

Is sociale redzaamheid te meten?

Een onderzoek naar de sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen in de jaren zeventig bij
het op een wetenschappelijke manier invulling geven aan sociale redzaamheid

Christy de Vries

S4998995

11-10-2023

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit GMW

Master Orthopedagogiek

PAMA5166

1^e beoordelaar: Dr. L.W. van Haften

2^e beoordelaar: Dr. J. Exalto

Aantal woorden: 10069

Abstract

This thesis examines how the Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinningen (SRZ) was developed in the 1970s and how social self-reliance was given substance in a scientific way. The aim is to understand the SRZ as a product of the context in which it was developed. The research question is: "What role did the introduction of the SRZ play in the 1970s in the scientific interpretation of self-reliance?" It concerns a historical research with archival documents from the ADNG and secondary sources viewed from the point of view of Science, Technology and Society studies. The results show that the SRZ is a product of the broader context. The development was closely linked to various social processes, such as the arrival of parents' associations, a changed vision on care for the mentally handicapped and the introduction of the Exceptional Medical Expenses Act. The developers of the test made social self-sufficiency measurable based on a questionnaire that had to be completed by people who were close to the mentally handicapped. Much attention was paid to following the manual to make the test as objective as possible. The conclusion is that the development of the test was closely linked to the social processes in the 1960s and 1970s. The developers of the SRZ have tried to make their test as objective as possible, but do not seem to have succeeded completely. By looking through the STS approach, insight can be gained into the complexity of testing in a historical perspective.

Samenvatting

In deze thesis wordt onderzocht hoe de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen (SRZ) werd ontwikkeld in de jaren '70 en hoe op een wetenschappelijke manier invulling werd gegeven aan sociale redzaamheid. Het doel is om de SRZ te begrijpen als een product van de context waarin het is ontwikkeld. De onderzoeksvraag luidt: *“Welke rol speelde de introductie van de SRZ in de jaren zeventig van de twintigste eeuw bij het op een wetenschappelijke manier invulling geven aan zelfredzaamheid?”* Het betreft een historisch onderzoek met archiefstukken uit het ADNG en secundaire bronnen bekeken vanuit het oogpunt van Science, Technology and Society studies. Uit de resultaten blijkt dat de SRZ een product is van de bredere context. De ontwikkeling was nauw verbonden met verschillende maatschappelijke processen zoals de komst van ouderverenigingen, een veranderde visie op zwakzinnigenzorg en de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De ontwikkelaars van de test hebben sociale redzaamheid meetbaar gemaakt aan de hand van een vragenlijst die ingevuld diende te worden door personen die dicht bij de zwakzinnigen stonden. Er was veel aandacht voor het volgen van de handleiding om de test zo objectief mogelijk te maken. De conclusie is dat de ontwikkeling van de test nauw verbonden was met de maatschappelijke processen in de jaren '60 en '70. De ontwikkelaars van de SRZ hebben gepoogd om hun test zo objectief mogelijk te maken maar lijken hierin niet compleet geslaagd. Door te kijken via de STS-benadering kan inzicht verkregen worden in de complexiteit van testen in een historisch perspectief.

Inhoud

Abstract.....	1
Samenvatting	2
Inhoud.....	3
1. Inleiding.....	4
2. Theoretisch kader	8
3. Methode.....	10
4. Een product van de context: de invloed van verschillende factoren op de SRZ	13
5. Het openen van de black-box.....	19
Cain-Levine Social Competency Scale	19
Vertaling.....	22
Afname van de test.....	25
Verwerking, interpretatie en toepassing.....	27
6. Conclusie	32
Literatuurlijst	36
Bijlage 1: veranderingen na vertaling.....	38

1. Inleiding

In 1972 werd door D. W. Kraijer en G. N. Kema de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen (hierna SRZ genoemd) ontwikkeld. Het doel van de test was om de sociale redzaamheid bij zwakzinnigen te kunnen meten. Gedurende de jaren '50 en '60 groeide de behoefte aan een objectief instrument voor het beoordelen van de niveaubepaling van zwakzinnigen als aanvulling op ander gedragsonderzoek. De SRZ werd ontwikkeld als instrument dat werd gebruikt bij het opstellen van een (behandelings)plan.

De Nederlandse SRZ was grotendeels gebaseerd op een test ontwikkeld in de Verenigde Staten, de zogenaamde Cain-Levine Social Competency Scale van Leo F. Cain, Samuel Levine en Freeman F. Elzey. Deze schaal moest volgens Kraijer en Kema echter flink worden bewerkt voor het voldeed aan alle eisen om in Nederland gebruikt te kunnen worden. In 1968 bood het Instituut voor Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen hulp aan bij het onderzoek van Kraijer en Kema. Het doel van het onderzoek werd om normen op te stellen voor het gebruik bij Nederlandse zwakzinnigen en om het toepassingsgebied van de oorspronkelijke schaal uit te breiden voor zowel kinderdagverblijven, imbecillenscholen en inrichtingen.

De uiteindelijk ontstane SRZ was nog maar in beperkte mate gelijk aan de oorspronkelijke Cain-Levine schaal. Van de 44 vragen zijn er slechts 31 overgebleven. De vier subschalen zijn gelijk gebleven maar enkele vragen zijn overgegaan naar een andere subschaal.

Uiteindelijk bestond de SRZ uit 31 vragen, die waren onderverdeeld in vier niveaus. De niveaus liepen op van minder naar meer zelfstandig omgaan met zichzelf, mensen en dagelijkse situaties. De vragen waren opgenomen in los verkrijgbare boekjes. Informatie moest worden verkregen door middel van observaties door personeelsleden of verzorgers omdat de zwakzinnigen dit zelf niet konden doen. In de handleiding van de test werden richtlijnen gegeven voor het invullen en verwerken van de gegevens. Daarmee werd gepoogd om het zo objectief mogelijk te houden. De sociale redzaamheid werd sinds de invoering van de test dus niet meer beoordeeld door ervaringen en bevindingen van begeleiders of professionals, maar een objectiverende test moest daarover uitsluitsel geven.

Is sociale redzaamheid te meten?

De SRZ maakt deel uit van een breder historisch proces waarbij steeds vaker gebruikt wordt gemaakt van wetenschappelijke methoden voor het objectiveren en classificeren van kinderen en jongeren. Door de opkomst van nieuwe wetenschappelijke technieken werden kinderen sinds het einde van de 19^e eeuw steeds meer gezien als meetbare en classificeerbare studieobjecten waarop wetenschappelijke benaderingen konden worden gebaseerd. Het streven naar eerlijkheid en gelijkheid kwam steeds meer centraal te staan door de opkomst van sociaaldemocratische bewegingen. Het vertrouwen in wetenschappelijke methoden nam toe, waardoor massaal testen steeds meer werd ingevoerd (Canales & Polengi, 2019; Lawn, 2020). Een voorbeeld daarvan is de ontwikkeling van de intelligentietest door Binet en Simons aan het einde van de 19^e eeuw. Deze werd vooral gezien als een concept op basis waarvan je mensen kon rangschikken. Algemeen wordt aangenomen dat de eerst ontworpen intelligentietest de Binet-Simons test uit 1905 is. Het doel van het uitbrengen van die test was om mentale afwijkingen (zwakzinnigheid) op te sporen (Mülberger, 2020). De test werd dan ook ingezet om groepen op te sporen die niet goed in het onderwijs pasten. Kinderen met leerproblemen werden naar speciale scholen gestuurd en zwakke kinderen naar het platteland om aan te sterken (Canales & Polengi, 2019; Mülberger et al., 2019). Intelligentietesten kregen van het begin af aan veel kritiek. De kritiek had vooral betrekking op de sociale gevolgen van de intelligentietesten. Intelligentietesten konden echter juist ook positieve sociale gevolgen hebben doordat intelligente kinderen uit de arbeidersklasse niet meer over het hoofd werden gezien. Zo werd een samenleving gecreëerd waarbij de juiste persoon de meest geschikte baan zou hebben (Lawn, 2020).

De ontwikkeling van de SRZ hing ook samen met een bredere maatschappelijke en bestuurlijke ontwikkeling van de zwakzinnigenzorg in Nederland in de jaren '50 (Gemert en Minderaa, 2000). Er kwamen steeds meer gedragswetenschappers in beeld en er werden veel trainingsmethodieken ontwikkeld. Onder andere om de zelfredzaamheid van de zwakzinnigen te vergroten door ze bijvoorbeeld te leren om zich zelfstandig aan te kleden of zelfstandig te eten. Door de harde groei van de inrichtingen, werd de zorg steeds grootschaliger en onpersoonlijker. De grote inrichtingen werden veelal op afgelegen plekken gebouwd, buiten de samenleving. De zwakzinnigen hadden daardoor geen mogelijkheid om aan de samenleving deel te nemen (Gelder 1993). In de jaren '60 werden daarom Gezinsvervangende Tehuizen (GVT's) opgericht, met als doel om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid te bevorderen. De beoordeling van zelfredzaamheid werd daardoor dus ook steeds belangrijker.

Is sociale redzaamheid te meten?

Er is tegenwoordig veel interesse in de rol van psychometrische testen (Mülberger, 2014). In huidige historische onderzoeken naar psychometrische testen is echter relatief weinig aandacht voor andere testen dan intelligentietesten. Ondanks het feit dat er wel degelijk verschillende soorten testen zijn, zoals testen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling, persoonlijkheid of in dit geval sociale redzaamheid. Met dit onderzoek wil ik dan ook een bijdrage leveren aan deze literatuur.

Voor dit onderzoek heb ik me voor het theoretisch kader laten inspireren door Science, Technology and Society studies (STS). STS gaat uit van de veronderstelling dat wetenschap en technologie en de sociale wereld geen gescheiden domeinen zijn (Sismondo, 2010). Enerzijds is de wetenschappelijke praktijk een sociaal proces, waarin sociale, politieke en economische factoren van invloed zijn. Anderzijds zijn wetenschappelijke praktijken en instrumenten vormend aan de sociale werkelijkheid, door het creëren en legitimeren van nieuwe sociale categorieën, concepten en ideeën. Met andere woorden, bij STS worden wetenschap en de sociale werkelijkheid beschouwd als een ‘co-productie’ (Sismondo, 2010).

In dit onderzoek wordt de SRZ dus niet geanalyseerd of beoordeeld op de interne rationaliteit, maar wordt onderzocht welke keuzes gemaakt zijn in het proces van het ontwikkelen van de test en hoe de test samenhang met verschillende belangen en doelstellingen. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan het historisch debat over de ontwikkeling van testen in het tweede deel van de twintigste eeuw.

In deze master thesis onderzoek ik hoe de SRZ werd ontwikkeld in de jaren ‘70 en hoe op een wetenschappelijke manier invulling werd gegeven aan sociale redzaamheid.

De hoofdvraag die hierbij centraal staat is: *Welke rol speelde de introductie van de SRZ in de jaren zeventig van de twintigste eeuw bij het op een wetenschappelijke manier invulling geven aan sociale redzaamheid?*

De deelvragen die daarbij onderzocht worden zijn:

- Binnen welke sociale en maatschappelijke context werd de test ontwikkeld, en hoe heeft dit de test gevormd?

Is sociale redzaamheid te meten?

- Hoe werd sociale redzaamheid gedefinieerd in het onderzoek achter de test?
- Op welke wijze werd sociale redzaamheid geconstrueerd als meetbare eigenschap?

In deze thesis wordt allereerst in het theoretisch kader uitleg gegeven over de benadering Science, Technology and Society studies. Er wordt uitgelegd hoe de benadering wordt toegepast bij de SRZ. Vervolgens staat in de methode de onderzoeksopzet beschreven. Daarna volgen twee hoofdstukken met resultaten. In het eerste resultatenhoofdstuk wordt beschreven welke rol de context had bij het ontwikkelen van de SRZ. Er wordt gekeken naar welke sociale, politieke en economische ontwikkelingen hebben meegespeeld in het ontwikkelen van de test. In het tweede resultatenhoofdstuk wordt de black-box geopend en wordt de test kritisch bekeken. Daarbij wordt gekeken naar hoe sociale redzaamheid een meetbare eigenschap werd. Ook wordt gekeken naar de vertaling van de Amerikaanse test en hoe de die is aangepast naar de Nederlandse context. Tot slot wordt in het laatste hoofdstuk de conclusie beschreven. De belangrijkste bevindingen van het onderzoek worden daar samengevat en de onderzoeksvragen worden beantwoord.

2. Theoretisch kader

De inspiratiebron voor dit onderzoek is de STS-benadering. Traditioneel wetenschappelijk onderzoek is over het algemeen gericht op waarheidsbevindingen waarbij een formeel en objectief beeld van de natuurlijke werkelijkheid wordt geschetst. Verschillende wetenschappers zouden op basis van dezelfde materialen en bewijzen dezelfde hypothese moeten kunnen verwerpen of aannemen (Sismondo, 2010). STS daarentegen gaat ervan uit dat wetenschap en technologie en de sociale wereld geen gescheiden domeinen zijn maar juist met elkaar interacteren. De aanname binnen de STS-benadering is dat wetenschap een sociale activiteit is (Sismondo, 2010).

Wetenschap en de sociale werkelijkheid worden bij STS beschouwd als een ‘co-productie’. Wetenschap en technologie staan dus niet los van de maatschappij maar zijn juist met elkaar verbonden (Jasanoff, 2004). Wetenschap en technologie zijn niet alleen maar een objectief beeld van de natuurlijke werkelijkheid maar worden ook gevormd door sociale en politieke processen. Dat betekent dat testinstrumenten dus ook niet objectief zijn maar juist een sociaal object (Sismondo, 2010). Maar wetenschap kan ook het sociale aspect beïnvloeden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gelden voor de verwachtingen rond sociale redzaamheid na de komst van de SRZ. STS toont dan ook aan dat de scheiding tussen een ‘objectief laboratorium’ en een ‘rommelige politieke buitenwereld’ een sociale constructie is (Gorur et al., 2018).

STS onderzoekt dus hoe wetenschap, technologie en de samenleving met elkaar verbonden zijn en hoe dit dan tot stand komt binnen een bepaalde culturele, sociale en historische context (Sismondo, 2010). Bij dit onderzoek wordt door middel van de STS-benadering onderzocht of en hoe een ogenschijnlijk objectief meetinstrument (de SRZ) beïnvloed werd door sociale, culturele en economische processen. Hoe heeft de sociale context in die tijd bijgedragen aan de keuze voor de SRZ? Maar dit kan ook andersom bekeken worden. Hoe heeft de SRZ de sociale context beïnvloed? Hier komt het begrip co-productie weer goed naar voren.

In dit onderzoek wordt bij het bestuderen van de SRZ de STS-benadering toegepast om aan te tonen dat de test dus niet zomaar een objectief meetinstrument is, maar dat daar verschillende sociale, culturele en economische processen aan ten grondslag liggen. Door STS toe te passen

Is sociale redzaamheid te meten?

bij het analyseren van de SRZ, kan worden onderzocht wat de bredere maatschappelijke context is en hoe dit de ontwikkeling en het gebruik van de SRZ heeft beïnvloed.

Is sociale redzaamheid te meten?

3. Methode

Design

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en deelvragen, is een historisch archiefonderzoek uitgevoerd. Daarbij zijn volgens Saunders et al (2011) schriftelijke documenten de belangrijkste bron van informatie. Bij een historisch onderzoek ligt de focus op keuzes en beslissingen die gemaakt zijn om kennis te delen of een product te ontwikkelen. De STS-benadering sluit hierbij goed aan. STS onderzoekt namelijk hoe wetenschap, technologie en samenleving met elkaar verbonden zijn en hoe dit dan tot stand komt binnen een bepaalde culturele, sociale, maar ook historische context (Sismondo, 2010). Beide benaderingen richtten zich dus op context en invloeden van verschillende processen.

Materiaal

De primaire bronnen die hiervoor gebruikt werden, zijn afkomstig uit het Archief en Documentatiecentrum van de Nederlandse Gedragswetenschappen (ADNG). Het betrof de handleiding (31 pagina's) en het testboekje (5 pagina's) van de SRZ. Deze bronnen gaven weinig inzicht in hoe de test tot stand is gekomen, wat de doelstellingen waren en de overwegingen bij de ontwikkeling van deze test. Het werd echter wel duidelijk dat de SRZ een bewerking is van de Cain-Levine Social Competency Scale, die ook in het ADNG aanwezig was.

Er werd gebruik gemaakt van de Cain-Levine Social Competency Scale (1963). Het betrof de handleiding (17 pagina's) en het testboekje (5 pagina's). Deze bronnen hielpen om inzicht te krijgen in hoe de SRZ tot stand is gekomen. Welke veranderingen zijn er geweest ten opzichte van de Social Competency Scale? Door de Social Competency Scale naast de Sociale Redzaamheidsschaal te leggen, kon gekeken worden naar de overeenkomsten en verschillen. Op die manier kon beter begrepen worden hoe de test in Nederland ontwikkeld is.

Daarnaast werden secundaire bronnen verkregen via Eric en Smartcat. De literatuur die daar verzameld werd, had betrekking op de zwakzinnigenzorg in Nederland in de jaren 60 en 70 van de twintigste eeuw. De secundaire bronnen konden niet alleen inzicht geven in hoe de (zwakzinnigen)zorg in die tijd geregeld was, maar ook in wat de sociale en politieke situatie was.

Is sociale redzaamheid te meten?

Op deze manier werd een breed beeld geschetst van hoe de test werd ontwikkeld binnen een bepaalde sociaal-politieke context.

Procedure

Om te beginnen werd tijd doorgebracht in het archief van het ADNG. Daar werd gezocht naar een geschikte test en eventuele aanvullende materialen. Vervolgens werd via Eric en Smartcat de secundaire literatuur verzameld. Daarnaast heeft ook de thesisbegeleider bijgedragen aan het aanleveren van relevante literatuur.

Analyse

De primaire bronnen werden in hun geheel onderzocht. Wat zijn de beweegredenen geweest om deze test te ontwikkelen? Wat voor veranderingen zijn aangebracht in de SRZ ten opzichte van de Cain-Levine Competency Scale? Waarom zijn deze veranderingen gedaan? Wanneer en waarom werd de test ingezet? Wat zegt de uitslag van de test? En wat werd daarmee gedaan? Ook dit sluit goed aan bij de STS-benadering. Er werd kritisch gekeken naar hoe de test tot stand is gekomen en wat de betekenis van die (wetenschappelijke) kennis en concepten was. Dit laat goed zien dat wetenschap, technologie en samenleving met elkaar verbonden waren.

Door middel van de secundaire bronnen kon meer inzicht worden verkregen in de context waarbinnen de test werd ontwikkeld. Waarom was de test nodig? Waar werd de test in de praktijk voor gebruikt? En wat werd er gedaan met de testresultaten? Door te analyseren hoe de test tot stand kwam en welke keuzes daarbij werden gemaakt, werd meer duidelijk hoe met de introductie van de SRZ de invulling van het concept sociale redzaamheid is veranderd.

Reflectiviteit

Het is onvermijdelijk dat het beeld dat geschetst wordt in dit onderzoek enigszins is gekleurd door de onderzoeker. De onderzoeker maakt deel uit van de samenleving en kijkt dan ook naar het materiaal met een blik die is gekleurd door de huidige opvattingen en idealen van de samenleving. Daarnaast kijkt de onderzoeker (student orthopedagogiek) ook met een andere blik naar het materiaal dan bijvoorbeeld een historicus of iemand uit de zorg. De onderzoeker had geen voorkennis over zwakzinnigen of het onderzoeken van sociale redzaamheid. Daardoor werd

Is sociale redzaamheid te meten?

het materiaal met een open en onbevooroordeelde blik bekeken. Om zo objectief mogelijk te blijven, werd gebruik gemaakt van veel verschillende bronnen. De bronnen werden bekeken vanuit verschillende perspectieven en ook op die manier geïnterpreteerd.

Is sociale redzaamheid te meten?

4. Een product van de context: de invloed van verschillende factoren op de SRZ

In de handleiding van de SRZ schreven Kraijer en Kema (1972) dat de beoordeling van de sociale redzaamheid bij zwakzinnigen al ongeveer een decennium als een wenselijke aanvulling bij gedragsonderzoek zou worden gezien. Kijkend naar de veranderingen in de zwakzinnigzorg in de jaren zestig, was dat passend bij de denkwijze van die tijd.

Testen in de 19^e en 20^e eeuw

Al in de 19^e eeuw ontwikkelde Van Koetsveld twee strategieën die gezien konden worden als voorloper van de huidige classificatiemethoden (Gemert & Minderaa, 2000; Jak, 1988). Rekenen was volgens hem een goede maatstaf voor de ‘vatbaarheid van abstractie’. Dit zou gezien kunnen worden als een voorloper van de IQ test zoals die later door Binet en Simons werd ontwikkeld. Maar Van Koetsveld lette ook op de manier waarop een kind reageerde op zijn omgeving. Wanneer het kind lachend reageerde op een vriendelijke toenadering, werd verondersteld dat het kind begreep dat vriendelijkheid iets leuks was. Er werd ook gelet op non-verbale reacties van de kinderen. Daarmee werd gekeken of ze in staat waren om op een logische manier te reageren op hun omgeving. Deze toenaderingsproef kon gezien worden als een eerste opzet tot het testen van sociale redzaamheid (Gemert & Minderaa, 2000; Jak, 1988). Hierin was zelfs een mooie overeenkomst te vinden met de SRZ. Daarin werd namelijk bevraagd of de zwakzinnige taal begreep, wensen van anderen begreep en ook eigen wensen duidelijk kon maken door bijvoorbeeld te knikken of wijzen. De toenaderingsproef van de 19^e eeuw was echter nog geen officiële test. Er werd niks bijgehouden en er hing nog maar weinig vanaf. Er kwam halverwege de 19^e eeuw ook incidenteel meer aandacht voor aparte zorg voor verstandelijk gehandicapten. De meeste verstandelijk gehandicapten woonden gewoon thuis. Wanneer de verstandelijk gehandicapte toch buitenshuis woonde, verbleef deze persoon meestal in een krankzinnigengesticht of inrichting. Deze gestichten en inrichtingen maakten deel uit van psychiatrische instellingen (Gemert en Minderaa, 2000).

Aan het begin van de 20^e eeuw zorgde de publicatie van Klootsema (1904) voor een omslag door een negatief beeld van de verstandelijk gehandicapte te schetsen. Hij keerde zich tegen Van Koetsveld en stelde dat opvoeding op de achtergrond moest treden en verpleging op de

Is sociale zelfredzaamheid te meten?

voorgond. Klootsema maakte onderscheid tussen idioten, imbecielen en debielen. Idioten achtte hij niet voor ontwikkeling vatbaar. Bij imbecielen was het nog mogelijk om essentiële sociale vaardigheden aan te leren. Voor de debielen zou eventueel aangepast onderwijs nog mogelijk zijn. Deze categorisering werd tientallen jaren als richtlijn gebruikt voor het selecteren van de juiste vorm van onderwijs en om te bepalen hoeveel zorg een persoon nodig had. Zo waren de idioten bijvoorbeeld compleet afhankelijk van verpleging, tegenover de debielen die enige vorm van zelfredzaamheid hadden (Gemert en Minderaa, 2000; Klootsema, 1904). Het classificeren van de zwakzinnigen gebeurde echter zonder objectieve test. Er werd afgegaan op de expertise en de meningen van de professionals die met de zwakzinnigen werkten. Zij bepaalden wie ze als idioot, imbeciel of debiel classificeerden en zij keken dus ook zelf naar hoe zelfredzaam ze de zwakzinnigen achtten (Gemert en Minderaa, 2000; Klootsema, 1904). Er was toen dus nog geen sprake van een test om de zelfredzaamheid van zwakzinnigen te meten.

Ontwikkelingen na de Tweede Wereldoorlog

Na de Tweede Wereldoorlog veranderde dit beeld enigszins. Er werd ongenoegen geuit over het onderwijsaanbod voor imbecielen en het gebrek daaraan voor debielen. Er was veel vraag naar passend onderwijs voor zowel imbecielen als debielen (Gemert en Minderaa, 2000). Het Koninklijk Besluit van 1949 introduceerde het begrip 'differentiatie' en er werden zeven categorieën buitengewone scholen onderscheiden. Hierdoor kregen imbecielen en debielen elk hun eigen school. Schoolarts Herderschee ontwikkelde hiervoor testen en werkte samen met kinderpsychiater Hart de Ruyter, die grensgevallen onderzocht tussen zwakbegaafdheid (hier vielen de imbecielen onder) en debiliteit. Er kwam dus langzaamaan meer aandacht voor testen en classificatie. Deze testen gingen echter meer over de intelligentie van de zwakzinnigen en niet zozeer over de zelfredzaamheid. Daarvoor werd nog steeds afgegaan op de kennis van de professionals (Gemert en Minderaa, 2000).

Toch bleef het leven in de inrichtingen de eerste tien jaar na de oorlog nog grotendeels hetzelfde. Bewoners leefden in grote groepen van ongeveer 60 mensen op slaapzalen en dagzalen. Mannen en vrouwen leefden apart en werden gescheiden door een groot hek. Ook om de inrichting zelf stond een groot hek. Bewoners leefden op deze manier geïsoleerd van de buitenwereld en zelfs het contact met ouders en familie was minimaal (Gemert & Minderaa, 2000). Zoals al eerder genoemd was er veel aandacht voor verpleging. Hygiëne was ook een belangrijk aandachtspunt

Is sociale redzaamheid te meten?

uit angst voor TBC. Van dagbesteding – zoals we dat tegenwoordig kennen – was toen nog geen sprake (Gemert & Minderaa, 2000; Jak, 1988). Hoewel er dus in de denkwijze weinig veranderde, kwamen er rond 1955 wel ontwikkelingen die leidden tot vernieuwing van de zorg. Nieuwe medische ontdekkingen over verstandelijke handicaps waren hier de oorzaak van. Voorheen werd een verstandelijke beperking vooral gezien als een straf van God of als ziekte van de armen. Maar later werden stofwisselingsstoornissen ontdekt, beschadigingen van de foetus in de baarmoeder en rond 1960 zelfs chromosomale afwijkingen. Een verstandelijke beperking was nu niet meer beperkt tot de armen maar ook welgestelde families kon dit overkomen. Dit was een groot omslagpunt. De aandacht ging nu niet meer uit naar het sociale milieu, maar naar het lichaam. Zwakzinnigheid was niet langer de schuld van tekortkomingen van ouders, maar een lichamelijk defect (Gemert & Minderaa, 2000).

Na de oorlog was er een groot tekort aan inrichtingsplaatsen en waren er lange wachtlijsten. Er werden daarom veel nieuwe inrichtingen bij gebouwd en reeds bestaande inrichtingen werden uitgebreid. Zoals eerder genoemd was de denkwijze in die tijd niet veranderd en lag het accent op verplegen en door overvolle inrichtingen en personeelstekorten brachten sommige bewoners zelfs de hele dag in bed door. De wachtlijsten bleven oplopen en er verschenen negatieve berichten over kwalitatieve tekortkomingen in de inrichtingen (Van Gelder en Gorter, 1993). Maar naast de nieuwbouw en uitbreiding van de inrichtingen, ontstond – mede door de nieuwe medische ontdekking zoals in de vorige paragraaf beschreven en de negatieve berichten – iets nieuws: ouderverenigingen. In 1952 ontstond de eerste oudervereniging. In de loop der jaren kwamen er steeds meer verschillende ouderverenigingen bij en in 1964 werden deze gebundeld in de ‘Federatie van Ouderverenigingen’. Vanaf de jaren zestig kregen de ouderverenigingen een duidelijke invloed op het beleid (Gemert & Minderaa, 2000).

Naast al deze ontwikkelingen – de nieuwe medische inzichten, de negatieve berichten en de opkomst van ouderverenigingen – ontstond ook een nieuwe gezinsideologie. Er werden hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van het gezinsleven. Een gehandicapt kind zou de kwaliteit van dat gezinsleven naar beneden kunnen halen, waardoor het kind liever geplaatst werd in een inrichting (Gemert & Minderaa, 2000). Bij de overvolle inrichtingen was echter geen plek meer en één van de ouderverenigingen richtte in 1962 een vakantievoorziening op. De voorziening was bedoeld als een vakantie-opvang maar door de grote tekorten in de inrichtingen, werd het uiteindelijk ook

Is sociale redzaamheid te meten?

een langdurige opvang. Deze vakantievoorzieningen waren de voorlopers van de Gezinsvervangende Tehuizen (GVT's) in 1969.

Vanaf 1955 kwam de zwakzinnigenzorg dus echt in een stroomversnelling. In 1970 waren er al 269 GVT's, waarvan veel ook nog een dependance hadden (Gemert & Minderaa, 2000). Zoals inmiddels bekend, waren de inrichtingen grootschalige verblijfsplaatsen en leefden de bewoners geïsoleerd van de buitenwereld. De GVT's waren veel kleinschaliger, meer sociaal georiënteerd en lagen meer aan de rand van een dorp of stad. De financiering voor de GVT's kwam uit de Algemene Bijstands Wet. De bijbehorende dependances waren nog kleinschaliger en geschikt voor vier tot zes personen. Deze kleinschalige woonvorm was nog meer geïntegreerd en lag vaak midden in woonwijken. De dependances kunnen gezien worden als de voorloper van het begeleid zelfstandig wonen. De focus kwam steeds meer te liggen op deelnemen aan de maatschappij en zelfredzaamheid. Daarnaast werden ook sociale werkinrichtingen opgezet waar deze bewoners aan het werk konden gaan (Gemert en Minderaa, 2000; Van Gelder & Gorter, 1997). Door al deze ontwikkelingen werd de vraag naar geschikte testen steeds groter. Er was in de GVT's namelijk niet genoeg ruimte om alle zwakzinnigen te plaatsen. Er moest ergens een grens worden gesteld wie wel en wie niet geplaatst konden worden. De zwakzinnigen die in een GVT mochten wonen, moesten wel de capaciteiten beschikken om – op een aangepaste manier – deel te nemen aan de maatschappij. Het werd in die tijd dus belangrijk om te “meten” wie daarvoor zelfredzaam genoeg was of de potentie had om zelfredzaam genoeg te worden (Gemert en Minderaa, 2000). Dit loopt gelijk met het tijdpad dat Kraijer en Kema (1972) schetsten in hun handleiding van de SRZ, waarin ze zeiden dat het kunnen beoordelen van zwakzinnigen al ongeveer sinds de jaren '60 als een belangrijke toevoeging gezien werd.

Onderzoek en testen

Naast al deze ontwikkelingen groeide ook de aandacht voor wetenschappelijk en klinisch onderzoek, diagnose en behandeling. Het vertrouwen in wetenschappelijke methoden nam toe en er werden steeds meer testen uitgevoerd (Canales & Polengi, 2019; Lawn, 2020). De aandacht lag nog steeds vooral op intelligentietesten, waarbij het doel was om mentale afwijkingen – en dus zwakzinnigheid – op te sporen (Mülberger, 2020). Echter werd het dus ook steeds belangrijker om de zelfredzaamheid te beoordelen door de komst van de GVT's. Daarbij was standaardisatie van het proces erg belangrijk (Gemert en Minderaa, 2000; Lawn, 2020). Daarvoor

Is sociale redzaamheid te meten?

vond men grote inrichtingen nodig in plaats van de kleinschalige GVT's en dependances. In de grote inrichtingen waren namelijk voldoende verschillende soorten bewoners om te onderzoeken. Er bleven dus ook nog steeds meer inrichtingen bij komen. Ondanks dat, waren er nog steeds grote zorgen over het plaatsgebrek en er moest iets gedaan worden om de groei in bedwang te houden. Er werd daarom ook veel verwacht van onderzoek, diagnose en behandeling. Voor zulke onderzoeken waren psychologen en pedagogen nodig en in 1960 kwamen de eerste gedragswetenschappers in beeld (Gemert & Minderaa, 2000). Ze kregen al snel belangrijke posities en werden soms zelfs directeur van inrichtingen. De inspectie stelde in die tijd hoge eisen en inrichtingen werden gedwongen om te moderniseren. Dit leidde ertoe dat de zwakzinnigen steeds meer in aparte inrichtingen kwamen, waardoor de zwakzinnigen werden gescheiden van de psychiatrische afdelingen. Al deze veranderingen kregen in de loop van de jaren zestig steeds meer invloed op het leven van de bewoners. De gedragswetenschappers kwamen eerst voornamelijk in beeld voor onderzoek maar langzamerhand gingen ze zich ook steeds meer bezighouden met het gedrag en de ontwikkelingsmogelijkheden van de bewoners. Er werd voorzichtig geprobeerd om gedragstherapie toe te passen en er werd gebruik gemaakt van straf en beloning om de bewoners te conditioneren. Daarnaast werd ook hoog ingezet op het vergroten van de zelfredzaamheid. Bewoners werden bijvoorbeeld aangeleerd om zichzelf aan te kleden of zelf te eten (Gemert & Minderaa, 2000; Van Gelder & Gorter, 1997). Ook deze ontwikkelingen lopen weer gelijk met het tijdpad zoals die geschetst werd door Kraijer en Kema (1972). Er werd hoog ingezet op het vergroten van de zelfredzaamheid, maar een test om die zelfredzaamheid te meten was er echter niet. Men bleef dus afhankelijk van de (subjectieve) mening van de professionals die met de zwakzinnigen werkten.

De enorme groei van de inrichtingen hing ook samen met de introductie van de Algemene Bijstandswet in 1965 en met name de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1967. Voor die tijd gold namelijk de Armenwet van 1854 waarbij vergoeding voor inrichtingen alleen mogelijk was wanneer geen enkel ander familielid de kosten kon betalen. Vanaf 1967 werden de inrichtingsplaatsen dus betaald vanuit de AWBZ, waardoor iedere zwakzinnige recht had op een vergoeding ongeacht het inkomen van de familie. GVT's vielen pas vanaf 1976 onder deze wet. Met de komst van de AWBZ werd de groei van de inrichtingen dus ondersteund. Zo waren er in 1960 ongeveer 10.000 inrichtingen, in 1970 al 18.000 en in 1988 zelfs 27.653 (Gemert en Minderaa, 2000).

Is sociale redzaamheid te meten?

Kritiek

Maar rond dezelfde tijd, vanaf 1971, kwam ook meer wetenschappelijke kritiek op de inrichtingen. Zoals inmiddels bekend waren de inrichtingen gebouwd op afgelegen plekken, buiten de samenleving en leefden de bewoners dus afgezonderd van de rest van de maatschappij. Verschillende sociologen stelden dat de zwakzinnigen hierdoor ontmenselijkt werden. Ze stelden dat je gek wordt gemaakt als je als gek wordt behandeld en dat was precies wat er volgens hen in de instellingen gebeurde (Gemert & Minderaa, 2000). Ze probeerden er een oplossing voor te bedenken en het hele idee werd omgedraaid: als zwakzinnigen in de gelegenheid gesteld zouden worden om normaal te leven, zouden ze zich ook normaal gaan gedragen. Maar er was niet alleen kritiek op de afzondering van de zwakzinnigen. Ook de onderzoeken en testen die toen werden gebruikt door de gedragswetenschappers werden bekritiseerd. Men was steeds meer van mening dat zwakzinnigen meer zichzelf moesten kunnen zijn en het veelvuldig testen zou dit in de weg staan. Men wilde meer maatschappelijke integratie (Gemert & Minderaa, 2000).

Al deze kritieken leidden tot een nieuwe visie. Er moest niet meer gesleuteld worden aan de zwakzinnigen maar ze moesten de ruimte krijgen om zichzelf te kunnen zijn. Daarvoor waren de inrichtingen natuurlijk te groot en onpersoonlijk en ze werden ongeschikt voor deze nieuwe visie. Er werd geprobeerd om zwakzinnigen en “normale” mensen bij elkaar te laten leven. Op de terreinen van de inrichtingen werden daarom woonruimtes gebouwd voor “normale” mensen. Op deze manier moest het isolement voor de zwakzinnigen doorbroken worden (Gemert & Minderaa, 2000). Dit experiment bleek niet te werken en er ontstonden veel conflicten tussen de zwakzinnigen, verplegers, medewerkers en andere bewoners. Deze aanpak werkte dus niet, maar het heeft wel veel teweeggebracht. In de jaren 70 en 80 veranderde er veel in de zwakzinnigenzorg. Het Landelijk Ouderberaad Moderne Zwakzinnigenzorg werd opgericht. Zij adviseerden aan de regering om voortaan de voorkeur te geven aan kleinschalige voorzieningen waar de focus lag op normalisatie, integratie, zelfredzaamheid en deelnemen aan de maatschappij. De regering heeft de adviezen ter harte genomen (Gemert & Minderaa, 2000). De komst van de SRZ leek dan ook een welkome toevoeging te zijn en precies op het juiste moment te komen.

5. Het openen van de black-box

Voordat de SRZ in gebruik genomen kon worden, werden verschillende processen doorlopen. Daarbij werd duidelijk dat de SRZ geen nieuwe test was, maar een bewerking van een Amerikaanse test. Bij de vertaling van de test hebben de ontwikkelaars niet alleen wetenschappelijke overwegingen gemaakt, maar ook praktische overwegingen. In dit hoofdstuk is eerst te lezen wat die Amerikaanse test inhoudt en hoe die test is ontstaan. Vervolgens wordt ingegaan op de vertaling van die test om te kunnen voldoen aan de Nederlandse context. Tot slot wordt gekeken naar de afname, verwerking, interpretatie en toepassing van de SRZ.

Cain-Levine Social Competency Scale

In de handleiding van de SRZ benoemden Kraijer en Kema¹ dat er in Nederland al ongeveer een decennium lang behoefte was aan een test die de sociale redzaamheid bij zwakzinnigen kon beoordelen om gedragsonderzoeken aan te kunnen vullen. Alarcon (2015) beschreef in haar artikel een wereldwijde trend als het ging om het invoeren van gestandaardiseerde educatieve testen in de jaren '60 en '70. Zo werden in de meeste landen bijvoorbeeld al jarenlang gestandaardiseerde testen gebruikt bij scholen als toelatingsexamen of toelatingseis. Voor wat betreft de toelating tot imbecillenscholen (waar zwakzinnigen onder andere terecht konden) was zo'n test echter niet beschikbaar. Kraijer en Kema wilden daar graag hun bijdrage aan leveren en publiceerden daarvoor de SRZ.²

Om de SRZ te kunnen ontwikkelen, hebben Kraijer en Kema verschillende stappen doorlopen. Ze gingen op zoek naar een test die de sociale redzaamheid bij zwakzinnigen in Nederland zou

¹ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 3-21

² Ibidem, p. 3

Is sociale redzaamheid te meten?

kunnen meten. Zij stelden een aantal eisen aan een dergelijke test.³ Zo moest de test toepasbaar zijn voor de Nederlandse populatie en Nederlandse situaties. Zelfredzaamheid zou in verschillende landen immers verschillende zaken kunnen omvatten. Daarnaast moest de test specifiek bruikbaar zijn voor zwakzinnigen. Zwakzinnigen ontwikkelden zich volgens een andere ontwikkelingslijn dan niet-zwakzinnigen. Zelfredzaamheid voor zwakzinnigen kon dan ook iets ander betekenen dan zelfredzaamheid voor niet-zwakzinnigen. Tot slot wilden ze dat de test een basis zou zijn voor een verantwoorde werkwijze waarbij zwakzinnigen gecategoriseerd konden worden aan de hand van zelfredzaamheid.

Het vinden van een schaal die aan de eisen van de ontwikkelaars voldeed, bleek geen gemakkelijke opgave. Geen enkele test leek aan de eisen te voldoen. Er werd uiteindelijk genoeg genomen met een test die volgens Kraijer en Kema het minst slecht aan de eisen voldeed:⁴ de Cain-Levine Social Competency Scale van Leo F. Cain, Samuel Levine en Freeman F. Elzey.⁵ Het werd in de handleiding echter niet duidelijk hoeveel en welke andere testen Kraijer en Kema bekeken en overwogen hadden. De keuze voor een test uit Amerika leek echter geen toeval te zijn. In de tweede helft van de twintigste eeuw werden de westerse landen in de Koude Oorlog geleid door de Verenigde Staten. Er werd in die tijd veel geleund op de invloeden uit Amerika. De Amerikaanse wetenschap was dominant en er werd enorm geïnvesteerd vanuit Amerika om wetenschappelijke kennis te promoten in de vrije westerse wereld. Dit zou een goede reden kunnen zijn voor Kraijer en Kema om een test van Amerikaanse bodem te kiezen.

In 1963 werd de Cain-Levine Social Competency Scale gepubliceerd en in gebruik genomen in Amerika. De test was vanuit behavioristisch oogpunt ontwikkeld en dus vooral gericht op gedrag. Sociale competentie werd door de ontwikkelaars in grote lijnen gedefinieerd als de ontwikkeling

³ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 3

⁴ Ibidem, p. 3

⁵ ADNG. 27. Cain, L. F., Levine, S., & Elzey, F. F. (1963). *Manual for the Cain-Levine Social Competency Scale.*

Is sociale redzaamheid te meten?

van aangeleerde vaardigheden die het kind uiteindelijk in staat stellen zelfredzaamheid en sociaal bijdragend gedrag te bereiken.⁶ Om deze vaardigheden te kunnen meten, stelden Cain en Levine een schaal op. De items in de schaal vormden een representatief voorbeeld van gedrag dat volgens de ontwikkelaars belangrijk is bij het evalueren van de sociale competentie van verstandelijk gehandicapte kinderen van 5 tot 13 jaar.⁷

De schaal is tot stand gekomen door een analyse van alle belangrijke leerplangidsen die waren ontwikkeld door scholen en instellingen voor zwakzinnige kinderen. Er zijn door de ontwikkelaars ook veel gesprekken gevoerd met professioneel personeel, die allemaal veel ervaring hadden met verstandelijk zwakzinnige kinderen en gesprekken met ouders van zwakzinnige kinderen.⁸

Voordat de schaal in gebruik werd genomen, werd deze eerst getest. Voor de eerste test van de schaal waren er vier subschalen: Self Help, Quality, Responsibility en Social Skills. De vragen werden ondergebracht onder de juiste schaal. Vervolgens werden de vragen gehusseld en werd aan professionals gevraagd om de vragen bij de juiste schaal te zetten. Bij elke vraag gold: wanneer 70% van de professionals het juist had, werd de vraag aangenomen. Wanneer de meerderheid een vraag onderbracht bij een andere schaal, werd de vraag verplaatst naar die schaal. Vragen waar geen consensus over was, werden herschreven of helemaal verwijderd. Bij de eerste test had de schaal 70 vragen. Na de eerste ronde en het herschrijven en verwijderen van

⁶ ADNG. 27. Cain, L. F., Levine, S., & Elzey, F. F. (1963). *Manual for the Cain-Levine Social Competency Scale*. p. 1

⁷ Ibidem, p. 1

⁸ Ibidem, p. 7

Is sociale redzaamheid te meten?

vragen, bleven er 60 vragen over voor de tweede test. Zo bleven er uiteindelijk 44 vragen over die werden verdeeld onder de subschalen Self help, Initiative, Social Skills en Communication.⁹

Vertaling

Voordat de schaal in Nederland gebruikt kon worden, moesten aanpassingen worden gedaan zodat de test voldeed aan de eisen van de ontwikkelaars en de Nederlandse context. In de handleiding beschreven Kraijer en Kema dat ze bedenkingen hadden ten opzichte van de relevantie van sommige items met betrekking tot de Nederlandse situatie. Ze hadden ook het idee dat enkele items weinig bijdroegen tot meer informatie door overlap met andere items.¹⁰ In 1968 hebben Kraijer en Kema hulp gekregen van het Instituut voor Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen om te onderzoeken wat aangepast moest worden zodat de schaal gebruikt kon worden in de Nederlandse context. Allereerst was het doel om normen op te stellen voor het gebruik bij Nederlandse Zwakzinnigen. Een ander doel was om het toepassingsgebied van de oorspronkelijke schaal uit te breiden zodat het toepasbaar zou zijn bij kinderdagverblijven, imbecillenscholen en inrichtingen voor kinderen van 4 tot en met 19 jaar.¹¹ De originele schaal was bedoeld voor kinderen van 5-13 jaar. De ontwikkelaars wilden de schaal aan de onderkant uitbreiden simpelweg omdat kinderen in Nederland vanaf een leeftijd van 4 jaar naar school gingen. Dit was dus een praktische overweging. De ontwikkelaars wilden de schaal aan de bovenkant uitbreiden omdat bij kinderen vanaf ongeveer 15 jaar de ontwikkelingscurve vlakker ging lopen. De maximale score van de schaal werd echter door geen enkele persoon bereikt.¹²

⁹ ADNG. 27. Cain, L. F., Levine, S., & Elzey, F. F. (1963). *Manual for the Cain-Levine Social Competency Scale*. p. 7

¹⁰ Ibidem, p. 3

¹¹ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 3

¹² Ibidem, p. 18

Is sociale redzaamheid te meten?

Volgens Kraijer en Kema is de SRZ nog maar in beperkte mate gelijk gebleven aan de oorspronkelijke schaal door het aanpassen aan de Nederlandse context.¹³ Van de 44 vragen vielen er een aantal af die niet van toepassing waren of weinig toevoegden, waardoor er uiteindelijk 31 vragen overbleven. De vier subschalen bleven behouden maar enkele vragen zijn overgegaan naar andere subschalen (zie bijlage 1). Kraijer en Kema benoemden in de handleiding echter nergens waarom bepaalde vragen niet van toepassing zouden zijn. Kijkend naar de vragen die zijn geschrapt, valt dit niet direct te linken aan de context in de jaren '70 in Nederland. Onderwerpen die zijn geschrapt zijn bijvoorbeeld 'schoenen schoonmaken', 'voedsel bereiden', 'vloer vegen', 'anderen helpen' en 'de telefoon opnemen'. Het werd in de handleiding niet duidelijk waarom deze vragen niet toepasbaar zouden zijn in Nederland. In Nederland wordt immers ook voedsel bereid of de vloer geveegd. Het blijft dus gissen hoe Kraijer en Kema deze overwegingen maakten en waar deze op gebaseerd waren.

De oorspronkelijke Cain-Levine schaal was bedoeld voor zwakzinnigen van imbeciel niveau. In Nederland werd voornamelijk met imbecielen gewerkt op imbecillenscholen en kinderdagverblijven voor zwakzinnigen. In de inrichtingen woonden zwakzinnigen van verschillende niveaus. De ontwikkelaars hebben iedere inrichtingsstaf zelf laten aanwijzen welke bewoners zij 'op imbeciel functionerend niveau' achtten. Dit deden zij omdat er uiteenlopende beoordelingscriteria waren binnen de verschillende inrichtingen, waardoor een vertekend beeld zou kunnen ontstaan. Dit zijn dus praktische overwegingen geweest.¹⁴ Aan het onderzoek namen 15 kinderdagverblijven, 39 imbecillenscholen en 23 inrichtingen deel die geografisch gezien verspreid over het land lagen.

Om de betrouwbaarheid van de test te vergroten, maakten Kraijer en Kema gebruik van test-hertest. Na twee weken werd de SRZ nog een keer ingevuld door dezelfde leid(st)ers. De

¹³ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 3

¹⁴ Ibidem, p. 17

Is sociale redzaamheid te meten?

correlatie tussen de eerste en de tweede score was 0.98.¹⁵ De correlatie was erg hoog en de test zou dus betrouwbaar moeten zijn. Echter kan men zich afvragen hoe betrouwbaar de test-herstest methode is wanneer een test deels subjectief is. De test werd immers ingevuld door mensen die dicht bij de zwakzinnige stonden en hem of haar goed kenden. Het is onwaarschijnlijk dat hun beeld over die zwakzinnige binnen twee weken veranderd zou zijn. Bovendien zou de leid(st)er die de test invulde bevooroordeeld kunnen zijn. Hij of zij zou het kunnen laten lijken alsof een zwakzinnig meer of minder zelfredzaam was dan die persoon werkelijk was.

En meet de SRZ ook echt datgene wat Kraijer en Kema gemeten wilden zien? Om de validiteit te vergroten, hebben Kraijer en Kema drie ervaren inrichtingsorthopedagogen betrokken. De orthopedagogen werd gevraagd om rangnummers omtrent hun sociale redzaamheid toe te kennen aan zwakzinnige kinderen die zij goed kenden. Daarna werd onafhankelijk van de orthopedagogen bij alle zwakzinnige kinderen de SRZ afgenomen. De correlaties daarvan waren 0.60, 0.79 en 0.94.¹⁶ De eerste twee correlaties zijn hoog de derde correlatie zeer hoog. Echter kan men zich hier opnieuw afvragen in hoeverre dit de test valide maakt. De validiteit van de test berust nu immers op slechts drie personen. Voor de komst van de SRZ werd de zelfredzaamheid van zwakzinnigen beoordeeld door de mening en expertise van de professionals die met de zwakzinnigen werkten. De SRZ zou een objectieve manier moeten zijn om de zelfredzaamheid te meten zodat de zelfredzaamheid van de zwakzinnigen niet meer afhing van (subjectieve) meningen. Echter hing de validiteit van de test nu af van drie personen en hing de zelfredzaamheid van de test dus af van de (subjectieve) mening van die drie personen. Het valt te speculeren in hoeverre de test dan nog objectief te noemen is.

¹⁵ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 20

¹⁶ Ibidem, p. 21

Is sociale redzaamheid te meten?

Afname van de test

De SRZ bestond uit 31 vragen, die waren onderverdeeld in vier niveaus. De niveaus liepen op van minder naar meer zelfstandig omgaan met zichzelf, mensen en dagelijkse situaties.¹⁷

De test bestond uit vier subschalen:

- **Zelfredzaamheid**, 12 vragen die voornamelijk gaan over of de persoon zichzelf kan verzorgen, wassen, aankleden etc.
- **Taalgebruik**, 9 vragen over of de persoon zichzelf verstaanbaar kan maken, vragen kan beantwoorden etc.
- **Taakgerichtheid**, 5 vragen over of de persoon enige verantwoordelijkheid kan dragen of een taak af kan maken zoals opruimen etc.
- **Sociale gerichtheid**, 5 vragen over hoe de persoon omgaat met anderen zoals samen spelen, elkaar helpen etc.

De test bestond uit losse boekjes waar de vragen in waren genomen. De test werd niet ingevuld door de zwakzinnige zelf. Simpelweg omdat die persoon dat niet zelf kon. In plaats daarvan moest de zwakzinnige geobserveerd/beoordeeld worden door personeelsleden of verzorgers. De test kon niet afgenomen worden door onafhankelijke experts omdat deze personen geen kennis hadden van de zwakzinnige. Personeelsleden of verzorgers kenden de zwakzinnige goed en konden dus goed beoordelen of de zwakzinnige iets wel of niet kon. In de handleiding van de test stond meteen duidelijk aangegeven dat het doornemen van hoofdstukken 2.1 tot en met 2.4 noodzakelijk waren voor het afnemen van de test.¹⁸ De American Psychological Association publiceerde in 1954 *Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques* (American Psychology Association, 1954), waar de eerste aanbeveling die wordt gedaan is dat een test een handleiding nodig heeft. Derksen (2001) beschrijft dat de eerste regel

¹⁷ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 5

¹⁸ Ibidem, p. 5

Is sociale redzaamheid te meten?

die vaak in handleidingen staat geschreven is dat de handleiding strikt gevolgd moet worden. Op die manier zou de test zo objectief mogelijk moeten zijn en is de test slechts een strategie die ook toegepast kan worden door andere testers, op andere proefpersonen en situaties, met vergelijkbare resultaten.

In hoofdstukken 2.2 en 2.3 van de handleiding stonden duidelijke richtlijnen die van belang waren bij het afnemen van de test. Er stond onder andere beschreven wie de test kon afnemen, hoe een gesprek kon verlopen en hoe de test ingevuld moest worden.¹⁹ Voor inrichtingen werd door de ontwikkelaars aanbevolen dat tenminste twee goed geïnstrueerde personeelsleden de test gezamenlijk moesten invullen. Zij moesten het kind goed kennen en weten hoe het kind zich gedroeg in de dagelijkse omgang. Voor kinderdagverblijven voor zwakzinnigen en imbecillenscholen werd aangeraden om de informatie te verkrijgen in een gesprek met moeder of beide ouders van het kind. Het gesprek zou geleid moeten worden door iemand die ervaring heeft in het omgaan met ouders van zwakzinnige kinderen. Deze persoon zou zich goed kunnen inleven in de situatie en alle gevoelens die daarbij komen kijken. Maar daarnaast moest de persoon die het gesprek zou leiden ook zorgvuldig kennis hebben genomen van de test en instructies.²⁰

Het afnemen van de test gebeurde dus door middel van observaties en/of gesprekken. De ontwikkelaars gaven instructies mee over het voeren van zo'n gesprek. Het gesprek werd namelijk gestuurd door de 31 vragen van de test. De vragen moesten enigszins worden ingeleid maar waren ook zo gerangschikt dat er volgens de ontwikkelaars een redelijk vloeiend gesprek op gang zou moeten komen.²¹ Volgens de ontwikkelaars was het van belang om te bevragen wat het kind thuis *doet* in plaats van wat het kind *kan*. Hierdoor werden waardeoordelen over het kind vermeden en werden ouders niet veelvuldig gewezen op het feit dat hun kind achter zou lopen.

¹⁹ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 6

²⁰ Ibidem, p. 6

²¹ Ibidem, p. 6

Is sociale redzaamheid te meten?

Dit om te voorkomen dat ouders zouden denken dat zij tekort waren geschoten in de opvoeding van hun kind. Het gesprek en dus ook het onderzoek zouden daardoor negatief beïnvloed kunnen worden.²²

Opvallend is dat de ontwikkelaars in de handleiding hebben toegevoegd dat de test dus afgenomen moest worden door leidsters, onderwijzers, maatschappelijk werkers etc. maar de interpretatie mocht enkel door een psycholoog of orthopedagoog gedaan worden om de objectiviteit te bewaken.²³ Derksen (2001) beschrijft dat een zekere mate van objectiviteit gecreëerd wordt wanneer een test wordt afgenomen door professionals. Een test laten uitvoeren door personen die dichterbij de geobserveerde staan en hem/haar goed kennen, zou zorgen voor vertrouwdsheid en de toets in feite ongeldig maken doordat de objectiviteit niet meer gewaarborgd kan worden. Echter zou deze test volgens de ontwikkelaars juist onbetrouwbaar zijn wanneer een onafhankelijke professional de test zou afnemen in een aparte ruimte. Deze test kon niet zonder de observaties van vertrouwde personen.

Verwerking, interpretatie en toepassing

Sinds het einde van de 19^e eeuw was er door de opkomst van nieuwe wetenschappelijke technieken al een toename in het testen van kinderen. Het vertrouwen in wetenschappelijke methoden nam toe, waardoor massaal testen steeds meer werd ingevoerd (Canales & Polengi, 2019; Lawn, 2020). Er was vooral veel aandacht voor intelligentietesten. Daarbij was het doel vaak om mentale afwijkingen (zwakzinnigheid) op te sporen (Mülberger, 2020). Het was echter steeds noodzakelijker om de verschillen binnen de zwakzinnigheid te classificeren.²⁴ Met de komst van de GVT's in de jaren '60 - waar het doel was om zelfstandigheid en zelfredzaamheid te bevorderen - werd het kunnen beoordelen van zelfredzaamheid ook veel belangrijker (Gemert

²² ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen*, S.R.Z. p. 6

²³ Ibidem, p. 15

²⁴ Ibidem, p. 3

Is sociale redzaamheid te meten?

en Minderaa, 2000). Doordat er al veel aandacht was voor intelligentietesten en er ook massaal werd getest, was standaardisatie van het proces erg belangrijk om alles zo efficiënt mogelijk te laten verlopen.²⁵ Door het ontwikkelen en invoeren van gestandaardiseerde vragen en het toevoegen van normeringstabellen, werden de testen zo efficiënt en objectief mogelijk (Lawn, 2020). De handleiding was daarvoor van groot belang. Daarin werd de test beschreven en in detail uitgelegd in een poging om de test zo betrouwbaar en objectief mogelijk te maken (Lawn, 2020).

In de handleiding van de SRZ waren deze invloeden goed terug te zien. Zoals al eerder vermeld, stond in de handleiding meteen duidelijk aangegeven dat het doornemen van hoofdstukken 2.1 tot en met 2.4 noodzakelijk waren voor het afnemen van de test.²⁶

Daarnaast stond in de handleiding precies beschreven hoe het gesprek voor het afnemen van de test geopend kon worden en verder moest verlopen. Zo stond er in de handleiding de voorbeeldzin: “Ik zou graag willen weten hoe ... thuis is, wat hij/zij daar zoal doet. We zullen maar van start gaan met het begin van de dag, het aankleden. Hoe gaat dat?” Vervolgens stond ook beschreven hoe de overgangen naar de verschillende vragen zouden moeten verlopen.²⁷

De test bestond uit 31 vragen waarbij de antwoordmogelijkheden waren verdeeld over vier niveaus. De testafnemer werd geacht om te kijken welk niveau het best bij het kind zou passen en moest daarbij het bijbehorende cijfer noteren. Bij het invullen was het de bedoeling om één niveau te kiezen. Mocht er twijfel zijn over welk niveau van toepassing was, moest worden ingevuld welk niveau het beste past of het minst slecht past.²⁸ Voor enkele vragen stonden echter

²⁵ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 6

²⁶ Ibidem, p. 5

²⁷ Ibidem, p. 6

²⁸ Ibidem, p. 7

Is sociale redzaamheid te meten?

ook extra instructies beschreven omdat het kiezen van het juiste niveau enige twijfel zou kunnen verschaffen. Een voorbeeld hiervan staat hieronder beschreven.

Vraag 1. AANKLEDEN

1. Kan geen enkel kledingstuk aantrekken.
2. Kan de meeste kleren aantrekken; kan een rits dichtdoen, kan geen knopen vastmaken.
3. kan de meeste kleren aantrekken, kan knopen vastmaken, maar nog geen schoenen.
4. kleedt zich geheel zelf aan, kan ook schoenen aandoen en vastmaken.

*Een rist of knoop op de rug behoeft niet gesloten te kunnen worden, ook niet om aan de eisen van niveau 4 te voldoen.*²⁹

De ontwikkelaars benoemden ook nogmaals dat voorkennis van de test een belangrijke voorwaarde was voordat de test werd afgenomen. Wanneer de testafnemer van tevoren niet zou weten wat de aanvullingen bij sommige vragen waren, werd het volgens de ontwikkelaars lastig om de test achteraf nog goed in te vullen of bij te stellen.³⁰

Vervolgens werd uitgelegd dat alle punten die behaald waren opgeteld dienden te worden. De eindoptelling daarvan kon worden omgezet in gestandaardiseerde scores met een bereik van 3 tot en met 9. Achter in de handleiding waren hiervoor normtabellen te vinden. Daarnaast kon ook de SRZ-CIRKEL ingevuld worden aan de hand van de behaalde scores. Deze cirkel gaf visuele steun bij het opstellen van een opvoedkundig (behandel)plan.³¹

In hoofdstuk 2.4 van de handleiding werd uitgelegd hoe de testresultaten geïnterpreteerd konden worden. Zoals in de vorige alinea al werd uitgelegd, werden de punten omgezet in gestandaardiseerde scores van 3 tot en met 9. Daarbij was de score 6 het gemiddelde. Iedere score

²⁹ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen*, S.R.Z. p. 7-8

³⁰ Ibidem, p. 10

³¹ Ibidem, p. 11

Is sociale redzaamheid te meten?

die boven of onder het gemiddelde uitkwam, betekende een afwijking.³² De ontwikkelaars namen een vuistregel op in de handleiding:

Schema 2: Niveaubepaling

Gestandaardiseerde score	Sociale redzaamheidsniveau
8-9	Hoog-imbeciel functionerend
6-7	Midden-imbeciel functionerend
3-5	Laag-imbeciel functionerend

Daarbij gaven de ontwikkelaars aan dat wanneer een kind een score van 9 behaalde, er rekening mee moest worden gehouden dat het kind hoger dan op imbeciel niveau functioneerde. De ontwikkelaars benadrukten dat alleen het afnemen van de SRZ niet voldoende was voor een niveaubepaling. Er werden namelijk slechts enkele gedragsfacetten belicht. De SRZ kon volgens de ontwikkelaars echter wel een belangrijke bijdrage hieraan leveren naast bijvoorbeeld een intelligentieonderzoek, sociaal-emotioneel onderzoek en/of didactische gegevens.³³

Zelfredzaamheid was door de komst van de SRZ nu te meten. Kwalitatieve eigenschappen werden omgezet in een kwantitatieve schaal. Volgens Kraijer en Kema had dit verschillende voordelen. De SRZ kon volgens de ontwikkelaars gebruikt worden voor verschillende doeleinden. Zo kon het helpen om beslissingen te maken over een toelating binnen kinderdagverblijven, imbecillenscholen of inrichtingen. Door middel van de gestandaardiseerde scores, kon gekeken worden op welk sociaal redzaamheidsniveau de zwakzinnige functioneerde. Scholen of inrichtingen konden op die manier bepalen of de zwakzinnige binnen de instelling zou passen. Daarnaast kon de SRZ ook inzichten bieden bij het opstellen van verschillende soorten (behandelings)plannen. Aan de hand van de uitkomsten konden aanbevelingen worden

³² ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 14-15

³³ Ibidem, p. 14-16

Is sociale redzaamheid te meten?

gedaan voor het te bereiken doel. Op die manier kon bijvoorbeeld gericht geoefend worden met een bepaalde vaardigheid. Tot slot kon de SRZ volgens Kraijer en Kema een bijdrage leveren aan de diagnostiek wanneer het gebruikt werd in combinatie met bijvoorbeeld een intelligentietest. Het zou volgens hen goed zijn om verschillende soorten testen te gebruiken bij diagnostiek. Daardoor zou een zo breed mogelijk beeld van de zwakzinnige ontstaan en zou de zwakzinnige op de best mogelijke plek geplaatst kunnen worden.³⁴

³⁴ ADNG. 366. Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, S.R.Z.* p. 16

6. Conclusie

In deze master thesis is onderzocht hoe de SRZ werd ontwikkeld in de jaren '70 en hoe dat het begrip 'sociale redzaamheid' heeft veranderd in de dienstverlenende praktijken. Er is daarbij gekeken welke sociale en maatschappelijke gebeurtenissen een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van de test. Daarnaast is de handleiding van de test onder de loep genomen. Wat werd eigenlijk verstaan onder sociale redzaamheid? En hoe is dat begrip een meetbare eigenschap geworden? De onderzoeksvraag die hierbij centraal stond was: *“Welke rol speelde de introductie van de SRZ in de jaren zeventig van de twintigste eeuw bij het op een wetenschappelijke manier invulling geven aan sociale redzaamheid?”* Het onderzoek is gedaan vanuit het perspectief van Science, Technology and Society studies (STS). Daarbij is het belangrijk dat de wetenschap en de maatschappij niet los van elkaar staan maar met elkaar verbonden zijn. Wetenschap is verweven met sociale, politieke en economische contexten. De belangrijkste punten uit het onderzoek zullen in dit hoofdstuk nogmaals worden samengevat.

De eerste deelvraag richtte zich op de sociale en maatschappelijke gebeurtenissen die mogelijk een rol speelden bij de ontwikkeling van de SRZ. Het onderzoek toont aan dat de ontwikkeling van de test en de sociale en maatschappelijke gebeurtenissen in die tijd wel degelijk met elkaar verbonden waren. In de handleiding van de SRZ schreven Kraijer en Kema in 1972 dat de beoordeling van sociale redzaamheid bij zwakzinnigen reeds een decennium lang als een wenselijke aanvulling werd gezien bij gedragsonderzoek. Kijkend naar de maatschappelijke veranderingen in de zwakzinnigenzorg in die tijd is dat erg aannemelijk. Halverwege de 19^e eeuw kwam er al enige aandacht voor de zwakzinnigenzorg. De zorg was echter vooral gericht op verpleging. Na de Tweede Wereldoorlog veranderde dit enigszins. Er werden testen ontwikkeld waardoor er meer gedifferentieerd kon worden en zwakzinnigen zelfs enige vorm van onderwijs konden krijgen. Classificatie werd steeds meer zichtbaar. Rond 1960 ontdekte men voor het eerst de chromosomale afwijkingen bij zwakzinnigen. De zwakzinnigenzorg kwam in een stroomversnelling. Niet alleen door de nieuwe medische ontdekking maar ook door de rol van ouders. Er werden ouderverenigingen opgericht die ook steeds meer een duidelijke invloed kregen op het beleid van de zwakzinnigenzorg. Het waren ook de ouders die de zaken graag anders wilden zien. Ze wilden geen focus meer op verpleging maar ze wilden hun kinderen onderdeel laten zijn van de maatschappij. Kraijer en Kema hadden dus gelijk dat er al een

Is sociale redzaamheid te meten?

decennium lang vraag was naar het meten van sociale redzaamheid. De ouderverenigingen hebben hier een grote rol in gespeeld. Er werden Gezinsvervangende Tehuizen (GVT's) en bijbehorende dependances opgericht. De zorg werd kleinschaliger en er kwam steeds meer aandacht voor het individu. Door de kleinschaligheid en individuele aanpak was er veel belangstelling voor de GVT's. Zoveel zelfs, dat er niet genoeg plekken voor iedereen waren. Er moesten daarom keuzes gemaakt worden wie wel en wie niet in zo'n GVT geplaatst kon worden. Daarbij werd goed gekeken naar of de zwakzinnige over de capaciteiten beschikte om – al dan niet in een aangepaste vorm – deel te nemen aan de maatschappij. Bovendien groeide in die tijd ook de aandacht voor wetenschappelijk onderzoek. Waar eerst de nadruk lag op intelligentietesten, werd nu echter ook het meten van zelfredzaamheid belangrijk zodat de zwakzinnigen op de juiste plek terechtkwamen. Naast deze sociale en maatschappelijke invloeden, speelde ook de politiek een rol. Door het invoeren van de Algemene Bijstandswet in 1965 en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1967 had iedere zwakzinnige het recht op een vergoeding. Voor die tijd gold de Armenwet van 1854 waarbij vergoeding alleen mogelijk was wanneer de familie niet meer genoeg vermogen had. Met de komst van de AWBZ werd de groei van de inrichtingen en de GVT's enorm ondersteund. De inrichtingen en GVT's waren nu een plek voor iedere zwakzinnige, ongeacht het vermogen van de familie. Steeds meer zwakzinnigen werden aangemeld en de vraag naar classificatie – en dus ook het testen van sociale redzaamheid – werd steeds groter.

De tweede deelvraag richtte zich op het construct 'sociale redzaamheid'. Hoe werd sociale redzaamheid gedefinieerd in het onderzoek? Wat tijdens het onderzoek meteen opviel, is dat Kraijer en Kema in hun handleiding van de SRZ geen definitie gaven van sociale redzaamheid. Er is dus geen duidelijk antwoord te geven op de vraag hoe sociale redzaamheid gedefinieerd werd. Dat is opvallend, want hoe meet je een construct waarvan de definitie niet duidelijk is? De SRZ was een bewerking van de oorspronkelijke Cain-Levine Social Competency Scale. Ook in de oorspronkelijke test werd het begrip niet gedefinieerd. Door het ontbreken van een definitie, werd de test zelf een definiërend instrument. De vragen van de SRZ waren onderverdeeld in vier subschalen: zelfredzaamheid, taalgebruik, taakgerichtheid en sociale gerichtheid. Het is aannemelijk dat die vier subschalen samen het construct 'sociale redzaamheid' vormden.

Is sociale redzaamheid te meten?

De derde deelvraag richtte zich op hoe sociale redzaamheid geconstrueerd werd als een meetbare eigenschap. De SRZ bestond uit 31 vragen die waren onderverdeeld in vier subschalen (zelfredzaamheid, taalgebruik, taakgerichtheid en sociale gerichtheid). De test werd ingevuld door onder andere ouders, verzorgers en leidsters. Na afname van de test konden gedragswetenschappers de gescoorde punten omzetten in gestandaardiseerde scores met behulp van de normtabellen achter in de handleiding. Het bereik van de gestandaardiseerde scores ging van 3 tot en met 9, waarbij een score van 6 het gemiddelde was. Alle scores die boven of onder het gemiddelde uitkwamen, konden gezien worden als een afwijking. De zwakzinnigen kregen op deze manier dus een cijfer voor hun zelfredzaamheid. Na het bepalen van de gestandaardiseerde score, kon de SRZ-CIRKEL ingevuld worden. Door middel van de SRZ-CIRKEL werd de behaalde score visueel gemaakt. Door de cirkel te bestuderen, kon men ook zien op welke subschalen de zwakzinnige hoog of juist laag gescoord had. Dat was een handig gegeven wanneer een zwakzinnige ergens niet geplaatst kon worden wanneer hij een te lage score had behaald. Door naar de SRZ-CIRKEL te kijken, kon men zien aan welke van de vier schalen nog gewerkt kon worden om de totale standardscore omhoog te krijgen.

Kijkend naar de afname en interpretatie van de test is veel contradictie te vinden. De test werd gezien als een objectief meetinstrument. Zo legden Kraijer en Kema in hun handleiding meerdere keren uit dat het doornemen van bepaalde hoofdstukken noodzakelijk was om de objectiviteit te kunnen waarborgen. Echter werd de test afgenomen door personen die dicht bij de zwakzinnige stonden. Men zou zich af kunnen vragen hoe objectief een test is, wanneer de geobserveerde wordt geobserveerd en beoordeeld door iemand die de persoon goed kent. Dit is een interessant spanningsveld. De (subjectieve) meningen van verzorgers/leidsters werden vervangen door een objectiverende test. Maar die objectiverende test moest wel ingevuld worden door diezelfde verzorgers/leidsters. Een ogenschijnlijk objectief meetinstrument (de SRZ) werd op deze manier dus wel degelijk beïnvloed door sociale processen. Men zou zich hierdoor af kunnen vragen of Kraijer en Kema geslaagd zijn in het ontwikkelen van een objectiverende test. Sommige testafnemers zouden bijvoorbeeld bevooroordeeld kunnen zijn, of verschillende testafnemers konden zaken anders interpreteren en daardoor op een verschillend behaald niveau uitkomen. Het is duidelijk dat Kraijer en Kema een traditionele kijk op wetenschap hadden en ernaar streefden om een objectief beeld van de natuurlijke werkelijkheid te schetsen. Door naar de SRZ te kijken via de STS-benadering, is duidelijk te zien dat wetenschap en de sociale wereld samen

Is sociale redzaamheid te meten?

kwamen in deze test. De wetenschap stond niet los van de maatschappij maar was er juist mee verbonden. De test werd deels gevormd door sociale processen waardoor de test niet geheel objectief was, maar juist een sociaal object.

Deze thesis heeft duidelijk gemaakt dat de traditionele kijk op wetenschap, waarbij het doel is om een objectief beeld van de natuurlijke werkelijkheid te schetsen niet altijd opgaat. Zoals bij de SRZ te zien is, komt een test niet altijd voort uit louter wetenschappelijke processen maar zijn er soms ook meerdere maatschappelijke factoren of zelfs praktische overwegingen om een test te ontwikkelen. Een testinstrument hoeft dus niet altijd zo objectief te zijn als wordt beweerd of verwacht. De invloeden van maatschappelijk processen zijn vaak goed terug te zien omdat testen altijd onderhevig zijn aan bepaalde normen en waarden en sociale contexten. Deze thesis is dan ook waardevol om de complexiteit van dergelijke testen te benadrukken. De thesis kan bijdragen aan het debat onder historici waarbij objectiviteit bij testen centraal staat. Een kritische houding ten opzichte van testen is van groot belang en het begrijpen van de historische context kan essentieel zijn. Door het uitvoeren van een historisch onderzoek, heeft men de mogelijkheid om te leren van het verleden en bewustzijn te creëren voor de toekomst. Door daarbij gebruik te maken van de STS-benadering, wordt een zo breed mogelijk beeld geschetst. Op die manier komt goed naar voren hoe wetenschap en de maatschappij met elkaar verweven zijn.

Literatuurlijst

Alarcón, C. (2015). *Governing by Testing: Circulation, Psychometric Knowledge, Experts and the “Alliance for Progress” in Latin America During the 1960s and 1970s*. *European Education*, 47(3), 199-214

American Psychological Association (1954) *Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques*. Prepared by a joint committee of the American Psychological Association, the American Educational Research Association and the National Council on Measurements Used in Education. Washington, DC: APA.

Cain, L. F., Levine, S., & Elzey, F. F. (1963). *Manual for the Cain-Levine Social Competency Scale*.

Canales, A. F. & Polenghi, S. (2019). Classifying children: a historical perspective on testing and measurement*. *Paedagogica Historica*, 55(3), 343–352.

<https://doi.org/10.1080/00309230.2019.1611890>

Derksen, M. (2001). *Discipline, subjectivity and personality: an analysis of the manuals of four psychological tests*. *History of the human sciences*, 12(1), 25–47

Gelder, K. van. (1993). *Atlas van de sociale positie van gehandicapte mensen: lichamelijk en verstandelijk gehandicapten in de Nederlandse samenleving*. Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO).

Gemert, G. H. van, & Minderaa, R. B. (1997). *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (4e, herz. dr). Van Gorcum.

Gorur, R., Hamilton, M., Lundahl, C., & Sjödin, E. S. (2018). *Politics by other means? STS and research in education*. *Discourse*, 40(1), 1–15.

<https://doi.org/10.1080/01596306.2018.1549700>

Jak, T. (1988). *Armen van geest: hoofdstukken uit de geschiedenis van de Nederlandse zwakzinnigenzorg* (dissertation). Pedagogisch Adviesbureau.

Is sociale redzaamheid te meten?

Jasanoff, S. (2004). *States of knowledge: the co-production of science and social order* (Ser. International library of sociology). Routledge.

Klootsema, J. (1904). *Misdeelde kinderen: inleiding tot de paedagogische pathologie en therapie*. Wolters.

Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1972). *Handleiding bij de sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen, s.r.z.* Swets & Zeitlinger.

Lawn, M. (2020). *Learning to be Tested: Teachers and Pupils in Systems in the 1920s-1930s*. Unpublished, shared with supervisor. pp. 9-13

Mülberger, A. (2014). The need for contextual approaches to the history of mental testing. *History of Psychology, 17*(3), 177–186. <https://doi.org/10.1037/a0037487>

Mülberger, A. (2020). *Biographies of a Scientific Subject: The Intelligence Test*. In Oxford Research Encyclopedias: Psychology Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.694>

Mülberger A., Gómez-González C., Cañas A. M., Cervantes M., Anglada-Llistosella L.

(2019). *Testing the intelligence of Barcelona's schoolchildren in 1908*. *Revista de Historia de la Psicología, 40*(1), 2–11.

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2004). *Methoden en technieken van onderzoek* (3rd ed.). Pearson.

Sismondo, S. (2010). *An introduction to Science, Technology and Society studies* (2nd ed.). Blackwell.

Bijlage 1: veranderingen na vertaling

Origineel nr	Nieuw nr	Originele sub	Nieuwe sub	Origineel nr	Nieuw nr	Originele sub	Nieuwe sub
1	1	Self help	Zelfredzaamheid	23	16	Initiative	Taakgerichtheid
2	2	Self help	Zelfredzaamheid	24	17	Initiative	Taakgerichtheid
3	3	Initiative	Zelfredzaamheid	25	22	Social Skills	Taalgebruik
4	4	Self help	Zelfredzaamheid	26	23	Social Skills	Sociale gerichtheid
5	-			27	-		
6	5	Self help	Zelfredzaamheid	28	18	Social Skills	Sociale gerichtheid
7	6	Self help	Zelfredzaamheid	29	19	Social Skills	Sociale gerichtheid
8	-			30	-		
9	7	Initiative	Zelfredzaamheid	31	20	Social Skills	Sociale gerichtheid
10	12	Self help	Zelfredzaamheid	32	-		
11	13	Self help	Zelfredzaamheid	33	21	Initiative	Sociale gerichtheid
12	-			34	-		
13	14	Social Skills	Zelfredzaamheid	35	24	Communication	Taalgebruik
14	15	Self help	Zelfredzaamheid	36	25	Communication	Taalgebruik
15	-			37	26	Communication	Taalgebruik
16	8	Initiative	Taakgerichtheid	38	27	Communication	Taalgebruik
17	-			39	28	Communication	Taalgebruik
18	9	Initiative	Taakgerichtheid	40	29	Communication	Taalgebruik
19	10	Social Skills	Taakgerichtheid	41	30	Communication	Taalgebruik
20	11	Self help	Zelfredzaamheid	42	-		
21	-			43	-		
22	-			44	31	Communication	Taalgebruik