid voor ouders te vergroten werd tevens de financieringssysteem vernieuwd. Via leerling-gebonden financiering (LGF) kunnen ouders ook voor een reguliere school kiezen. Met dit LGF-‘rugzakje’ kan vervolgens gespecialiseerde hulp van een REC worden ingekocht ter ondersteuning van het reguliere onderwijs.
- 2 Dat vindt plaats door de kinderen op de speelplaats, in de school en in de lesgroep individueel een gecontroleerd pedagogisch en didactisch klimaat te bieden dat enerzijds stimulerend en motiverend is, doch anderzijds tevens taakstellend en corrigerend, zodat de cognitieve en de sociaal emotionele ontwikkeling conform de pedagogische en didactische doelen bijgestuurd wordt. De afstemming van de orthopedagogische behandeling op de individuele onderwijsbehoeften kan tot uitdrukking komen in bijvoorbeeld het stemgebruik, de lichaamstaal, de klassenregels, de fysieke inrichting van het lokaal, zoals het apart of in groepjes zetten van leerlingen. Daarnaast kan, afhankelijk van de onderwijsbelemmering van de leerling, gebruikt gemaakt worden van bijvoorbeeld planborden en individuele of groepsinstructies die concreet of wat abstracter zijn, etc.
- 3 Bij jeugdzorg gaat het om uiteenlopende interventies, die lopen van ondersteuning bij het zoeken van scholing, werk of een uitkering, via sociale vaardigheidstrainingen, intensieve gezinsondersteuning of gezinstherapieën tot aan uithuisplaatsing van het kind in een al dan niet gesloten tehuis voor verzorging en behandeling, waar de betreffende jeugdigen in leefgroepen onder begeleiding van groepsofvoeders een specifiek opvoedingsklimaat wordt geboden.
- 4 Zo blijkt 33% te worden aangemeld met een autismespectrumstoornis. Kinderen die hiermee kampen hebben ernstige stoornissen in de sociale omgang, de communicatie en de verbeelding, gepaard gaand met in zichzelf gekeerd en stereotiep gedrag. Met 20% komt de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op de tweede plaats. Dit komt tot uiting in druk, chaotisch en ongeconcentreerd gedrag van kinderen. Op flinke afstand van deze twee volgt de (antisociale) gedragsstoornis met 6%. Hiervan is sprake wanneer zich bij het kind een aanhoudend patroon voordoet van agressief gedrag en het schenden van regels. Verder gaat het in 11% om diverse andere psychiatrische stoornissen, zoals hechtingsstoornissen, leerstoornissen of tics. Tot slot vormt bij 9% geïndiceerde jeugdzorg de reden van de toelating en wordt bij 21% geen melding van een psychiatrische stoornis in de dossiers aangetroffen.
- 5 Op “[www.nji.nl/thema's/effectieve interventies](http://www.nji.nl/thema's/effectieve_interventies)” kan men vinden welke programma’s bij welke doelgroepen werken.
- 6 Het genoemde onderzoek geeft helaas ook geen uitsluitsel over de vraag of kinderen met gedragsproblemen en ontwikkelingsstoornissen nu beter af zijn op een speciale cluster 4 school of dat het beter is hen met extra hulp op reguliere scholen onderwijs te geven, ook wel ‘inclusief onderwijs’ genoemd. Beide invalshoeken hebben voor- en tegenstanders (Schuman, 2007). De ene partij stelt dat een kind met ontwikkelingsproblemen meer baat heeft bij inclusief onderwijs, omdat dit de integratie zal bevorderen; niet alleen tijdens de kindertijd maar ook in de toekomst wanneer men zich als volwassene in de samenleving staande moet houden. De andere partij brengt hiertegen in dat de ontwikkelingsproblemen van leerlingen met psychiatrische klachten zo groot zijn dat alleen een gespecialiseerde school voldoende veiligheid en effectieve behandeling kan bieden. Het is echter nog steeds niet duidelijk welke effecten beide onderwijsvormen nu precies hebben op de ontwikkeling van kinderen met ernstige leer- en ontwikkelingsproblemen (Cole, Waldron, & Majd, 2004; Lindsay,

2007; Salend & Duhaney, 1999).

- 7 Deze toename heeft overigens geen parallel in de algemene bevolking. Prevalentiestudies laten zien dat het aantal kinderen en jongeren met problemen op sociaal emotioneel gebied de afgelopen decennia in Westerse samenlevingen, waaronder Nederland, niet aantoonbaar is gestegen (Grietens, Ghesquière, & Pijl, 2006; Scholte & Van der Ploeg, 2006a; Verhulst, van der Ende, & Rietbergen, 1997; Achenbach & Howell, 1994; Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2003). Dit betekent dat de groei van de vraag naar speciaal onderwijs en jeugdzorg niet herleidbaar is tot een toegenomen kwetsbaarheid bij kinderen. Het heeft waarschijnlijk meer te maken met de sterk vergrote toegankelijkheid van informatie door moderne communicatiemiddelen als het internet in combinatie met een toegenomen individualiteit en mondigheid in het ouderschap aan het begin van de 21e eeuw. Zo blijkt bijvoorbeeld dat de kleine klassen die veel individuele onderwijsaandacht mogelijk maken en de onderwijsdeskundigheid die door de ouders aan de speciale scholen wordt toegedicht de belangrijkste motieven zijn om kinderen met sociaal emotionele problemen voor speciaal onderwijs aan te melden (LCTI, 2006).

Referenties

- Achenbach, T. M. & Howell, C. T. (1994). Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32, 1145-1154.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnorm Child Psychol*, 31, 1-11.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In Baumeister & Roy F. (Eds.), *The self in social psychology* (pp. 285-298). New York, NY: US: Psychology Press.
- Biederman, J., Doyle, A. E., Weiss, M. D., Spencer, T. J., Arnsten, A. F. T., Faraone, S. V. et al. (2006). New developments in the treatment of ADHD. *J Clin Psychiatry*, 67, 148-159.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). *The bioecological model of human development*. Hoboken, NJ, US: John Wiley and Sons Inc.
- Carr, A. (2006). *Child and Adolescent Clinical Psychology*. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Cole, C. M., Waldron, N., & Majd, M. (2004). Academic progress of students across inclusive and traditional settings. *Ment Retard*, 42, 136-144.
- De Graaf, M., Schouten, R., & Konijn, C. (2005). *De Nederlandse jeugdzorg in cijfers 1998-2002*. Utrecht: NIZW uitgeverij.
- De Greeff, E. E. M. & Van Rijswijk, C. M. (2006). *De groei van de deelname aan cluster 4: opvattingen over oorzaken en groeibeperkende maatregelen*. Den Haag: LCTI.
- Drenth, A. (2008). Caring power and disabled children. The rise of the educational élan in the United States and Europe, in particular in Belgium and the Netherlands. In S.L.Gabel & S. Danforth (Eds.), *Disability and the politics of education*. (New York: Peter Lang (in press).
- Grietens, H., Ghesquière, P., & Pijl, S. (2006). Toename leerlingen met gedragsproblemen in primair en voortgezet onderwijs. *Een Nederlands-Vlaamse vergelijking*. Den Haag: Ministerie van OC&W.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Inspectie Gezondheidszorg en Inspectie Jeugdzorg (2006). *Toegang naar Jeugd-GGZ kan sneller en beter. Thematische toezichtsrondesamenwerking Bureau's Jeugdzorg en Jeugd-GGZ*. Amsterdam/ Utrecht: IGZ/IJ.
- Inspectie Jeugdzorg (2005). *Jaarverslag 2004*. Den Haag: Inspectie jeugdzorg.
- Knorth, E. J. & Smit, M. (1999). *Planmatig werken in de hulpverlening*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Konijn, C. & Verhulst, F. C. (2006). *Psychische problematiek bij kinderen en jongeren. Omvang van het probleem. (Mental Health Problems of Children and Adolescents. The Scope of the Problem)*. Utrecht: RIVM.
- Kooiker, S. E. (2006). *Jeugd met beperkingen: rapportage gehandicapten 2006*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).
- Kool, E. & Van Rijswijk, C. M. (1999). WSNS: Speciale zorg in het regulier onderwijs. In R.de Groot & C. M. Van Rijswijk (Eds.), *Kleine atlas van het speciaal onderwijs: beleidsontwikkelingen en praktijkvoorbeelden* (pp. 31-47). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- LCTI (2006). *De groei van de deelname aan het cluster 4: Opvattingen over oorzaken en groeibeperkende maatregelen*. Den Haag: Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (LCTI).
- LCTI (2007). *Indicatiestelling speciaal onderwijs 2005/2006: analyse van protocollen en dossiers*. Den Haag: Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (LCTI).
- Lindsay, G. (2007). Educational psychology and the effectiveness of inclusive education/mainstreaming. *Br J Educ Psychol*, 77, 1-24.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998). *Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York: Kluwer Academic Publishers Group.

- Ministerie van OC&W (2007). *Invoeringsplan passend onderwijs december 2007*. Rijswijk: Ministerie van OC&W.
- Ministerie van OC&W (2008). *Dossier weer samen naar school*. Rijswijk: Ministerie van OC&W.
- Morgan, G. A., Gliner, J. A., & Harmon, R. J. (2007). Understanding research methods and statistics: a primer for clinicians. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook* (pp. 104-124). London: Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkin.
- Pameijer, N. K. & Beukering, T. (2005). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*. Leuven/Apeldoorn: ACCO.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene: Castilia Publishers.
- Pelham, W. E. (2000). The NIMH multimodal treatment study for attention-deficit hyperactivity disorder: just say yes to drugs alone? *Can J Psychiatry*, 44, 981-990.
- Rutter, M. (2006). Autism: its recognition, early diagnosis, and service implications. *J Dev Behav Pediatr*, 27, S54-S58.
- Saldana, L. & Henggeler, S. W. (2006). *Multisystemic Therapy in the Treatment of Adolescent Conduct Disorder*. New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Salend, S. J. & Duhaney, L. M. G. (1999). The impact of inclusion on students with and without disabilities and their educators. *Remedial-and-Special-Education*, 20.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2003a). *Effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel I: probleemstelling, indicatiestelling en cliënttevredenheid*. Amsterdam: Nippo.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2003b). *Effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel II: Effecten van de hulp*. Amsterdam: Nippo.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2006a). Prevalentie van sociaal-emotionele problemen bij schoolgaande kinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 45, 15-22.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2006b). Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems. *J Adolesc*, 29, 641-654.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2002). Hulpverlening bij meervoudige psychosociale problemen van jeugdigen. In A. Vyt, M. A. G. Van Aken, J. D. Bosch, R. J. Van der Gaag, & A. J. J. M. Ruijsenaars (Eds.), *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie* 5 (pp. 80-117). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scholte, E. M., Van Berckelaer-Onnes, I. A., & van Oudheusden, M. (2007). *Speciale kinderen in ontwikkeling. Diagnostiek en behandeling in het cluster 4 onderwijs*. Utrecht: DeGraaff.
- Schuman, H. (2007). Passen onderwijs - pas op de plaats of stap vooruit? *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 266-278.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-experimental Designs for General Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Slot, N. W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Intro.
- Strijker, J., Bijstra, J. O., Doornenbal, J., Zandberg, T., & Van Houten-Van den Bosch, E. J. (2002). Noodzaak van een intersectorale aanpak van probleemgedrag. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 208-219.
- Ter Bogt, T., Van Dorsselaer, S., & Vollenbergh, W. (2006). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren (Mental Health, Risk Taking Behaviour and Well-Being among Dutch School Children)*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Tilanus, C. P. G. (1998). *Jeugdzorg: Historie en wetgeving*. Amsterdam: SWP.
- Van Berckelaer-Onnes, I. (2004). Zestig jaar autisme [Sixty years of autism]. *Ned Tijdschr Geneesk*, 148, 1024-1030.
- Van der Hoeven, M. J. A. (2006). *Besluit Leerlinggebonden Financiering*. Den Haag: Ministerie van OC&W.
- Van der Ploeg, J. D. (2005). *Behandeling van gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Van der Ploeg, J. D. & Scholte, E. M. (2001). *ADHD-kinderen in ontwikkeling. Diagnostiek en effectieve pedagogische aanpak in de jeugdzorg*. Utrecht: De Graaff Uitgevers.

- Van der Ploeg, J. D. & Scholte, E. M. (1996). *Analyse vraag en aanbod jeugdzorg regio Rotterdam*. Amsterdam/Rotterdam: Nippo/GG&GD.
- Veerman, J. W., Slot, N. W., Scholte, E. M., de Kemp, R. A. T., & ten Brink, L. T. (2003). The implementation of families first in The Netherlands: a one year follow-up. *Child Psychiatry Hum Dev*, 33, 227-244.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Rietbergen, A. (1997). Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: No evidence for strong trends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 7-13.

In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.

Meer informatie over Leidse hoogleraren:
Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl

PROF.DR. E.M. SCHOLTE



- 1969 - 1973 Studie chemie, Universiteit Utrecht
- 1973 - 1978 Studie wijsbegeerte, Universiteit van Amsterdam
- 1976 - 1981 Studie opvoedkunde, Universiteit van Amsterdam
- 1981 - 1982 Docent pedagogiek, Academie de Aemstelhorn, Amsterdam
- 1982 - 1983 Universitair onderzoeker, Orthopedagogisch Instituut, Universiteit van Amsterdam
- 1983 - 1988 Promotieonderzoek: Preventieve jeugdhulp voor predelinquente jeugdigen
- 1989 - 2000 Universitair docent, Afdeling Orthopedagogiek, Universiteit Leiden
- 2001 - heden Universitair hoofddocent, Afdeling Orthopedagogiek, Universiteit Leiden
- 2007- heden Bijzonder hoogleraar orthopedagogiek: Integratie speciaal onderwijs en jeugdzorg

Het opvoeden en onderwijzen van kinderen met gedragsproblemen of ontwikkelingsstoornissen, zoals autisme, angstig gedrag, depressiviteit, ADHD, verstandelijke beperking en agressief of antisociaal gedrag, is geen eenvoudige opgave. Soms zijn de problemen zo groot dat een beroep moet worden gedaan op het speciaal onderwijs of de jeugdzorg. Duizenden kinderen en gezinnen maken jaarlijks van deze mogelijkheid gebruik. Het speciaal onderwijs en de jeugdzorg zien zich voor de vraag gesteld hoe de problematiek van de kinderen en de gezinnen op een objectieve en verantwoorde manier vast te stellen is. Een andere vraag is hoe deze kinderen en gezinnen het beste kunnen worden begeleid.

De antwoorden op deze vragen kunnen worden gevonden door empirisch wetenschappelijk onderzoek naar de achtergronden, de behandeling en het beloop van ontwikkelingsproblemen bij kinderen. Daarbij moet de bijdrage van de orthopedagogische wetenschap meer opleveren dan wetenschappelijke inzichten alleen: de kennis dient ook toepasbaar te zijn. Dit betekent dat het onderzoek betrouwbare en valide instrumenten en protocollen dient op te leveren die bruikbaar zijn in de onderwijs- en hulpverleningspraktijk.

De uitdaging voor de komende jaren is inzichtelijk te maken welke kinderen en gezinnen om welke redenen gebruik maken van de jeugdzorg en het speciaal onderwijs, welke professionele hulp en ondersteuning zij krijgen, wat de resultaten van deze activiteiten zijn en welke interventies al of niet werkzaam zijn. Dit kan de effectiviteit van de speciale zorg voor jeugdigen vergroten en de integratie van het speciaal onderwijs en de jeugdzorg bevorderen.



Universiteit Leiden