

Hoofdstuk 1 Achtergrondschemen van de scriptie

Deze scriptie is geschreven als afsluitend onderdeel van de Bachelor Pedagogiek, opleidingsprofiel ambulant/ residentieel, aan de Fontys Hogescholen in Tilburg. In deze scriptie staat het competentiegericht werken met ouders/ verzorgers¹ vanuit een residentiële instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie centraal.

In dit hoofdstuk wordt een achtergrondschemen gegeven van deze scriptie. Allereerst wordt er een beschrijving gegeven van de ontstaansgeschiedenis van het competentiemodel in het algemeen en specifiek binnen GGZ Regio Breda Zorgnetwerk Jeugd. Vervolgens wordt het praktijkkader dat centraal staat in paragraaf 1.2 kort ingeleid. Daarna worden in paragraaf 1.3 het doel en de bijbehorende vraagstelling en deelvragen aangegeven. Paragraaf 1.4 geeft een korte en bondige uitleg aan de centrale begrippen in de onderzoeksvragen, die veelvuldig terug zullen keren in deze scriptie. In paragraaf 1.5 wordt een toelichting gegeven op de vraagstelling van de scriptie. Tot slot wordt de opbouw van de hele scriptie in paragraaf 1.6 kort uiteengezet.

1.1 De ontstaansgeschiedenis van het competentiemodel

Het competentiemodel is in Nederland ontwikkeld en geïmplementeerd door PI Research², voorheen de afdeling gedragstherapieprojecten van het Paedologisch Instituut te Amsterdam. Een belangrijke inspiratiebron voor het competentiemodel vormde en vormt nog steeds een aantal (cognitief) gedragstherapeutische en systeemgerichte hulpvormen uit de Verenigde Staten.

Werken volgens het competentiemodel richt zich enerzijds op het verminderen van problemen en anderzijds op het bevorderen van de ontwikkeling. Het model kent twee invalshoeken. Ten eerste heeft het een kader om de problematiek én de sterke punten van kinderen en ouders te analyseren. Ten tweede kent het een kader om op basis van evaluatieonderzoek een keuze te maken voor interventies op het gebied van opvoeding, behandeling, bescherming en preventie.

PI Research heeft op basis van het competentiemodel diverse hulpvormen ontwikkeld en geïmplementeerd in een groot aantal ambulante en residentiële instellingen in Nederland en Europa (PI Research, 2008). Onderzoek heeft aangetoond dat het competentiemodel goede resultaten oplevert, vooral wanneer het gericht is op het aanleren van vaardigheden die kinderen en gezinnen in staat stellen beter te functioneren in het alledaagse leven (Slot & Spanjaard, 2006).

De invoering van het competentiemodel binnen GGZ Regio Breda kende een lange aanloop. In 2002 is er een commissie ingesteld die moest zorgen voor een vaststaand kader, een overkoepelende visie binnen GGZ Regio Breda. Er waren verschillende redenen om op zoek te gaan naar een 'nieuw model', namelijk:

- het ontwikkelen van een objectieve behandel- en werkwijze;
- het ontwikkelen van een model dat aan de buitenwereld duidelijk maakt hoe (en waarom) er binnen de GGZ gewerkt wordt;
- het bieden van concrete handvatten en een gemeenschappelijke taal aan de medewerkers.

De commissie kwam uit op het competentiemodel. Het heeft uiteindelijk tot 2007 geduurd voordat er daadwerkelijk een projectplan lag voor het implementeren van het model.

Om de implementatie van dit nieuwe model soepel te laten verlopen is het eerst op twee pilotafdelingen geïmplementeerd. Voor jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar werd gekozen voor de observatie- en behandelgroep Akwadoe. Voor kinderen tussen de 0 en 12 jaar werd dit

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

Merlijn³. Merlijn is gekozen als pilotafdeling omdat het een stabiel team is en implementatie van een nieuw model daarbinnen het beste kan verlopen volgens PI Research.

De twee pilotafdelingen werden in 2008 getraind door PI Research. Zowel staffunctionarissen als groepsleiding volgden een meerdaagse cursus. De staffunctionarissen volgden de cursus ‘Competentiegerichtte Hulpverlening en Management’ en de groepsleiding volgde de cursus ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’. Zowel staffunctionarissen als groepsleiding waren daarna gecertificeerd. Iedere pilotafdeling moest vervolgens aan de slag met de implementatie op hun afdeling.

1.2 Korte beschrijving praktijkkader Merlijn

GGZ Regio Breda biedt gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen, volwassenen en ouderen. Het verzorgingsgebied strekt zich uit over Breda, Oosterhout en Etten-Leur en een groot aantal gemeenten daaromheen. Zorgnetwerk Jeugd maakt deel uit van GGZ Regio Breda. Het biedt hulp aan jonge mensen bij ernstige psychische en psychiatrische problemen van 0 tot 18 jaar (<http://www.ggzregiobreda.nl>).

Merlijn is een klinische groep voor observatie, diagnostiek en behandeling binnen Zorgnetwerk Jeugd van GGZ Regio Breda. Er is plaats voor maximaal acht kinderen, zowel jongens als meisjes variërend in de leeftijd van 0 – 12 jaar. De behandeling vindt plaats binnen een open afdeling. De doelstelling is observatie en gedragsregulatie. Het accent van de behandeling ligt op structuur, veiligheid en duidelijkheid (GGZ Regio Breda, 2003).

1.3 Doel van het onderzoek

Om op een gestructureerde wijze deze scriptie te vervaardigen, zijn verschillende hoofd- en deelvragen geformuleerd. Deze vragen sluiten allen aan bij het centrale doel van de scriptie, namelijk:

“Inzicht verwerven in het concept van competentiegericht werken met ouders en het doen van aanbevelingen over de manier waarop hier invulling aan gegeven kan worden binnen het behandelteam van Merlijn.”

Subdoel hiervan is het leveren van een product dat laat zien hoe er binnen Merlijn met behulp van het competentiemodel invulling gegeven kan worden aan de hulp aan ouders.

Om aan de doelstelling van deze scriptie te kunnen voldoen zijn onderzoeksvragen opgesteld. De centrale onderzoeksvraag van deze scriptie luidt:

“Op welke manier kan er door de verschillende disciplines van het behandelteam van Merlijn competentiegericht gewerkt worden met ouders/ verzorgers van een binnen Merlijn opgenomen kind?”

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden werd deze geoperationaliseerd in de volgende deelvragen:

1. Wat houdt het competentiemodel in, in het bijzonder binnen residentiële instellingen?
2. Hoe ziet de optimale ouderbegeleiding binnen residentiële instellingen eruit volgens het competentiemodel?
3. Hoe ziet het huidige ouderbeleid van het behandelteam van Merlijn eruit?
4. Hoe wordt er invulling gegeven aan competentiegericht werken met ouders binnen instelling A en instelling B en wat is het effect hiervan?
5. Op welke manier kan er competentiegericht gewerkt worden met ouders binnen Merlijn?

Een korte uitleg van de begrippen is te vinden in paragraaf 1.4 en een toelichting bij de vragen is te vinden in paragraaf 1.5.

1.4 Kernbegrippen

Competentiemodel: biedt een overkoepelend kader waarbinnen gewerkt wordt aan competentievergroting van individuen opdat zij beter kunnen functioneren in de samenleving. Werken volgens het competentiemodel richt zich enerzijds op het verminderen van problemen en anderzijds op het bevorderen van de ontwikkeling (PI Research, 2008).

Ouderbegeleiding: de relatie tussen begeleider en ouders waarin de ouders worden ondersteund in de zelfstandige uitvoering van het opvoeden van hun kind (Kok, 2005).

Ouderbeleid: beschrijft hoe een organisatie denkt over de omgang met ouders en hoe dit gepraktiseerd wordt (Akkerman-Zaalberg van Zelst, Leeuwen & Pameijer, 1998).

Residentiële instellingen: instellingen waarbinnen cliënten minimaal gedurende enkele uren per dag binnen een therapeutische setting verblijven

(<https://www.fontys.nl/pedagogiek/info/default.asp?idsitestructurennode=215951>).

1.5 Toelichting op de vraagstelling

Ter verduidelijking van de geformuleerde onderzoeksvragen wordt in deze paragraaf een korte uitleg gegeven bij de vraagstelling.

Voor de centrale onderzoeksvraag is gekozen omdat het competentiemodel in de praktijk op Merlijn geïmplementeerd werd. Deze implementatie is toegepast op het competentiegericht werken met kinderen in de dagelijkse routine op de groep. Met deze scriptie wordt inzicht verworven in hoe er competentiegericht met ouders gewerkt kan worden binnen het behandelteam van Merlijn. Hiertoe is een literatuuronderzoek gedaan, alsook interviews met vertegenwoordigers van instellingen waar er met betrekking tot de ouderbegeleiding al invulling gegeven is aan dit model.

De eerste deelvraag beschrijft het competentiemodel in het algemeen en binnen residentiële instellingen om als theoretische basis te dienen voor het vervolg van de scriptie. Deelvraag twee is opgesteld om weer te geven wat het theoretisch kader zegt over het competentiegericht werken met ouders. Om aan te geven hoe het ouderbeleid van Merlijn eruit zag bij aanvang van dit onderzoek is deelvraag drie geformuleerd. Deelvraag vier geeft weer op welke manier twee externe instellingen (instelling A en instelling B⁴) invulling geven aan competentiegericht werken met ouders. Beide instellingen zijn gekozen omdat zij vergelijkbare doelgroepen hebben. Instelling A is een gespecialiseerd ziekenhuis voor kind- en jeugdpsychiatrie, met locaties in Gelderland en Overijssel (www.instellingA.com). Voor Instelling A, afdeling Jeugd klinische zorg, is gekozen omdat zij in eenzelfde beginfase zit als Merlijn. In het implementatieproces zijn zij Merlijn een stap voor. De groepsleiding en staffunctionarissen zijn hier al begin 2007 getraind in het competentiemodel. Ook instelling B is een instelling voor kind- en jeugdpsychiatrie (www.instellingB.nl). Voor instelling B, afdeling dagbehandeling, is gekozen omdat zij op een bijzondere manier invulling hebben gegeven aan het model. Zij verzorgen namelijk verplichte oudertrainingen voor de ouders van hun cliënten. De staffunctionarissen en groepsleiding zijn getraind vanaf maart 2007. In deelvraag vijf wordt tot slot stilgestaan bij hoe er door Merlijn competentiegericht met ouders gewerkt kan worden.

1.6 Opbouw scriptie

Deze paragraaf geeft de structuur van de scriptie weer. In hoofdstuk twee is een beschrijving van de gebruikte methoden voor dit onderzoek te lezen. De daarop volgende hoofdstukken geven een antwoord op de diverse onderzoeksvragen. Hoofdstuk drie beschrijft de

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

stageverlenende instelling GGZ Regio Breda, specifiek observatie- en behandelgroep Merlijn. Binnen deze instelling wordt het competentiemodel ingevoerd. Daarom wordt in het vierde hoofdstuk meer verteld over het competentiemodel in het algemeen en het model binnen residentiële instellingen in het bijzonder. In het vijfde hoofdstuk komt het theoretisch kader van competentiegericht werken met ouders aan bod. Hoofdstuk zes legt uit hoe het huidige ouderbeleid van Merlijn eruit ziet om de situatie aan te geven bij aanvang van het onderzoek. Dit wordt gevolgd door een praktisch perspectief in hoofdstuk zeven waarin het ouderbeleid van een tweetal externe instellingen, instelling A en instelling B, wordt besproken. Hoofdstuk acht is een algemeen concluderend hoofdstuk waarin aanbevelingen en antwoorden op de onderzoeksvragen zijn opgenomen. De scriptie eindigt met een reflecterend hoofdstuk, waarin op het geheel wordt teruggekeken.

Noten:

¹ Wanneer in het vervolg gesproken wordt over ‘ouders’ worden zowel ouders als verzorgers bedoeld, tenzij anders vermeld.

² PI Research is een centrum voor onderzoek, innovatie en opleiding gericht op de ontwikkeling, opvoeding en behandeling van kinderen en jongeren.

³ Wanneer in het vervolg gesproken wordt over ‘Merlijn’ wordt Merlijn als afdeling van Zorgnetwerk Jeugd GGZ Regio Breda bedoeld, tenzij anders vermeld.

⁴ In gevolge de geheimhoudingsverklaring (zie bijlage zes) worden de namen van de twee externe instellingen anoniem gehouden. In deze scriptie worden ze instelling A en B genoemd.

Algemene noot:

Doorheen de gehele scriptie kan daar waar ‘hij’ staat ook ‘zij’ gelezen worden.

Hoofdstuk 2 Methodologie

Dit hoofdstuk behandelt de methoden die in dit onderzoek toegepast zijn. Daartoe wordt in de eerste paragraaf aangegeven wat de aard van dit onderzoek is. Vervolgens worden de gebruikte onderzoeksmethoden uitgelegd in paragraaf 2.2. In de derde paragraaf wordt informatie verschaft over de respondenten van dit onderzoek. De vierde paragraaf verwoordt hoe dit onderzoek is gefaseerd en in paragraaf 2.5 komt aan bod hoe de data zijn geanalyseerd. Paragraaf 2.6 geeft aan hoe beoogd is de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te vergroten. In paragraaf 2.7 wordt dit hoofdstuk afgesloten.

2.1 Aard van het onderzoek

Er is voor gekozen om een toegepast onderzoek uit te voeren dat kwalitatief van aard is. Toegepast onderzoek is onderzoek dat direct bruikbare kennis op moet leveren omdat er besluiten moeten worden genomen waarvoor die kennis belangrijk is. Kwalitatief onderzoek wordt toegepast wanneer het gaat om onderzoeksvragen die beginnen met ‘hoe’ of ‘wat’ (Baarda & De Goede, 2001).

Kwalitatief onderzoek is volgens Baarda en De Goede zeer geschikt als onderzoeksaanpak wanneer:

1. het doel is:
 - een probleem of thematiek in concrete, alledaagse omstandigheden te beschrijven en te interpreteren;
 - de beleving of betekenisverlening van de betrokkenen te achterhalen.
2. de onderwerpen:
 - ingewikkeld en complex zijn;
 - gevoelig liggen of taboe zijn;
 - betrekking hebben op processen en interacties in bestaande situaties, instituties en instellingen.
3. de respondenten:
 - terughoudend zijn met het geven van informatie omdat ze achterdochtig zijn of onzeker;
 - geen duidelijke of uitgesproken mening hebben;
 - moeite hebben met het verwoorden van hun opvattingen;
 - vertrouwen in en intensieve interactie met de onderzoeker nodig hebben, voor het kunnen verstrekken van informatie.

Een nadeel van kwalitatief onderzoek kan zijn dat het niet voldoende systematisch van opzet en controleerbaar genoeg is. In dit onderzoek is echter volgens duidelijke stappen gewerkt en zijn deze stappen ook te controleren (zie ook paragraaf 2.5).

Er is voor gekozen om een toegepast onderzoek te doen omdat er antwoorden op concrete vragen gezocht werden die in het bijzonder toepasbaar moesten zijn bij het praktijkkader. Het doel van dit onderzoek sluit aan bij de genoemde doelen door Baarda en De Goede, het verwerft namelijk inzicht over ‘competentiegerichte hulp aan ouders’ in concrete omstandigheden. Het gaat om het ‘verbeteren’ van de concrete hulp aan ouders van de op Merlijn opgenomen kinderen. Daarnaast heeft het onderwerp betrekking op processen en interacties in bepaalde instellingen, zoals binnen Merlijn en de twee bezochte externe instellingen. Ook hadden de respondenten intensieve interactie met de onderzoeker nodig om de benodigde informatie te verstrekken.

2.2 Onderzoeksmethoden

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden, namelijk:

- literatuuronderzoek;
- semigestructureerde interviews;
- volgen basistraining 'Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg'.

Literatuuronderzoek

Een literatuuronderzoek kan informatie verschaffen over de theorieën en ideeën die op het te onderzoeken terrein bestaan (Baarda & De Goede, 2001). Er is gezocht naar relevante literatuur voor de volgende aandachtsgebieden:

- de opzet van het onderzoek;
- het definiëren en operationaliseren van begrippen;
- het ontwikkelen van theorieën over relaties tussen de onderzoeksbegrippen.

Tijdens dit onderzoek heeft voortdurend een uitgebreid literatuuronderzoek plaatsgevonden, zie de literatuurlijst voor de bestudeerde literatuurbronnen zoals boeken, methodiekbeschrijvingen, tijdschriften en internet.

Semigestructureerde interviews

Het interview is de aangewezen methode om informatie te verkrijgen over attitudes, opinies, gevoelens, gedachten of kennis. Het interview kent ook enkele nadelen, zoals dat de verkregen informatie niet altijd betrouwbaar is doordat mensen zich soms niet bewust zijn van (de motieven van) hun gedrag. Ook sociale wenselijkheid kan een negatieve invloed hebben op de betrouwbaarheid van interviewgegevens. Tot slot vormt de non-respons een probleem bij interviews, waardoor er selecte groepen kunnen ontstaan (Baarda & De Goede).

In dit onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews omdat er op deze manier een zekere mate van vergelijkbaarheid van de gegevens uit de verschillende interviews mogelijk is. Een semigestructureerde interview houdt volgens Boeije (2005) in dat een deel van de vragen vooraf is vastgesteld. Er blijft voldoende ruimte voor de geïnterviewde over om eigen ervaringen en meningen te vertellen (zie voor de gebruikte vragenlijsten de bijlagen één tot en met vier). Er is ook gesproken met deskundigen en gespecialiseerde instituten, namelijk met deskundigen van PI Research (zie bijlage drie) en met verschillende disciplines van het praktijkkader (zie bijlage één).

De interviews zijn mondeling afgenomen en er is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van open vragen. Door open vragen te stellen wordt de respondent niet gedwongen een bepaald antwoord te geven en kan er meer informatie verkregen worden.

Dit onderzoek maakt door middel van de interviews gebruik van benchmarking.

Benchmarking is het vergelijken en verbeteren van de resultaten van de organisatie, waarbij buiten de muren van de eigen organisatie wordt gekeken

(http://www.kwaliteitsmeter.nl/waarom_benchmarken.html). Het is een vergelijking van organisaties op basis van vooraf vastgestelde indicatoren. Hieruit is een beste praktijk (best-practice) te destilleren. Benchmarken gaat om inzicht in de mogelijkheden om beter te presteren. Benchmarking is vooral geschikt waar problemen ervaren worden, maar oplossingen nog niet in zicht zijn. In andermans keuken kijken kan interessante en praktijkgerichte informatie opleveren waardoor er ook sprake kan zijn van benchlearning. Benchlearning is leren hoe men kan verbeteren door het delen van kennis, informatie en soms middelen. Een voordeel van benchmarking is dat breder gekeken wordt dan de eigen organisatie en dat het mogelijk wordt geheel andere werkwijzen te ontdekken (Albeda, 2005).

In dit onderzoek is aan benchmarking en benchlearning gedaan door bij een tweetal externe instellingen semigestructureerde interviews af te nemen over de manier waarop zij invulling geven aan het competentiegericht werken met ouders (zie bijlage twee). Hiermee is gezocht naar de best-practice. Er is gekozen voor twee instellingen, dus is er sprake van een selecte doelgerichte steekproef. De instellingen zijn geselecteerd op hun theoretisch kader met betrekking tot hun hulp aan ouders en hun doelgroep zodat deze te vergelijken waren met die van het praktijkkader van dit onderzoek. Voor instelling A is gekozen omdat zij midden in het proces staat van het ontwikkelen en implementeren van het competentiegericht werken met ouders. Dit voortdurende proces levert herkenbare en vergelijkbare ervaringsverhalen op. Instelling B is gekozen vanwege hun unieke invulling van de hulp aan ouders.

Volgen basistraining ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’

In februari en maart 2008 heb ik, samen met de groepsleiding en behandelcoördinator van Merlijn, de basistraining ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’ gevolgd. Deze training werd gegeven door een trainer van PI Research en bevatte de volgende onderdelen (PI Research, 2008):

- uitgangspunten competentiegericht behandelen;
- het competentiemodel;
- observeren en analyseren;
- dagelijkse routine in de groep;
- basistechnieken gedragsbeïnvloeding.

Door het volgen van deze training ben ik beter in staat geweest om de uitgangspunten, technieken en andere informatie rondom het competentiemodel te verwerken. Het heeft een grote bijdrage geleverd aan het vormgeven van met name hoofdstukken waarin de theoretische kaders worden beschreven.

2.3 Respondenten

Er zijn intern, binnen het praktijkkader Merlijn, een drietal disciplines geïnterviewd. Er is gesproken met de behandelcoördinator, met de gezinstherapeut en met twee groepsleiders. Helaas konden er geen interviews plaatsvinden met de psychiater en arts-assistent in verband met hun tijdgebrek. Op deze manier hebben toch meerdere disciplines van het multidisciplinaire behandelteam van Merlijn vanuit hun eigen invalshoek hun benadering op het werken met ouders en later ook op het competentiegericht werken met ouders kunnen weergeven.

Extern is er op beide instellingen gesproken met personen in vergelijkbare functies. Dit in verband met de vergelijkbaarheid van de resultaten. Op instelling A is er gesproken met één ouderbegeleidster en één groepsleidster. Op instelling B heeft er met één ouderbegeleidster en vijf sociotherapeuten (groepsleiding) een gesprek plaatsgevonden.

2.4 Fasering onderzoek

Dit onderzoek kende meerdere fasen.

Eerste fase

- Huidige ouderbeleid van het praktijkkader in kaart brengen door middel van literatuuronderzoek en semigestructureerde interviews met de behandelcoördinator, twee groepsleiders en de gezinstherapeut (zie bijlage één voor de vragenlijst).
- Literatuuronderzoek naar (competentiegericht) werken met ouders.

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

- Volgen basistraining ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’.
- Resultaten verwerken in scriptie.

Tweede fase

- Afnemen van semigestructureerde interviews bij twee externe instellingen, dit maakt benchmarking (vergelijking) tussen het praktijkkader Merlijn en deze instellingen mogelijk (zie bijlage twee voor de vragenlijst).
- Semigestructureerd interview afnemen bij een deskundige van PI Research (zie bijlage drie voor de vragenlijst).
- Resultaten verwerken in scriptie.

Derde fase

- Semigestructureerde interviews afnemen bij de behandelcoördinator, twee groepsleiders en de gezinstherapeut van het praktijkkader, met betrekking tot de visie ten opzichte van- en het ontwikkelen van het competentiegericht werken met ouders binnen het praktijkkader (zie bijlage vier voor de vragenlijst).
- Resultaten verwerken tot conclusies en aanbevelingen.
- Resultaten verwerken in scriptie.

Vierde fase

- Uitwerking product: bijscholing ‘competentiegericht werken met ouders’ organiseren voor het multidisciplinaire behandelteam van Merlijn.

2.5 Data-analyse

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek. Een belangrijke bron is het boek ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’ van Slot & Spanjaard (2006) geweest. Ook het volgen van de basistraining en gesprekken met deskundigen (trainer en andere deskundigen van PI Research) hebben een grote bijdrage geleverd aan het beantwoorden van de eerste deelvraag.

Om de tweede deelvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van meerdere bronnen. Zo is er literatuur bestudeerd waarbij het artikel ‘Competentiegerichtte ondersteuning en begeleiding van ouders’ van Berger (1998) een belangrijke rol heeft gespeeld. Ook methodiekbeschrijvingen zoals die van ‘Beter met Thuis’ (Vugt, Slot & Choy, 2001) en ‘Competentievergroting bij ouder en kind’ (Beljaars, Beumer & Slot, 1996) hebben veel informatie aangeleverd. Voor het beantwoorden van de tweede deelvraag is er ook een gesprek geweest met een deskundige van PI Research.

De derde deelvraag met betrekking tot het huidige ouderbeleid van het behandelteam van Merlijn is beantwoord door middel van semigestructureerde interviews en literatuurbronnen. Semigestructureerde interviews zijn afgenomen omdat er geen volledig ouderbeleid op papier staat en om praktijkkennis te verwerven. Hierdoor werd het mogelijk om beter te vergelijken wat verschillende instellingen doen en hoe zich dit (zou kunnen verhouden) tot Merlijn. Literatuurbronnen zoals het ‘moduleboek klinisch cluster, Zorgnetwerk Kinderen & Jeugd GGZ Regio Breda’ (2003) en de internet en intranetsite van de GGZ hebben ook bijgedragen aan het beantwoorden van deze deelvraag.

Voor het beantwoorden van de vierde deelvraag zijn er bij een tweetal externe instellingen semigestructureerde interviews afgenomen over de manier waarop zij invulling geven aan het competentiegericht werken met ouders. Op deze manier is benchmarking, het vergelijken van het praktijkkader met de externe instellingen, mogelijk gemaakt.

Tot slot zijn er in de vijfde deelvraag naar aanleiding van voorgaand onderzoek resultaten, conclusies en aanbevelingen geformuleerd over hoe er competentiegericht gewerkt kan worden met ouders binnen Merlijn.

2.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit wil zeggen dat je meet wat je beoogt te meten (Baarda & De Goede, 2001). In deze paragraaf worden twee soorten validiteit besproken, namelijk begripsvaliditeit en externe validiteit.

2.6.1 Begripsvaliditeit

Begripsvaliditeit wordt bepaald tijdens het vertalen van de theoretische concepten naar concrete, waarneembare en meetbare verschijnselen oftewel het operationaliseren (de manier waarop de meting wordt verricht). Er zijn drie manieren om de begripsvaliditeit van een onderzoek te vergroten (Yin, 1994). Allereerst moet de onderzoeker proberen om verschillende (data)bronnen te gebruiken (meervoudige bronnen). Een tweede methode is om een keten van bewijs aan te leggen (chain of evidence). En de derde methode is om een voorlopige versie van het verslag van het onderzoek te laten inzien door belangrijke informanten. Alle drie methoden zijn in dit onderzoek toegepast. Er is van diverse bronnen gebruikt gemaakt zoals interviews met de verschillende disciplines van het praktijkkader en literatuurbronnen van verschillende instellingen. Daarnaast is ook de techniek van chain of evidence gebruikt. Tot het eindproduct van deze scriptie is gekomen door stap voor stap de scriptie op en uit te bouwen. De logica van de beslissingen kan door anderen gecontroleerd worden. De derde methode is ook toegepast. Een deel van de geïnterviewden hebben de voor hen relevante delen van het verslag doorgelezen en van feedback voorzien.

2.6.2 Externe validiteit

Externe validiteit verwijst naar de mate waarin de resultaten van een onderzoek te veralgemeniseren zijn naar een bredere populatie en/of andere omstandigheden. Het praktijkkader van dit onderzoek is de pilotafdeling Merlijn. Om de externe validiteit te vergroten zijn er logische methodes gebruikt die passen bij het onderzoek. Daarnaast zijn er om bij te dragen aan de externe validiteit er meerdere instellingen bezocht en is er gesproken met verschillende disciplines. Ook is het competentiemodel bruikbaar en effectief gebleken in zowel meerdere hulpverleningsvormen als voor verschillende doelgroepen (jeugdigen en ouders). Dit alles helpt de externe validiteit te vergroten.

2.6.3 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid wil zeggen dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk van toeval afhankelijk zijn. Die toevalligheden kunnen gelegen zijn in de situatie, de interviewer, de observator, de lijst of in de geïnterviewde zelf. Om factoren waarop weinig invloed op uit te oefenen is, zoals de geestestoestand van de geïnterviewden, te ondervangen zijn de semigestructureerde interviews afgenomen in rustige afgesloten ruimtes waarbij alleen de geïnterviewde(n) aanwezig waren. De interviewer heeft zich bij alle interviews zoveel mogelijk hetzelfde opgesteld (rustig, open houding) en de stappen op gelijke wijze doorlopen. Als eerste is steeds een korte inleiding gegeven en de bedoeling van het interview uitgelegd. Daarna zijn de vragen doorlopen en tot slot werd het interview afgesloten met een korte samenvatting en het bedanken van de geïnterviewde(n). Daar waar mogelijk zijn dezelfde vragen gesteld bij de verschillende instellingen en disciplines om de homogeniteit te vergroten. Op deze manier is gepoogd een zo'n controleerbaar mogelijke situatie te creëren. De scriptie en het bijbehorende onderzoek zijn volgens logische stappen opgebouwd en die stappen zijn te controleren. Dit onderzoek is daarmee goed te reproduceren.

2.7 Afsluitende paragraaf

In dit hoofdstuk is aangegeven welke methoden in dit onderzoek gebruikt zijn. Aangegeven is op welke manier getracht is om dit onderzoek zo correct mogelijk te laten verlopen.

Belangrijk hierin zijn de gebruikte technieken om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten. Gebruik is gemaakt van literatuuronderzoek, semigestructureerde interviews, benchmarking en het volgen van de basistraining 'Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg'. Ook is er onder meer gebruikt gemaakt van de technieken meervoudige bronnen en best-practice en is dit onderzoeksverslag ingezien door belangrijke informanten.

Geconcludeerd kan worden dat er bij het onderzoek een aantal kritische kanttekeningen geplaatst kunnen worden, maar het desondanks een goed onderzoek genoemd kan worden.

Door het gebruik van de in dit hoofdstuk beschreven onderzoeksmethoden en het doorlopen onderzoeksproces, zijn antwoorden gegeven op de centrale vraag en de deelvragen. Er zijn conclusies en aanbevelingen gevormd die gebaseerd zijn op een gedegen onderzoek.

Het volgende hoofdstuk gaat uitgebreider in op het praktijkkader waarbinnen dit onderzoek heeft plaatsgevonden.

Hoofdstuk 3 Praktisch perspectief: de stageverlenende instelling

In dit hoofdstuk wordt de stageverlenende instelling beschreven. Na de algemene omschrijving van de GGZ Regio Breda en Zorgnetwerk Jeugd volgt informatie over de behandel- en observatiegroep Merlijn.

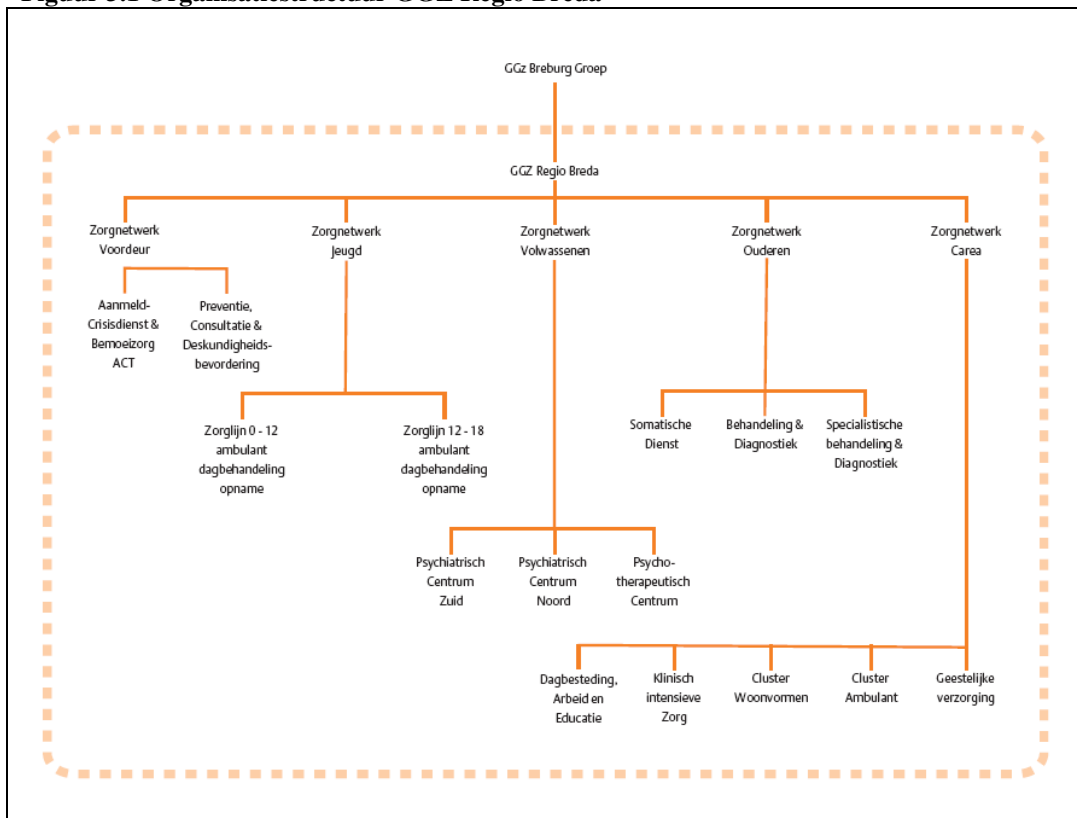
3.1 GGZ Regio Breda

Deze paragraaf beschrijft de structuur van de organisatie GGZ Regio Breda en dan meer gedetailleerd het Zorgnetwerk Jeugd.

3.1.1 Organisatie GGZ Regio Breda

GGZ Regio Breda biedt hulp aan mensen van alle leeftijden met psychiatrische en/ of ernstige psycho-sociale problemen. GGZ Regio Breda biedt gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen, volwassenen en ouderen en wil zich profileren als een vraaggestuurde organisatie voor psychische en psychiatrische hulpverlening. Het verzorgingsgebied strekt zich uit over Breda, Oosterhout en Etten-Leur en een groot aantal kleinere gemeenten daaromheen. Figuur 3.1 laat de organisatiestructuur zien van GGZ Regio Breda (<http://www.ggzregiobreda.nl>).

Figuur 3.1 Organisatiestructuur GGZ Regio Breda



De organisatie wordt ingedeeld in vijf zorgnetwerken, met ieder een eigen doelgroep, namelijk: Zorgnetwerk Voordeur, Zorgnetwerk Jeugd, Zorgnetwerk Volwassenen, Zorgnetwerk Ouderen en Zorgnetwerk Carea. Een zorgnetwerk verbindt de zorg van meerdere, in- en externe aanbieders tot een efficiënte keten, passend bij haar cliëntgroep (GGZ Regio Breda, 2004).

3.1.2 Zorgnetwerk Jeugd

Het Zorgnetwerk Jeugd zorgt ervoor dat jeugdigen met psychiatrische of ernstige psychosociale problemen binnen hun mogelijkheden zo optimaal mogelijk kunnen functioneren. Het probeert zich op een doelmatige en efficiënte manier in te zetten om een toegankelijk en volledig kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgaanbod te realiseren. Het doel is dat jeugdigen en hun ouders de best mogelijk zorg krijgen.

De bejegening en de omgeving waarin de zorg geboden wordt, worden gekenmerkt door betrokkenheid, respect, vriendelijkheid en professionaliteit. Om een zo goed mogelijke kwaliteit aan zorg te bieden, worden kennis en vaardigheden van medewerkers door middel van een actief scholingsbeleid up-to-date gehouden. Daarnaast worden behandelingen zoveel mogelijk op basis van 'evidence-based' of 'best-practise' principes aangeboden.

Behandelvisie, opleidingsvisie, organisatievisie en personeelsbeleid zijn op elkaar afgestemd en getracht wordt dat deze zoveel mogelijk een eenheid vormen. Samen met andere organisaties zet Zorgnetwerk Jeugd zich in om tot een optimale jeugdzorg binnen de regio te komen (GGZ Regio Breda).

3.2 Behandel- en observatiegroep Merlijn

Merlijn is een groep voor observatie, diagnostiek en behandeling binnen het Zorgnetwerk Jeugd van GGZ Regio Breda (zie figuur 3.1). Merlijn biedt plaats aan maximaal acht kinderen, zowel jongens als meisjes variërend in de leeftijd van 0 – 12 jaar. De behandeling vindt plaats binnen een open afdeling. Veelal vindt observatie en gedragsregulatie plaats. Centrale punten van de behandeling zijn structuur, veiligheid en duidelijkheid.

De opnameduur voor behandeling op Merlijn is gemiddeld een jaar. Er is mogelijkheid tot klinische opname voor observatie en/ of behandeling (24-uur) en stoelplaatsing (overdag op Merlijn, overnachting thuis) (GGZ Regio Breda Merlijn, 2006).

Het behandelteam kent een multidisciplinair karakter en bestaat uit acht groepsleiders, één psychiater, één arts-assistent, één behandelcoördinator, één gezinstherapeut en verschillende vaktherapeuten.

3.2.1 Doelgroep Merlijn

Merlijn richt zich op kinderen in de leeftijd van 0 – 12 jaar, die behoefte hebben aan een gestructureerde leefomgeving, waarbij er sprake is van een (vermoedelijke) structurele psychiatrische stoornis. Voorbeelden hiervan zijn hechtingsproblematiek, angst- en/ of stemmingsstoornissen, autisme, aandacht- en concentratieproblemen. De problemen beïnvloeden meerdere levensgebieden, zoals het schoolgaan en het gezinsleven. Een voorwaarde voor een kind dat wordt opgenomen op de groep is dat het intelligentiequotiënt minstens 80 is (GGZ Regio Breda Merlijn).

Ieder kind dat op Merlijn wordt opgenomen komt binnen met een of meerdere hulpvragen vanuit zowel het kind als het gezin. Dit kan zowel om een persoonlijkheidsanalyse gaan (welke psychiatrische stoornis heeft het kind?) als om een orthopedagogische vraagstelling. Een orthopedagogische vraagstelling drukt uit dat specifiek opvoeden nodig is. Specifiek opvoeden betekent het beantwoorden van een vraagstelling om overaccentueringen in het opvoedproces. Met overaccentueringen wordt al het opvoedend handelen bedoeld waarmee een adequaat antwoord gegeven wordt op de hulpvraag. Dit gebeurt met als doel dat het opvoedproces (weer) optimaal wordt zodat een kind zijn eigenheid kan ontplooien (Kok, 2005).

De meest voorkomende hulpvragen die ten aanzien van het kind geformuleerd worden hebben betrekking op een behoefte aan structuur, het doen toenemen van de ik-sterkte en

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

zelfredzaamheid, het uitbreiden van de sociale vaardigheden en het leren omgaan met emoties. Naast de genoemde hulpvragen van de kinderen kunnen ook ouders een hulpvraag hebben, zij kunnen bijvoorbeeld de vraag naar opvoedingsondersteuning stellen.

3.2.2 Doelstellingen Merlijn

Het doel van opname op Merlijn is het beantwoorden van de hulpvraag. Binnen Merlijn is er sprake van specifiek opvoeden (Kok). Dit is de beantwoording van de hulpvraag van ouders en kind.

De primaire doelstelling is een vermindering van de klachten van het kind binnen zijn omgeving, oftewel het geven van een adequaat antwoord op de hulpvraag van ouders en kind. Belangrijke andere doelen zijn onder meer:

- een toename van het gezonde gedrag;
- een toename van sociale en praktische vaardigheden;
- een acceptatie van zowel het gezin als het kind van de beperkingen van het kind en gezin;
- ouders leren vaardig(er) te worden in het omgaan met problematiek van het kind, tevens wordt eventuele gezinssystematische problematiek verminderd;
- het kind helpen omgaan met vrije tijd;
- het doen toenemen van de ik-sterkte;
- het doen toenemen van de zelfredzaamheid;
- het uitbreiden van de sociale vaardigheden;
- het kind beter leren omgaan met zijn emoties (GGZ Regio Breda Merlijn).

3.2.3 Behandelklimaat Merlijn

Binnen Merlijn worden kinderen behandeld. Alle kinderen op Merlijn zijn er om dingen te leren. Dit leren vindt plaats door zowel het functioneren in een dagelijkse routine zoals in een gezin, als door middel van de behandeling op eerste graadsstrategie. Dit betekent dat Merlijn een paradoxale organisatie is. Met een paradoxale organisatie bedoelt Kok, tegen de achtergrond van de organisatiesociologie van Mayntz, dat het een instelling is die qua vorm en totaal functioneren een organisatie genoemd kan worden (dat als doel voor ogen heeft: het antwoord geven op de orthopedagogische vraagstelling), maar qua essentie in functioneren een primaire gemeenschap zoals een gezin of de maatschappij is.

Behandeling geschiedt door middel van programma's binnen de leefgroep en de school en daarnaast eventueel (individuele) vaktherapieën (GGZ Regio Breda Merlijn). Op de groep vindt dit behandelen zowel plaats op eerstegraads strategie niveau (bijvoorbeeld het zorg dragen voor gezonde sociaal-emotionele interacties), als op derdegraads strategie niveau (dit houdt op het individu afgestemde behandeling in). Deze individuele behandeling is vastgelegd in een behandelovereenkomst. Er is dus sprake van een algemeen gestructureerd behandel aanbod met specifieke elementen in de individuele behandeling van het opgenomen kind. Voorbeelden van vaktherapieën zijn beeldende therapie, psycho-motorische therapie en speltherapie. Vaktherapieën zijn interventies op tweedegraads strategie. Zie tekstbox 3.1 voor meer uitleg over bij de verschillende processtrategieën (Kok).

Binnen Merlijn werken de kinderen aan individuele leerpunten en maken ze zich deze eigen (GGZ Regio Breda Merlijn). De groepsleiding vervult hierbij een voorbeeldfunctie en is er om het kind te helpen, te ondersteunen en te begeleiden. Op de groep wordt gewerkt met een duidelijke en overzichtelijke structuur. De dag kent een vaste volgorde. Ook vele handelingen en speelafspraken liggen vast. De inrichting van het huis is kindvriendelijk en ieder kind heeft een eigen plek in de vorm van een eigen slaapkamer. Op de groep is een afzonderingsruimte

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

beschikbaar. Deze kan een kind helpen tot rust te komen en het waarborgt de veiligheid van hemzelf en de andere groepsgenoten. Het basisklimaat op de groep is voorspelbaar, veilig en betrouwbaar. Hieraan heeft de doelgroep een sterke behoefte.

Tekstbox 3.1

Proceshanteringsstrategieën Kok

Eerstegraads strategie

De eerstegraads strategie is het geheel van orthopedagogisch handelen in de leefsituatie dat beoogt het vastgelopen opvoedingsproces en ontwikkelingsproces weer in gang te zetten. Dit gebeurt door het op specifieke wijze gestalte geven aan de volgende basale en fundamentele factoren waarop de opvoeder invloed uit kan oefenen: relatie, klimaat en situatiehantering. Hiermee wordt een adequaat antwoord op de vraagstelling van een kind gevormd.

Tweedegraads strategie

Tweedegraads strategieën zijn direct of indirect op de persoonlijkheidsontwikkeling inwerkende therapieën en trainingen om sensorische, motorische of verbale remmingen weg te nemen of persoonlijkheidsontwikkelingsprocessen te versnellen. Ze kennen een concreet omschreven werkwijze en doelstelling, die dienen voort te komen uit de totale handelingsplanning die, als het om opvoeden gaat, orthopedagogisch is. De resultaten moeten geïntegreerd worden in het specifieke opvoeden van alledag. De therapieën of trainingen vinden gedurende een bepaalde periode herhaaldelijk binnen een vastgestelde tijdsduur plaats.

Derdegraads strategie

De derdegraads strategie is het rekening houden met de eigenheid van het kind, de uniciteit van het kind (in zoverre het kind deze in zijn gedrag openbaart en weet te verwoorden). Dit is een essentiële factor in het opvoedproces. Het wil zeggen dat je deze eigenheid betreft en verwerkt in het opvoedend plannen en handelen.

Specifiek opvoeden gebeurt vanuit een wij-perspectief: opvoeders en kinderen gaan samen proberen. Er wordt hierdoor geborgenheid, steun en bemoediging geboden, maar er wordt ook recht gedaan aan het theoretisch uitgangspunt: opvoeden als proces. Het specifiek opvoeden is één proces waarin opvoeder en kind participanten zijn.

Binnen Merlijn wordt systeemtheoretisch, gedragstherapeutisch en competentiegericht gewerkt (GGZ Regio Breda Merlijn).

Systeemtheoretisch werken

Er wordt gewerkt vanuit de systeemtheorie, zie tekstbox 3.2. Het kind wordt niet alleen als een individu bekeken, maar juist steeds in zijn gehele sociale context gezien. Allereerst worden de (on)mogelijkheden van ouders en motivatie voor verandering in kaart gebracht. Tijdens de behandelfase worden binnen de mogelijkheden veranderingsmodellen aangeboden met als doel interactiepatronen tussen ouders en kind positief te beïnvloeden. Er wordt beoogd ouders inzicht te geven in de problematiek van hun kind en handvatten te laten ontwikkelen hoe met dit gedrag om te gaan. Hierover volgt meer in het hoofdstuk over het huidige ouderbeleid van Merlijn.

Tekstbox 3.2

De systeem - communicatietheorie

De systeemtheorie gaat ervan uit dat de mens pas werkelijk begrepen kan worden in de context van zijn relaties. De kern van de theorie is dat het menselijk gedrag primair wordt opgevat als communicatie. Een gevolg van dit uitgangspunt is dat ieder mens zich bevindt in een netwerk of systeem van communicatie. Dit betekent dat je het gedrag van een individuele cliënt niet kunt begrijpen zonder de context te bestuderen waarin dit gedrag plaatsvindt en ook is gevormd. Communicatie kent verschillende patronen die invloed hebben op het individuele gedrag en op het ontstaan van problemen en stoornissen (Malschaert & Traas, 2003).

Gedragstherapeutisch werken

Ook wordt er binnen Merlijn gedragstherapeutisch gewerkt gebaseerd op leertheoretische principes, zie tekstbox 3.3.

Tekstbox 3.3

Gedragpsychologie – Behaviorisme

Uitgangspunt van het behaviorisme is dat gedrag verklaard wordt door leerprocessen. Deze leerprocessen doen zich voor in de geschiedenis van een persoon of de situatie waarin hij verkeert. Alle gedragingen worden gezien als (ketens van) reacties op deze situationele of historische context. Gedrag oefent invloed uit op zijn omgeving. Door middel van de effecten die dat gedrag teweeg brengt, de zogenaamde consequenties, kan de omgeving op haar beurt weer reageren op dat voorafgaande gestelde gedrag.

Terminologie behaviorisme:

- Klassieke conditionering (I. Pavlov):
Er is een bepaalde stimulus die vooraf gaat aan de respons, die deze respons als het ware oproept.
- Operante conditionering (B.F. Skinner):
Hierbij wordt de respons niet alleen verbonden met de voorafgaande stimulus, maar ook met het effect. Wanneer een bepaald gedrag achteraf een positief effect heeft (een beloning volgt) wordt dit gedrag versterkt.
- Sociaal leren (A. Bandura):
Gedrag ontstaat zowel als gevolg van stimuli en bekrachtiging van responses, als door imitatie (modelling)

(Malschaert & Traas; Roediger, Deutsch Capaldi, Paris, Polivy & Herman, 2003).

Werken met het competentiemodel

Sinds begin 2008 wordt er op Merlijn gewerkt volgens het competentiemodel. Het is van belang dat er aandacht is voor die vaardigheden die het kind nodig heeft om diens ontwikkelingstaken te kunnen verrichten. Dit kan gebeuren door voorlichting te geven over vaardigheden en het kind te begeleiden en te trainen in die vaardigheden. Van belang is om het kind niet te overvragen, maar de ‘zwaarte van taken’ langzaam op te bouwen (in verband met het opbouwen van het zelfvertrouwen en de eigenwaarde). Ouders hebben een belangrijke taak in het begeleiden van hun kind in het uitoefenen van hun vaardigheden (bijvoorbeeld stimuleren, motiveren, etc.) (Slot & Spanjaard, 2006).

3.3 Afsluitende paragraaf

In dit hoofdstuk is de stageverlenende instelling beschreven. In de eerste paragraaf werd de organisatie GGZ Regio Breda beschreven en de structuur weergegeven in figuur 3.1.

Vervolgens werd in paragraaf twee uitleg gegeven over Zorgnetwerk Jeugd. Haar doelstelling is de best mogelijke hulp bieden aan jeugdigen en hun ouders, zodat de jeugdigen met hun mogelijkheden zo optimaal mogelijk kunnen functioneren. Onderdeel van Zorgnetwerk Jeugd is behandel- en observatiegroep Merlijn. Haar doelgroep (kinderen in de leeftijd van 0 – 12 jaar, die behoefte hebben aan een gestructureerde leefomgeving, waarbij er sprake is van een -vermoedelijke- structurele psychiatrische stoornis) en doelstelling (het antwoord geven op de hulpvragen van ouders en kind) zijn in de derde paragraaf aan bod gekomen. Ook het behandelklimaat van Merlijn werd besproken waarbij de proceshanteringsstrategieën van Kok behandeld werden. Eén van de uitgangspunten is dat er gewerkt wordt met het competentiemodel. In het volgende hoofdstuk, hoofdstuk vier, wordt van dit model het theoretisch kader besproken.

Hoofdstuk 4 Theoretisch perspectief: het competentiemodel

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat het competentiemodel precies inhoudt en hoe er competentiegericht gewerkt kan worden binnen residentiële instellingen. Kinderen en jongeren worden in instellingen geplaatst vanwege problemen en/ of probleemgedrag. Het competentiemodel richt zich niet alleen op de stressoren of het probleemgedrag maar legt juist de nadruk op de protectieve factoren en de sterke kanten van een individu. Daarnaast zorgt dit model voor een gemeenschappelijke taal waarmee binnen residentiële instellingen naar kinderen en hun omgeving gekeken kan worden.

In dit hoofdstuk worden in de eerste paragraaf de uitgangspunten van competentiegericht werken benoemd. In paragraaf 4.2 volgt meer informatie over het competentiemodel.

Subparagraaf 4.2.1 behandelt hoe het model is ontstaan en wat het precies inhoudt.

Subparagraaf 4.2.2 geeft weer hoe er binnen residentiële instellingen competentiegericht gewerkt kan worden. Paragraaf 4.3 legt de gebruikte begrippen nader uit. In paragraaf 4.4 wordt afgesloten door middel van een korte terugblik op dit hoofdstuk en een vooruitblik naar hoofdstuk vijf.

Informatie in onderstaand hoofdstuk is in grote lijnen gebaseerd op informatie van Slot & Spanjaard (2006).

4.1 Uitgangspunten voor competentiegericht werken

Competentiegericht werken kent een aantal uitgangspunten, namelijk:

- respect tonen voor ouders en jeugdige: behoeften (mogelijkheden en beperkingen) en wensen worden gehoord en serieus genomen;
- aansluiten bij de eigen krachten van ouders en jeugdige: activeren van eigen krachten bij realiseren van doelen;
- ontwikkelingsgericht: in de begeleiding van ouders en jeugdige prioriteit geven aan het functioneren in het dagelijks leven;
- gericht op het zelfstandig functioneren van ouders en jeugdige;
- samenwerken met ouders en jeugdige aan een gemeenschappelijke agenda (helderheid ten aanzien van doelen);
- stapsgewijs werken met ouders en jeugdige aan het realiseren van concrete en haalbare doelen;
- gericht op het leren van vaardigheden en gebruik makend van concrete gedragsveranderingstechnieken;
- centraal in de begeleiding: ouders en jeugdige leren meer wanneer ze horen wat ze goed doen, dan wanneer ze horen wat niet goed doen (PI Research, 2008).

4.2 Het competentiemodel

In deze paragraaf wordt beschreven wat het competentiemodel precies inhoudt, welke theorieën ten grondslag van het model liggen en hoe het competentiemodel gebruikt kan worden binnen de residentiële jeugdzorg.

4.2.1 Wat houdt het competentiemodel in?

Het competentiemodel is in Nederland ontwikkeld door Spanjaard en Slot. Han Spanjaard ontwikkelde, implementeerde en evalueerde diverse preventie- en hulpverleningsprogramma's voor kinderen en jongeren met (ernstig) probleemgedrag. Hij werkte bij het Jongeren Advies Centrum in Groningen en de afdeling Preventie en Innovatie van de RIAGG Zuid/ Nieuw-West in Amsterdam. Hij is hoofd van de afdeling Gedragstherapieprojecten van PI Research in Duivendrecht, onderdeel van De Bascule, Amsterdam. Wim Slot deed onderzoek naar de effecten van residentiële en ambulante

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

hulpverlening voor kinderen en jongen met ernstig probleemgedrag. Hij leverde een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van het competentiemodel en daarvan afgeleide hulpverleningsmethodieken. Hij is directeur van PI Research. Daarnaast is hij hoogleraar orthopedagogiek aan de Vrije Universiteit van Amsterdam.

Het competentiemodel is in Nederland geïmplementeerd door PI Research. Het competentiemodel is in de jaren zeventig ontstaan als reactie op het ‘stoornissenmodel’ dat de problemen van jongeren en gezinnen vooral als een vorm van psychopathologie belichtte én als reactie op het ‘emancipatie-denken’ (Slot & Spanjaard, 2006). Deze stroming verklaarde de problemen van jongeren en ouders hoofdzakelijk vanuit hun maatschappelijke en economische achterstanden. Eind jaren zestig werden in de Verenigde Staten een aantal nieuwe hulpverleningsprogramma’s ontwikkeld, die een belangrijke inspiratiebron voor het competentiemodel zouden gaan vormen. Onderzoekers en hulpverleners van de universiteit van Kansas vonden dat de leertheorieën en de daarvan afgeleide gedragstherapeutische hulpvormen te veel werden gebruikt om stoornissen te verminderen en te weinig werden aangewend om nieuw, adequaat gedrag te leren. Een behandelingstehuis, ‘Achievement Place’ werd opgericht waar men ging experimenteren met nieuwe leertheoretische behandelingsvormen. Onderzoek van A. E. Kadzin in 1997 toonde positieve resultaten aan voor de keuze om leertheoretische principes van de ontwikkelingspsychologie verder uit te werken tot het competentiemodel.

Het competentiemodel wordt onderbouwd door een aantal leertheorieën en ontwikkelingspsychologie.

Leertheorieën

Leertheorieën kunnen behulpzaam zijn bij het analyseren en veranderen van probleemgedrag en bij het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire en het beïnvloeden van competentievergroten-/ -belemmerende factoren. Er zijn verschillende leertheorieën die allen van belang zijn. Voor meer informatie over (de eerste drie van) onderstaande leertheorieën zie tekstbox 3.3 in hoofdstuk drie.

- klassieke conditionering;
- operante conditionering;
- sociaal leren;
- self-management-model:
een persoon kan zijn gedrag zelf beïnvloeden. Gedragsverandering vindt plaats op grond van drie zelfsturingvaardigheden, namelijk: zelfobservatie, zelfevaluatie én zelfversterking of zelfafzwakking.

Ontwikkelingspsychologie

De ontwikkelingspsychologie is relevant voor het competentiemodel omdat vaardigheden en taken gedurende de levensloop steeds veranderen. De ontwikkelingspsychologie bestudeert de lichamelijke en psychische veranderingen die optreden bij groei en het ouder worden. Het houdt zich bezig met de rijping en ervaring tijdens de volledige levensloop van een persoon, het richt zich dus op de menselijke ontwikkeling (Malschaert & Traas, 2003; Roediger, Deutsch Capaldi, Paris, Polivy & Herman, 2003).

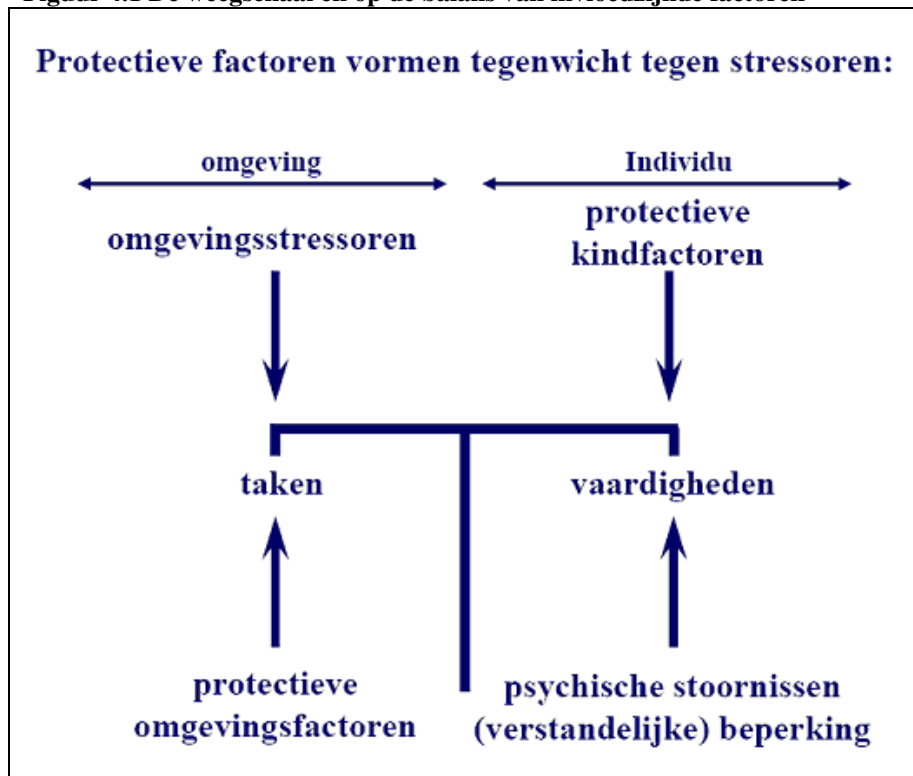
De kern van het competentiemodel is dat het zich enerzijds richt op het verminderen van problemen en anderzijds op het bevorderen van de ontwikkeling. Het model biedt een kader om de problematiek én de sterke punten van jeugdigen en ouders te analyseren. Hiermee

onderscheidt het competentiemodel zich van andere jeugdhulpverleningmodellen die in veel mindere mate naar de sterke punten van jeugdigen en ouders kijken.

Bij het analyseren gaat het om WAT-vragen als: wat is er aan de hand, wat zou er moeten veranderen? Er wordt gebruik gemaakt van het ‘ontwikkelingsperspectief’ en leertheorieën om doelen te kunnen stellen. Daarnaast biedt het model ook een kader om op basis van evaluatieonderzoek een keuze te maken voor interventies op het gebied van opvoeding, behandeling, bescherming en preventie. Hierbij gaat het om de beantwoording van de HOE-vraag, namelijk hoe de gewenste veranderingen het beste gerealiseerd kunnen worden (<http://www.piresearch.nl>).

Het competentiemodel is een model dat uitgaat van een soort weegschaal, zie figuur 4.1 (PI Research, 2008). Aan de ene kant heeft een individu een aantal (ontwikkelings)taken te verrichten en aan de andere kant van de weegschaal bevinden zich de vaardigheden die noodzakelijk zijn om deze taken uit te voeren.

Figuur 4.1 De weegschaal en op de balans van invloed zijnde factoren



Taken zijn opgaven waarvoor een persoon komt te staan in het (alledaagse) contact met de samenleving. Ontwikkelingstaken zijn taken die zijn gerelateerd aan de eisen en verwachtingen die binnen een bepaalde cultuur voor een bepaalde leeftijdsgroep gelden.

Vaardigheden zijn taakspecifieke gedragsrepertoires. Taken worden vaak in wat algemenere termen beschreven, vaardigheden worden op concreet uitvoeringsniveau beschreven.

Vaardigheden geven aan wat een persoon nodig heeft, moet kunnen om een bepaalde taak te vervullen (Slot & Spanjaard). Zie tekstbox 4.1 voor een voorbeeld.

Tekstbox 4.1

Voorbeeld van taak en bijbehorende vaardigheden

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

Een individu wordt competent genoemd wanneer het over voldoende vaardigheden beschikt om de ontwikkelingstaken waarmee het in het dagelijks leven geconfronteerd worden op adequate wijze te kunnen vervullen (Berger, 1998). De weegschaal is dan in balans. Er zijn verschillende factoren die van invloed zijn op de balans van ontwikkelingstaken en vaardigheden en daarmee de competentie van een individu, namelijk stressoren en protectieve factoren. Stressoren hebben een negatieve invloed op de balans van ontwikkelingstaken en vaardigheden. Het zijn invloeden waaraan men zich niet of moeilijk kan onttrekken en die ene negatieve invloed uitoefenen op het functioneren. Protectieve factoren zijn aspecten in de omgeving en eigenschappen van individuen die hen kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten (Slot & Spanjaard). Zie tekstbox 4.2 voor voorbeelden hiervan.

Tekstbox 4.2

Voorbeelden van factoren die competentie kunnen beïnvloeden

Protectieve kindfactoren

Intelligentie, een gemakkelijk humeur, activiteit, neiging tot autonomie of een positief zelfbeeld.

Psychopathologie

Gedragsstoornissen zoals oppositioneel of agressief gedrag, emotionele stoornissen zoals angst en depressie, contactstoornissen, concentratiestoornissen of hyperactiviteit.

Omgevingsstressoren

Een verwaarlozende ouder, discriminatie, (de gevolgen van) seksueel geweld of de dood van een gelief persoon.

Protectieve omgevingsfactoren

Een ondersteunende ouder, het bezoeken van een goede school of het lidmaatschap van een club.

4.2.2 Competentievergroting in residentiële jeugdzorg

Spanjaard en Slot vinden dat het competentiemodel zeer goed werkbaar is binnen de residentiële jeugdzorg. Het doel van competentiegericht werken in een residentiële instelling is: de competentie van de jeugdige en zijn omgeving te vergroten door middel van symptoomreductie, ontwikkelingsstimulering en het verbeteren van de 'fit' tussen de jeugdige en zijn omgeving. 'Fit' wil zeggen dat de taken en eisen die in het dagelijks leven worden gesteld en de vaardigheden van de jeugdige beter op elkaar zijn afgestemd (PI Research). Mogelijke interventies zijn: het verlichten of verrijken van taken, het beïnvloeden van omgevingsfactoren, het beïnvloeden van kindfactoren of het versterken en vergroten van vaardigheden van de jeugdige (Berger). Over deze interventies wordt meer geschreven in hoofdstuk vijf.

Geringe competentie kan zowel oorzaak als gevolg zijn van probleemgedrag. Oorzaak is het bijvoorbeeld wanneer een jongere over te weinig vaardigheden beschikt om een bepaalde ontwikkelingstaak of een subtaak uit te voeren. Probleemgedrag is hiervan dan vaak het gevolg. Incompetentie op jonge leeftijd kan leiden tot probleemgedrag en zelfs stoornissen op latere leeftijd. Een voorbeeld van geringe competentie als gevolg is wanneer een jongere vanwege probleemgedrag van school is gestuurd en hierdoor achterop raakt op het gebied van schoolse vaardigheden waardoor hij minder goed toegerust is op de ontwikkelingstaak 'onderwijs of werk' (Slot & Spanjaard).

Competentievergroten is gericht op verminderen van probleemgedrag en het vergroten van vaardigheden van een jeugdige. Residentiële hulp welke hierop gericht is, vereist een programma dat door verschillende, nauw met elkaar samenhangende elementen wordt bepaald. Het competentiemodel stelt de jeugdige centraal en doet dit door middel van het centraal stellen van de dagelijkse routine, zie figuur 4.2 (PI Research). Het belang van een dagelijkse routine is driedelig. Ten eerste zorgt een dagelijkse routine binnen een residentiële instelling voor het ontstaan van een leefbare situatie omdat het zorgt voor een bepaalde structuur. Structuur is zeer van belang voor jeugdigen. Ten tweede biedt de dagelijkse routine goede observatiemomenten, om te kijken welke vaardigheden kinderen wel en niet beheersen. Ten derde vormt de dagelijkse routine een kapstok voor de behandeling want de jeugdigen moeten die vaardigheden leren die ze in het dagelijks leven nodig (zullen) hebben. De dagelijkse routine is bepalend voor datgene wat de jeugdigen leren (Beljaars, Beumer & Slot, 1996).

Figuur 4.2 Kenmerken van residentiële competentievergrotenende behandeling



4.3 Nadere begripsbepaling

Competentie: mate waarin een persoon over bepaalde vaardigheden beschikt om bepaalde ontwikkelingstaken op adequate wijze te vervullen (Berger, 1998).

Dagelijkse routine: de loop der dagelijkse gebeurtenissen zoals die door ervaring en geoefendheid wordt bepaald. Routine heeft twee betekenissen volgens Van Dale's woordenboek, namelijk: 1) een vaardigheid, bedrevenheid door gewoonte verkregen, 2) telkens terugkerende bezigheden (Beljaars, Beumer & Slot, 1996).

Probleemgedrag: gedrag van een jeugdige dat last veroorzaakt voor de omgeving of – op korte of lange termijn – voor de jongere zelf (Slot & Spanjaard, 2006).

Protectieve factoren: aspecten in de omgeving en eigenschappen van individuen die hen kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten (Slot & Spanjaard).

Psychopathologie: een binnen de geldende cultuur ongebruikelijk patroon van gedragingen dat gepaard gaat met leed, een minder goed functioneren, of dat in buitengewone mate het risico verhoogt om in aanraking te komen met lijden, de dood of vrijheidsverlies. Er kan in dit verband ook van een stoornis gesproken worden (Slot & Spanjaard).

Respect: aanzien, eerbied of waardering voor of door de ander (Van Dale, 2005).

Stressoren: invloeden waaraan men zich niet of moeilijk kan onttrekken en die een negatieve invloed uitoefenen op het functioneren (Slot & Spanjaard).

Taken: opgaven waarvoor een persoon komt te staan in het (alledaagse) contact met de samenleving (PI Research, 2008).

Vaardigheden: taakspecifieke gedragsrepertoires (PI Research).

4.4 Afsluiting

In dit hoofdstuk is nader ingegaan op het competentiemodel. Duidelijk is geworden vanuit welke uitgangspunten competentiegerichte werken vorm krijgt. Centraal staan onder meer het respectvol bejegen van de jeugdige en zijn ouders en het aansluiten bij hun eigen krachten en deze krachten dan ook te activeren bij het realiseren van doelen. In paragraaf 4.2 is de ontstaansgeschiedenis van het competentiemodel kort aan bod gekomen en zijn leertheoretische en ontwikkelingspsychologische principes uitgelegd. Subparagraaf 4.2.1 gaf

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

weer wat het model precies inhoud. In subparagraaf 4.2.2 is behandeld hoe er hoe er binnen residentiële instellingen invulling gegeven kan worden aan competentiegericht werken. De jeugdige wordt centraal gesteld door middel van het centraal stellen van de dagelijkse routine. Tot slot legde de voorlaatste paragraaf de gebruikte begrippen nader uit.

In hoofdstuk vijf wordt verder ingegaan op het competentiemodel. De aandacht komt dan te liggen op hoe er competentiegericht met ouders gewerkt kan worden.

Hoofdstuk 5 Theoretisch perspectief: de optimale (competentiegerichte) ouderbegeleiding

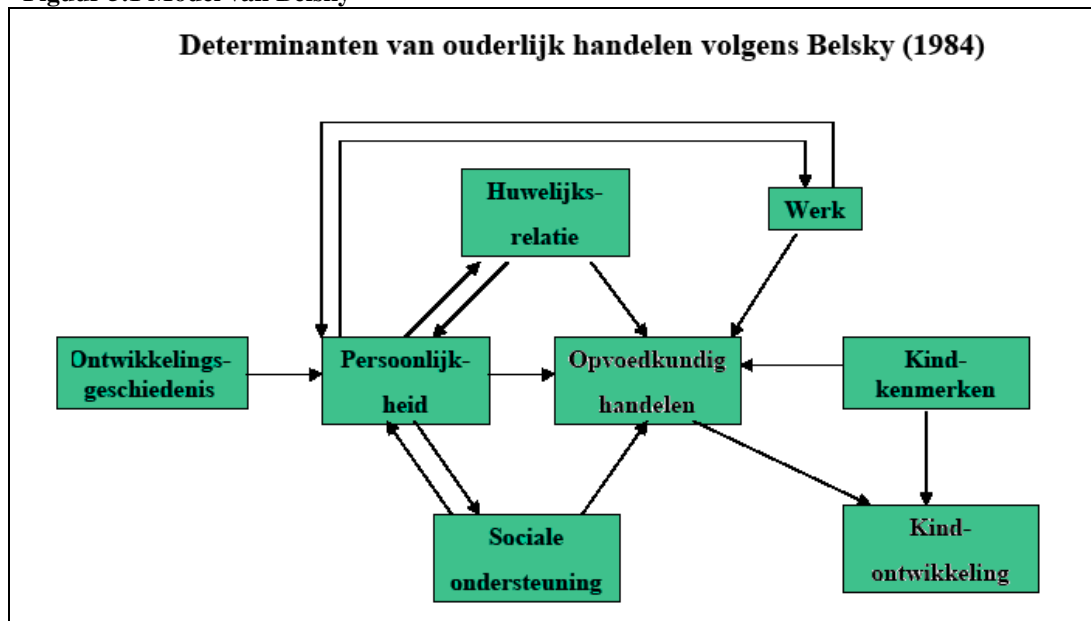
Volgens Kok houdt ouderbegeleiding de relatie tussen begeleider en ouders in waarin de ouders worden ondersteund in de zelfstandige uitvoering van het opvoeden van hun kind (2005). Ouderbegeleiding is een verzamelbegrip voor de volgende hulpverleningsmethodieken: voorlichting en advisering, ondersteuning en praktische begeleiding, oudertraining, mediatietherapie, therapie van ouderschap en systeemgerichte ouderbegeleiding (Akkerman-Zaalberg van Zelst, Leeuwen & Pameijer, 1998). In dit hoofdstuk wordt allereerst de basis beschreven die ten grondslag ligt aan ouderbegeleiding, zoals onder meer door verschillende auteurs beschreven in 'Ouderbegeleiding nader bekeken, schouders onder de ouders' (Akkerman-Zaalberg van Zelst et al.). In paragraaf 5.2 komt uitgebreid aan bod hoe werken met ouders eruit ziet wanneer het competentiemodel als theoretisch uitgangspunt genomen wordt. Paragraaf 5.3 benoemt een aantal competentievergroten strategieën. In de vierde paragraaf van dit hoofdstuk worden de effecten van twee voorbeelden besproken waarin het competentiemodel als uitgangspunt is genomen. In paragraaf 5.5 worden een aantal kernbegrippen kort uitgelegd. Het hoofdstuk wordt afgesloten in paragraaf 5.6 met een korte samenvatting.

5.1 Uitgangspunten optimale ouderbegeleiding

Wat er wordt verstaan onder 'de optimale ouderbegeleiding' is subjectief en voor iedereen verschillend. Er zijn echter wel een aantal basisuitgangspunten te formuleren naar aanleiding van overeenkomsten in literatuur van verschillende auteurs.

Ten eerste zijn ouder- en kindproblemen per definitie problemen in een circulaire, interactionele context. Ouderbegeleiding speelt zich dus altijd af in het centrum van een complex netwerk van betrekkingen (Wiebenga, 1998). Het model van Belsky biedt ordening in relevante, causale factoren die van invloed zijn op het opvoedend handelen van ouders. Zie figuur 5.1 en de tekstbox 5.1 (Baartman, 1996).

Figuur 5.1 Model van Belsky



Besef van de samenhang tussen deze factoren en gebeurtenissen, de wederzijdse beïnvloedingsprocessen is zeer van belang. De onderlinge afstemming (de fit) tussen ouders en kind bepaalt grotendeels de kwaliteit van de relatie tussen hen. Een ouderbegeleider moet in staat zijn tot het hanteren van vele posities en betrekkingen. Wiebenga zegt dat wanneer zowel de ouderbegeleider als zijn 'kindgerichte' collega's kunnen wisselen van perspectief en in staat zijn om meervoudige beschrijvingen van een systeem te maken, dat de hulp aan ouders en kind elkaar dan aanvullen en hetzelfde belang dienen.

Tekstbox 5.1**Model van Belsky (1984)**

Het model van Belsky biedt ordening in relevante, causale factoren die van invloed zijn op het opvoedend handelen van ouders. Dit gebeurt op meerdere terreinen:

- ontogenetisch niveau: individuele kenmerken van ouders (mede op basis van hun eigen individuele voorgeschiedenis) worden als persoon ingebracht in het microsysteem;
- microsysteem: het geheel van betrekkingen tussen kind en anderen binnen de gezinssituatie en individuele kenmerken van het kind;
- exosysteem: andere situaties waarin het kind verkeert (zoals onderwijs) en de omgeving waarin het kind zelf niet direct verkeert maar die wel van invloed is op zijn dagelijks bestaan;
- macrosysteem: opvattingen, normen en waarden binnen de cultuur waarvan het gezin deel uitmaakt.

De ouder- kindrelatie kan dus verstoord raken door factoren vanuit het kind, vanuit de ouders (individuele-, partnerrelatie- en ouderschapsproblematiek), vanuit de wisselwerking tussen ouders en kind, vanuit de bredere sociale context of een combinatie hiervan. Hierbij geldt dat hoe groter de draagkracht van de ouders, hoe kleiner de invloed van de andere factoren op het opvoedend gedrag is (Baartman).

Een tweede uitgangspunt is het zien van ouderschap als een functie (Van der Pas, 1999). Dit brengt met zich mee dat een ouder kan worden beschreven in termen van a) zijn persoonlijkheid, b) zijn dagelijkse taken: het opvoederschap en c) zijn huidige en toekomstige functie: het ouderschap. Wanneer er problemen zijn op het terrein van die taken dan worden ouders begeleid in hun functie van ouder, met als primair doel dat zij groeien in die functie. Naast taken wordt de functie ouderschap vooral gekenmerkt door een besef van, de plicht tot en de wens tot verantwoordelijk-zijn voor het kind. Ouders zijn biologisch, juridisch en ethisch verantwoordelijk voor hun kinderen en voelen dit ook zo. Dit besef van verantwoordelijk-zijn kan dienen als basis van een competentieverhogende benadering. Elke vorm van werken met ouders moet als primair doel hebben: ervoor zorgen dat de ouder zich gerespecteerd voelt in zijn functie van ouder. Empathie is daarbij een noodzakelijke voorwaarde.

Ten derde is het zeer van belang ouders weloverwogen en respectvol te bejegen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het begrip loyaliteit. Loyaliteit maakt een gezin tot een samenhangend systeem (Nagy). Ervan uitgaande dat een gespleten loyaliteit (trouw aan de één wordt beschouwd als verraad aan de ander) voorkomen dient te worden, wordt van de hulpverlener meerzijdige partijdigheid gevraagd. Meer informatie hierover is terug te vinden in tekstbox 6.1. Dit houdt in: het vermogen en de bereidheid om zich achter de belangen en positie van zowel ouders als kind te kunnen plaatsen.

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

Daarnaast is ook het vestigen van een constructieve samenwerkingsrelatie van belang. Dit is een relatie die gebaseerd is op respect, samenwerking en gelijkwaardigheid. De mogelijkheden die ouders zelf hebben om hun problemen aan te pakken dienen serieus genomen te worden en gestimuleerd (Wiebenga).

Tot slot speelt 'empowerment' een belangrijke rol in het ouderbegeleidingsproces (Cardol, 2007). Empowerment is het aansluiten bij de deskundigheid van ouders en hen activeren om zelf oplossingen te zoeken die passen in hun situatie. Toegepast op ouderbegeleiding betekent het werken aan empowerment:

- het zelfvertrouwen van ouders versterken;
- aansluiten bij het perspectief en de visie van ouders op hun situatie;
- betrekken van ouders bij de ontwikkeling van plannen;
- de vragen en behoeften van ouders als uitgangspunt nemen;
- ouders activeren om oplossingen te zoeken die voor hen bruikbaar zijn;
- aandacht voor wat goed gaat, sterke kanten van ouders aanspreken;
- eigen inzet en verantwoordelijkheid van ouders aanspreken;
- de eigen keuze en het zelfbeschikkingsrecht van ouders respecteren.

Tekstbox 5.2

Empowerment-benadering

Met de empowerment-benadering wordt het eigen probleemoplossend vermogen bij ouders geactiveerd, krijgen ouders zicht op hun competenties en neemt hun vertrouwen in hun opvoedingsvaardigheden toe. Doelen van empowerment zijn: de pedagogische draagkracht van ouders is in balans, ouders hebben weer greep op de opvoedingssituatie, ouders weten zelf succesvol met nieuwe moeilijkheden in de opvoeding om te gaan en een passend antwoord op hun vraag te vinden. De benadering sluit aan bij concrete, alledaagse problemen die ouders belemmeren competent op te voeren.

De relatie tussen de hulpverlener en de ouders is gelijkwaardig. De deskundigheid van de hulpverlener staat ten dienste van de ouders en moet aansluiten bij hun vragen en behoeften. De hulpverlener stimuleert ouders om actief gebruik te maken van hulpbronnen in hun directe omgeving en om hun eigen sociale netwerk te versterken. Het is belangrijk dat ouders succeservaringen opdoen en vooral dat zij die ervaringen kunnen zien als het resultaat van hun eigen inspanning. Als ouders ervaren dat ze zelf sturing kunnen geven aan hun leven, versterkt dat hun gevoel van de eigen capaciteit (<http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl>).

5.2 Competentiegericht werken met ouders

In deze paragraaf wordt beschreven wat competentiegericht gericht werken met ouders precies inhoudt. Dit gebeurt mede naar aanleiding van een semigestructureerd met mevrouw Haspels, deskundige op dit gebied en werkzaam bij PI Research. Voor de vragenlijst zie bijlage drie.

Allereerst zullen de uitgangspunten van competentiegerichtte ouderbegeleiding weergegeven worden. Daarna komen in subparagraaf 5.2.2 de ontwikkelingstaken van ouders aan bod. In subparagraaf 5.2.3 komen de competenties van zowel ouder als kind samen en wordt het belang van de fit tussen ouder en kind uitgelegd.

5.2.1 Uitgangspunten competentiegerichtte ouderbegeleiding

Het competentiegericht werken met ouders kent een aantal specifieke uitgangspunten. De basisuitgangspunten van het competentiemodel, zoals reeds besproken in paragraaf 4.1, zijn

ook op ouders van toepassing. Deze worden voor ouders als volgt gespecificeerd en aangevuld (door Haspels en door Vugt, Slot & Choy, 2001):

- het is gericht op het herstel van het evenwicht tussen taken en vaardigheden;
- het doel is altijd empowerment van het systeem;
- de nadruk ligt op krachten en mogelijkheden van het systeem en individuen;
- respect voor de wijze waarop de ouders de problematiek beleven, hoe afwijzend die ook voor het kind moge zijn, vormt het basiselement in de bejegening van ouders. Haspels is van mening dat dit aantoont dat je ouders serieus neemt;
- de hulpverlener sluit aan bij de pijn. Ouders voelen zich meer begrepen door de hulpverlener wanneer de hulp aansluit bij de last die zij ervaren. Dit vergroot de motivatie voor de hulp en daarmee de mogelijkheden om de opvoedingscompetentie te vergroten (Berger, 1998);
- de interventies sluiten aan bij en maken gebruik van de sterke kanten van ouders en jeugdigen. De interventies zijn gericht op competentievergroting van ouders en jeugdigen en op verbetering van het functioneren als gezin. Samen met ouders wordt er gekeken naar de krachten van het systeem.

Deze uitgangspunten betekenen voor de hulpverlener dat hij een bepaalde attitude aan dient te nemen. De hulpverlener dient goed te beseffen dat de hulpvraag van de ouders het uitgangspunt is en dat de valkuil, teveel werken vanuit eigen idealen of doelstelling, vermeden dient te worden. Het bewerkstelligen van een betere fit tussen ouders en kind is heel belangrijk. De eerste stap is om ouders minder last te laten hebben van het probleemgedrag van het kind. Hierover meer in paragraaf 5.2.3.

De hulpverlener moet de balans in de gaten houden tussen ‘compenseren’ en ‘activeren’ wanneer het gaat om het overnemen van taken van ouders. Met compenseren wordt het overnemen van taken bedoeld en met activeren het vergroten van het zelfoplossend vermogen en het aanleren van vaardigheden (Berger).

Belangrijk voor het competentiegericht werken met ouders is dat er meer dan één goede manier is om er invulling aan te geven (aldus Haspels). Iedere instelling die competentiegericht werkt gebruikt het competentiemodel als theoretisch uitgangspunt en vormt naar aanleiding hiervan een eigen unieke invulling op maat.

5.2.2 Ontwikkelingstaken voor ouders

Vanuit de ontwikkelingspsychologie zijn verschillende ontwikkelingstaken voor ouders met jonge kinderen te onderscheiden (Slot & Spanjaard, 2006). Deze taken zijn enerzijds nieuw in de levensloop, zoals het verzorgen en opvoeden van kinderen. Anderzijds zijn het ‘oude’ taken van de adolescentie en vroege volwassenheid die een nieuwe inkleuring krijgen.

Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen zijn (Berger):

- relatie: het ontwikkelen van een relatie waarin tegemoetgekomen wordt aan beider behoeften aan autonomie en afhankelijkheid en waarin voldoende ruimte is voor de relationele behoeften van kinderen;
- seksualiteit: het vormgeven van een seksuele relatie die tegemoet komt aan beider behoeften en het omgaan met eventuele seksuele relaties van (één van) beiden met derden;
- loopbaan: het kiezen voor en realiseren van een loopbaanperspectief dat recht doet aan de eigen ambities en mogelijkheden, de aspiraties van de partner en de financiële behoeften van het gezin;
- ouders: het opnieuw vormgeven van de relatie met (schoon)ouders;

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

- vriendschap en sociale contacten: het opbouwen van en onderhouden van contacten met broers, zussen en andere familieleden, kennissen en vrienden van beide kanten;
- financiën en huishouden: het nemen van verantwoordelijkheid voor en het verdelen van de taken ten aanzien van de financiën, het huishouden en het omgaan met allerlei instanties en regelingen;
- opvoeding: het nemen van verantwoordelijkheid voor en het verdelen van de taken ten aanzien van de opvoeding van kinderen.

Berger zegt dat hulpverleners door deze taken voor ouders als uitgangspunt te nemen de hulp aan ouders in een breder perspectief kunnen plaatsen. Hiermee wordt bedoeld dat er niet alleen naar de ontwikkelingstaak opvoeding wordt gekeken, maar dat ook de relatie met het functioneren op andere ontwikkelingstaken systematisch in beeld komt. Dit biedt meer invalshoeken om de hulp vorm te geven. Bijvoorbeeld, in hoeverre verzwaart of ondersteunt het functioneren op de andere ontwikkelingstaken de taak 'opvoeding'?

Het competentiemodel biedt een analytisch raamwerk voor competentiegerichtte hulp aan ouders, de zogenaamde 'competentieanalyse'. De balans van de weegschaal, die eerder in hoofdstuk vier uitgelegd is, wordt opgemaakt om te analyseren in hoeverre een ouder competent of incompetent gedrag vertoont. Bij deze analyse worden onder meer de volgende vragen gesteld (Berger & Spanjaard, 1996):

- Gaat de ouder de ontwikkelingstaken aan die kenmerkend zijn voor de levensfase waarin hij zich bevindt?
- Zijn er ontwikkelingstaken die voor de ouders wellicht extra zwaar of juist te licht zijn?
- In hoeverre kunnen vaardigheden voor een bepaalde ontwikkelingstaak ook bij andere ontwikkelingstaken ingezet worden?
- Zijn er protectieve factoren (te activeren) die de ouder helpen om te gaan met de stressoren of pathologie en de problemen die daarvan het gevolg zijn?

Bij deze analyse is het van belang dat de hulpverlener goed let op wat beïnvloedbare factoren zijn en wat niet. Het gebruik van technieken die binnen meerdere ontwikkelingstaken inzetbaar zijn, is zinvol.

5.2.3 Fit tussen ouders en kind

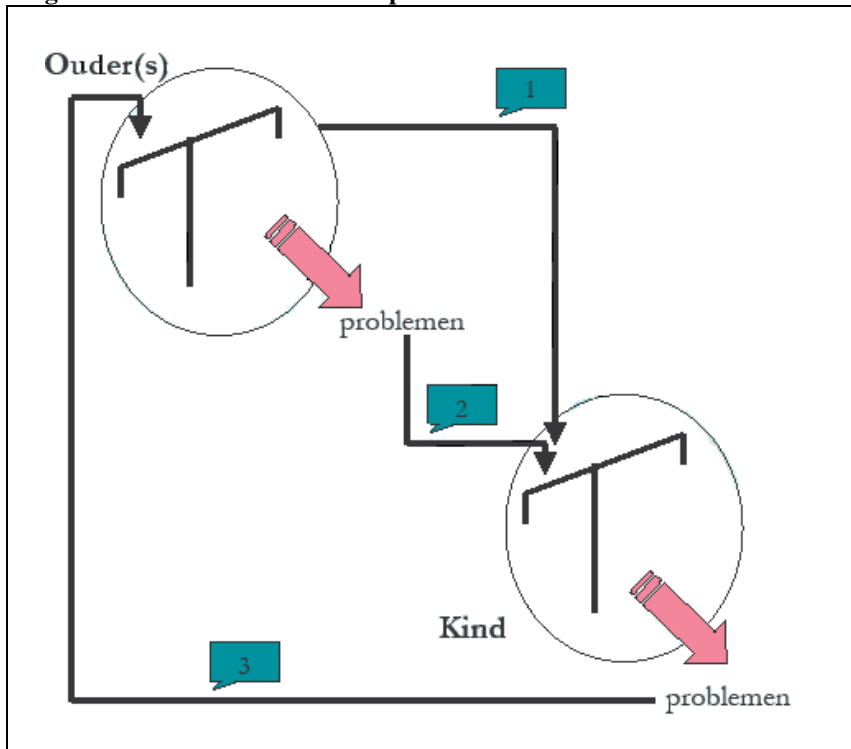
Een bijdrage aan de competentieanalyse van het ouderfunctioneren kan ook geleverd worden door aan de hand van de ontwikkelingstaken de competentie van de kinderen in kaart te brengen. Dit biedt mogelijkheden tot het leggen van verbanden. Bij de ontwikkelingstaak 'opvoeden' komen de competenties van ouders en kind samen. Een belangrijk deel van de opvoeding bestaat uit het vergroten van de competentie van de kinderen door de ouders. Een fit tussen ouders en kind wil zeggen dat zij op elkaar zijn afgestemd. Op deze manier sluiten de taken en eisen die in het dagelijks leven worden gesteld aan bij de vaardigheden van het kind en is er sprake van een dragelijk evenwicht (Van Der Pas, 1999).

Vugt et al. hebben de interactie tussen de competenties van zowel ouders als kind schematisch weergegeven, zie figuur 5.2. Deze figuur maakt duidelijk dat er drie mechanismen in de interactie zijn die elkaar beïnvloeden (de getallen hieronder komen overeen met die in figuur 5.2), namelijk:

1. een tekort aan opvoedingsvaardigheden is een stressor voor het kind (door een tekort aan opvoedingsvaardigheden wordt het kind niet beschermd tegen risico's);
2. problemen van de ouders zijn stressoren voor het kind;

3. problemen van het kind zijn weer stressoren voor de ouders.

Figuur 5.2 Interactie tussen competenties ouders en kind: drie mechanismen



Incompetentie van ouder en kind hebben dus een negatieve invloed op elkaar. Een kind met gedragsproblemen vraagt meer van de ouder in de opvoeding (taakverzwaring). De kans dat een ouder incompetent gedrag laat zien wordt hierdoor vergroot. Incompetentie van de ouder impliceert een taakverzwaring van het kind. Het is moeilijker voor het kind om competent gedrag te ontwikkelen.

Competenties van ouder en kind hebben een positieve invloed op elkaar. Voldoende opvoedingsvaardigheden en competenties van ouders zijn protectieve omgevingsfactoren voor het kind, competenties van het kind zijn protectieve omgevingsfactoren voor de ouders. Behandeling op basis van het competentiemodel tracht een negatieve cyclus te doorbreken en competenties van beiden te vergroten. Op deze manier leren ouder en kind beter met elkaar leren omgaan in het dagelijks leven (Geeraets & Slot, 1998).

5.3 Competentievergroten strategieën

Er zijn verschillende strategieën om de competentie van ouders te vergroten (Berger, 1998).

Taakverlichting

Taakverlichting is nodig wanneer de ontwikkelingstaken te zwaar zijn. Doordat taken worden verlicht of tijdelijk worden weggenomen krijgt een ouder lucht om wat op adem te komen. Ook biedt deze tijdelijke taakverlichting, -onthefving de gelegenheid om de aandacht op andere taken te richten.

Taakverrijking

Taakverrijking is een ingang voor competentievergroting wanneer blijkt dat incompetent gedrag het gevolg is van te lichte taken. Wanneer iemands taken te licht zijn wordt de ontwikkeling te weinig gestimuleerd en kunnen problemen ontstaan.

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

Wegnemen of beperken invloed stressoren

Met het wegnemen of het beperken van de invloed van stressoren wordt een negatieve invloed die een taak verzwaart weggenomen of verzacht. Dit leidt dan tot taakverlichting.

Verminderen invloed van of leren omgaan met pathologie

Het verminderen van de invloed van of het leren omgaan met pathologie kan leiden tot competentievergroting. Dit kan onder meer door psycho-educatie.

Leren benutten van protectieve factoren

Protectieve factoren worden in oudertaal 'krachten' of 'sterke punten' genoemd. Soms kunnen bestaande protectieve factoren geactiveerd of versterkt worden. In andere gevallen moeten deze factoren actief opgezocht worden. Van belang is het optimaal benutten en mobiliseren van een ondersteunend netwerk rond het gezin.

Vaardigheidstraining

Door middel van vaardigheidstraining kan het vaardigheidsrepertoire van ouders uitgebreid worden. Nieuwe vaardigheden kunnen op allerlei niveaus aangeleerd worden, zoals op het niveau van cognities, emoties, sociaal functioneren, etc. Voor het leren van vaardigheden maakt de hulpverlener gebruik van verschillende technieken, bijvoorbeeld: feedback, gedragsinstructie, modeling en gedragsoefening.

5.4 Bestaande toepassingen van het competentiemodel

In deze paragraaf worden twee voorbeelden besproken waarin het competentiemodel als uitgangspunt is genomen (Steege van der, 2007). Het zijn twee toepassingen van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT) die ook in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn opgenomen.

De Versterking

Doelgroep: gezinnen met kinderen tussen de 0 en 18 jaar met opvoedingsproblemen en/ of gedragsproblemen van de jeugdige.

Doel: versterken competenties ouders en kinderen, voorkomen uithuisplaatsing jeugdige.

Theoretische basis: nadruk op krachten en mogelijkheden (empowerment), competentiemodel, systeemtheorie.

Effectiviteit: deels effectief (voormeting, nameting, follow-up). Kleine effecten, vermindering gedragsproblemen van jeugdige en opvoedingsbelasting van ouders. Uitkomstmaten sluiten niet geheel aan bij doelen interventie; competenties niet gemeten.

Families First

Doelgroep: gezinnen met kinderen tussen de 0 en 18 jaar, in een crisissituatie met een ophanden zijnde uithuisplaatsing.

Doel: verbeteren opvoedings- en onderhandelingsvaardigheden gezinsleden om het probleemgedrag van de jeugdige te verminderen, verbeteren van de communicatie in het gezin en het probleemoplossend vermogen.

Theoretische basis: crisis als kans voor verandering, competentiemodel, cognitieve en sociale leertheorie, systeemdenken, belang netwerk, aansluiten bij krachten en mogelijkheden (empowerment).

Effectiviteit: effectief (voormeting, nameting, follow-up), 75-92% voorkomen uithuisplaatsing, middelgroot effect op verminderen gedragsproblemen van jeugdige en opvoedingsbelasting van ouders. Het panel had geen verdere opmerkingen.

Het is erkend dat de IPT een andere vorm van hulpverlening is dan de residentiële zorg die Merlijn aanbiedt. Echter, deze twee voorbeelden laten zien dat het competentiemodel in meerdere hulpverleningsvormen kan fungeren als theoretische basis. Daarnaast geven deze voorbeelden aan dat het competentiemodel flexibel inzetbaar is. Het model is zowel bruikbaar in meerdere hulpverleningsvormen als voor verschillende doelgroepen (jeugdigen en ouders). De effecten zijn wisselend en er is weinig langdurig onderzoek gedaan, maar de resultaten ogen over het algemeen wel positief.

5.5 Nadere begripsbepaling

Empowerment: het principe van empowerment is het benutten van kracht en kennis van personen en hen activeren om zelf oplossingen te zoeken die passen in hun situatie (Cardol, 2007).

Fit tussen ouders en kind: fit tussen ouders en kind wil zeggen zij op elkaar zijn afgestemd. Op deze manier sluiten de taken en eisen die in het dagelijks leven worden gesteld aan bij de vaardigheden van het kind (Geeraets & Slot, 2007)

5.6 Afsluitende paragraaf

In dit hoofdstuk zijn een aantal basisuitgangspunten besproken van zo optimaal mogelijke (competentiegericht) ouderbegeleiding. Allereerst zijn in paragraaf 5.1 een aantal basisuitgangspunten van het werken met ouders aan bod gekomen. Hierin is een koppeling gelegd met het model van Belsky, dat weergeeft welke factoren van invloed zijn op het opvoedend handelen van ouders. Ook het vermogen van een hulpverlener om van perspectief te wisselen, zowel kijken vanuit het kind als vanuit de ouders, om zo de totale behandeling op elkaar af te laten stemmen is besproken. In paragraaf 5.2 ging het over competentiegerichtte hulp aan ouders. Ook hierbij zijn uitgangspunten verwoord. Overeenkomstig met de basisuitgangspunten die genoemd waren in paragraaf 5.1, is het respectvol bejegenen van ouders en streven naar empowerment. Ook het breder kijken, vanuit verschillende perspectieven en naar verschillende factoren en gebieden, komt overeen met het competentiemodel. Het competentiemodel richt zich op het herstel van taken en vaardigheden van ouders en kind. Belangrijk voor het competentiegericht werken met ouders is dat er meer dan één goede manier is om er invulling aan te geven. Iedere instelling die competentiegericht werkt gebruikt het competentiemodel als theoretisch uitgangspunt en vormt naar aanleiding hiervan een eigen unieke invulling op maat. In deelparagraaf 5.2.2 zijn de ontwikkelingstaken waarvoor ouders staan benoemd. Bekeken is hoe de verschillende taken en bijbehorende vaardigheden elkaar (kunnen) beïnvloeden. Door middel van een competentieanalyse kan de balans tussen de taken en vaardigheden opgemaakt worden. Deelparagraaf 5.2.3 behandelde de fit tussen ouders en kind. Uitgelegd is dat het van belang is dat de competenties van ouders en kind op elkaar afgestemd zijn. De mechanismen die de negatieve spiraal van incompetenties aan beide kanten in stand houden, zijn in afbeelding 5.2 inzichtelijk gemaakt. In paragraaf 5.3 zijn verschillende strategieën om competenties van ouders te vergroten besproken. In de daaropvolgende paragraaf zijn twee voorbeelden aan bod gekomen van toepassingen van het competentiemodel. En tot slot gaf paragraaf 5.5 een nadere begripsbepaling van een tweetal centrale begrippen.

Na dit theoretisch perspectief over de optimale ouderbegeleiding volgen in de volgende hoofdstukken praktische perspectieven. Het volgende hoofdstuk, hoofdstuk zes behandelt het huidige ouderbeleid van Merlijn.

Hoofdstuk 6 Praktisch perspectief: ouderbeleid in praktijk op Merlijn

In de eerste paragrafen van dit hoofdstuk wordt geschetst hoe het huidige ouderbeleid van Merlijn eruit ziet. Met ‘huidig’ wordt de periode voor invoering van het competentiemodel bedoeld. De kliniek Merlijn is een behandelingsmodule in het gehele traject dat ouders en kind doorlopen na aanmelding bij GGZ Regio Breda. Er vinden dus ook al oudercontacten plaats voor de kliniek in beeld komt. Deze contacten worden in dit hoofdstuk niet beschreven. Allereerst wordt het ouderbeleid van Merlijn in kaart gebracht. Daarna komt de hulp aan ouders door de verschillende disciplines van het behandelteam aan bod, respectievelijk de groepsleiding, de gezinstherapeut, de behandelcoördinator en de psychiater/ arts-assistent. Dit gebeurt mede naar aanleiding van semigestructureerde interviews met groepsleiding, gezinstherapeut en behandelcoördinator, met behulp van de vragenlijst in bijlage één. In bijlage vijf is per discipline gedetailleerd weergegeven hoe de oudercontacten zijn opgebouwd en wie erbij betrokken zijn. In paragraaf 6.3 wordt er ingegaan op het samenwerkingsverband tussen de groepsleiding en de gezinstherapeut met betrekking tot de hulp aan ouders. In paragraaf 6.4 wordt weergegeven hoe binnen Merlijn in april 2008 de stand van zaken is met betrekking tot het competentiegericht werken met ouders. Dit gebeurt naar aanleiding van semigestructureerde interviews met behulp van de vragenlijst in bijlage vier. Het hoofdstuk wordt afgesloten in paragraaf 6.5.

6.1 Huidig ouderbeleid Merlijn

“Centraal in ons ouderbeleid staat het aansluiten bij de hulpvraag.” Dit zegt de behandelcoördinator van Merlijn. Concreet wordt hiermee bedoeld dat aan ouders geen hulpvraag opgedrongen of opgelegd wordt, maar dat de hulpvraag met en door ouders wordt geformuleerd. In de ouderbegeleiding wordt gehandeld in navolging van het behandelplan. Er wordt uitgegaan van de al aanwezige sterke kanten en deze worden gestimuleerd.

Merlijn heeft geen volledig ouderbeleid op papier staan. Er wordt wel vanuit bepaalde uitgangspunten gewerkt. Een fundamenteel uitgangspunt van Zorgnetwerk Jeugd is dat bij de behandeling van kinderen en jeugdigen altijd de ouders betrokken worden. Dit principe wordt ook op Merlijn toegepast (GGZ Regio Breda, 2003). Er wordt systeemtheoretisch gewerkt (meer informatie hiervoor is opgenomen in hoofdstuk drie).

In de diagnostische fase dient er zicht te komen op de problematiek van het gezin en de daaruit volgende (on)mogelijkheden en motivatie voor verandering.

Tijdens de behandelfase worden binnen de mogelijkheden veranderingsmodellen aangeboden, met als doel de interactiepatronen tussen ouder en kind positief te beïnvloeden. Er wordt beoogd ouders inzicht te geven in de problematiek van hun kind en handvatten te laten ontwikkelen hoe met dit gedrag om te gaan.

In het ouderbegeleidingsproces dient de vraag van ouders en het aanbod van de GGZ op elkaar afgestemd te zijn. Doelen van ouderbegeleiding zijn (GGZ Regio Breda):

- het ontwikkelen en reguleren van de noodzakelijke werkrelatie tussen de ouders/ het gezin en de klinische behandelcontext van het kind;
- het formuleren van een gezamenlijke relatiedefinitie en visie op het kind, het gezin en de behandeling;
- het creëren van voorwaarden binnen de opvoedings-/ gezinscontext om gestagneerde ontwikkelingen van kind en gezin te stimuleren;
- het verminderen of hanteerbaar maken, binnen het gezin en/ of de thuissituatie, van de individuele pathologie.

6.2 Verschillende disciplines, verschillende oudercontacten

Er zijn meerdere disciplines binnen het behandelteam Merlijn die gedurende een opnameperiode contacten onderhouden met de ouders van een kind. Zie ook bijlage vijf. Hieronder wordt kort iedere discipline en haar specifieke invulling van oudercontacten besproken.

Groepsleiding

De groepsleiding onderhoudt gedurende de opname van een kind regelmatig contacten met de ouders. De groepsleiding laat zien ouders serieus te nemen door naar hen te luisteren. Ze denken mee in oplossingen en proberen gedragingen, problematieken, situaties aan ouders uit te leggen. Er wordt beoogd ouders inzicht te geven in de problematiek van hun kind en handvatten te laten ontwikkelen hoe met dit gedrag om te gaan.

De groepsleiding draagt de dagelijkse zorg voor het kind en communiceert hierover met ouders. Ouders mogen iedere avond bellen om te vragen hoe het met hun kind gaat. Zijn er bijzonderheden dan belt de groepsleiding op om dit door te geven. Op deze manier betrekken zij ouders bij de behandeling en ontwikkeling van hun kind. Ook voeren groepsleiding onder meer terugkomgesprekken met ouders, dit zijn weekendterugkoppelingen waarin besproken wordt hoe het weekend is verlopen. Meer informatie over de weekendterugkoppelingen zie bijlage vijf. De groepsleiding fungeert zoals zij zelf zeggen als een uitlaatklep voor ouders, ze biedt een luisterend oor. De groepsleiding reikt praktische pedagogische handvatten aan en geeft psycho-educatie. De groepsleiding helpt ouders om de diagnose van hun kind te vertalen naar de praktijk. Ouderparticipatie is daarbij erg belangrijk. Ouders worden regelmatig uitgenodigd om mee te draaien in de dagelijkse praktijk op de groep.

Gezinstherapeut

Ook de gezinstherapeut onderhoudt gedurende de opname van een kind regelmatig contacten met de ouders. Er vindt allereerst een observatieperiode plaats, waarna de behandelperiode start. De behandelperiode is gericht op het werken aan de doelen. De inhoud van de contactmomenten is gedurende de ouderbegeleiding bij ieder gezin en in ieder gesprek verschillend, maar altijd zoveel mogelijk gericht op de doelen. Er wordt eclectisch gewerkt en alle interventies zijn aangepast op de cliënten. Eclectisch werken houdt in dat er wisselend vanuit verschillende richtingen gewerkt wordt en/ of dat de goede aspecten uit diverse richtingen worden samengevoegd en gebruikt.

De gezinstherapeut werkt onder meer vanuit de contextuele theorie van Boszormenyi- Nagy aangezien zij dit naar haar mening een belangrijk theoretisch kader is. Zie tekstbox 6.1. In navolging van deze contextuele theorie wordt gestreefd naar een zo eerlijk mogelijke relatie tussen de cliënt en diens context.

De gezinstherapeut zoekt tijdens de kennismaking aansluiting bij de visie van de ouders en het gezin. Er wordt psycho-educatie, gericht op kennisverwerving en integratie bij ouders gegeven. Ook acceptatie en verwerking door ouders van de beperkingen van het kind en de consequenties hiervan voor de gezins-/ opvoedingssituatie spelen een belangrijke rol. Daarnaast wordt er geprobeerd de handelingsvaardigheden van ouders uit te breiden, eventueel met het initiëren van thuisbehandeling (zogenaamde kinderpsychiatrische intensieve thuisbehandeling, afgekort K.I.T.). Ook worden diepliggende problemen besproken, ondersteuning geboden om bijvoorbeeld in de opvoeding op één lijn te komen, etc.

Aan gezinnen waarbij een van de kinderen is opgenomen op Merlijn kan ook systeemtherapie geboden worden. Dit is een uitbreiding van de ouderbegeleiding die aan alle gezinnen wordt

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

gegeven. Niet bij alle cliëntsystemen (systeem rondom het kind) past systeemtherapie. Systeemtherapie vraagt van het systeem dat zij inzicht kunnen ontwikkelen in de problematiek van het systeem. Voorbeelden zijn verbanden gaan zien in gezinsinteracties en een bepaald niveau van communiceren bezitten. Bij systeemtherapie wordt het hele gezin en andere betrokkenen (bijvoorbeeld opa, oma, oom, tante) meegenomen.

Tekstbox 6.1

De contextuele hulpverlener – Ivan Boszormenyi- Nagy

De grondhouding van de contextuele hulpverlener is de meerzijdige partijdigheid, de gezinstherapeut bekommert zich dus om al diegenen die door de hulpverlening worden beïnvloed. Specifieke contextuele interventies zijn:

- erkenning geven aan het onrecht dat de cliënt werd aangedaan (erkenning voor het slachtoffer) en aan datgene wat hij doet voor anderen (erkenning van de verdienste);
- het maken van een genogram. De familie en het gezin van herkomst worden letterlijk in kaart gebracht;
- opzoeken en aanwenden van de resterende hulpbronnen: wie in de context kan wat doen, dat positief bijdraagt tot de betrouwbaarheid van de relatie;
- de verwachting van actie: de voortdurende, consequent volgehouden en expliciete verwachting van de hulpverlener dat de cliënt actie zal ondernemen, die deel uitmaakt van verantwoord ouderschap, kind zijn of partnerschap. Een zorgvuldige timing is daarbij noodzakelijk;
- verbindend vragen stellen: de gezinstherapeut hanteert consequent een verbindende taal (<http://www.contexttotaal.nl/downloads/contextuelehulpverlening.pdf>).

Behandelcoördinator en psychiater/ arts-assistent

De behandelcoördinator van Merlijn is verantwoordelijk voor de communicatie naar ouders rondom het verloop van de behandeling. De psychiater is eind- en hoofdverantwoordelijk voor de behandeling van het kind. De arts-assistent kan gezien worden als een verlengstuk van de psychiater. Vandaar dat ze hier in één adem genoemd worden. Ook zij onderhouden contacten met ouders gedurende de opname van het kind. Zij voeren onder andere de aannamesgesprekken vooraf aan de opname en bespreken tussentijdse adviezen (die uit de multidisciplinaire overleggen naar voren kwamen) met de ouders. De psychiater en de arts-assistent bespreken ook regelmatig het medicatiebeleid met de ouders.

6.3 Samenwerkingsverband groepsleiding en gezinstherapeut

In de praktijk is er sprake van een overlap tussen de hulp aan ouders geboden door de groepsleiding en door de gezinstherapeut. Beiden geven psycho-educatie en bieden praktische pedagogische handvatten aan ouders aan. De hulp die de gezinstherapeut en de groepsleiding bieden kan niet los van elkaar gezien worden. De gezinstherapeut stuurt deze hulp aan en inventariseert de doelen van ouderbegeleiding.

Naast overeenkomsten zijn er ook verschillen. Het voornaamste verschil is terug te vinden in de invalshoeken van beide disciplines.

De groepsleiding gaat in eerste instantie uit van de interactie tussen ouders en kind en geeft begeleiding bij praktische opvoedingsvragen gericht op het kind. Hun invalshoek is: wat heeft het kind nodig?

De gezinstherapeut heeft een bredere kijk. Deze kijkt naar het hele systeem: wat heeft het systeem nodig? Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de onderlinge verhoudingen en het gevolg

hiervan op de problematiek, het effect van bepaalde interacties binnen het systeem, communicatie, opvoedingsgeschiedenis van de opvoeders etc.

6.4 Enkele maanden na invoering van het competentiemodel

In deze paragraaf wordt weergegeven hoe binnen Merlijn in april 2008 de stand van zaken is met betrekking tot het competentiegericht werken met ouders. Dit aangezien het nu enkele maanden geleden is dat de cursussen zijn gevolgd en het model is ingevoerd. Dit gebeurt naar aanleiding van de uitkomsten van de semigestructureerde interviews met de behandelcoördinator, de gezinstherapeut en twee groepsleiders. Voor de gebruikte vragenlijst zie bijlage vier. Centraal staat de beantwoording van de volgende twee vragen: wat zijn de ervaringen van de respondenten met het competentiegericht werken met ouders en wat zijn hun wensen, verwachtingen voor de toekomst op dit gebied?

Ervaringen

In de basiscursus ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’ is niet specifiek aan bod gekomen hoe er competentiegericht gewerkt kan worden met ouders. Dit was niet het doel van de training. In de training ‘Competentiegericht Hulpverlening en Management’ zijn er wel een aantal instrumenten besproken die ook met ouders gebruikt zouden kunnen worden, zoals de ‘lijst dagelijkse routine’. Zie bijlage zeven voor meer informatie hierover. De respondenten verwoordden een behoefte aan bijscholing met betrekking tot de hulp aan ouders. Ze hadden het als gemis ervaren dat er in de training te weinig bij stil was gestaan.

De respondenten zeiden nog geen verschil te ervaren in de manier waarop zij naar ouders kijken. De gezinstherapeut zei wel dat ze wel met andere ogen is gaan kijken naar de technieken die ze toepaste.

Alle respondenten gaven aan nog midden in het implementatieproces te zitten, ze hadden zich het competentiemodel nog niet voldoende eigen gemaakt. De groepsleiding verwacht dat het competentiegericht werken met ouders vanzelf komt wanneer het competentiegericht werken op de groep met de jeugdigen eenmaal loopt en goed geïmplementeerd is.

De groepsleiding bemerkte nog geen verschil in haar eigen handelswijze. Als reden gaven ze aan dat ze er nog over hadden nagedacht en het op dit moment geen prioriteit had. Eerst moest het model op de groep draaien, alvorens het ook naar ouders toe gebruikt kon worden.

De behandelstaf benoemde al wel een aantal verschillen in werkwijze. Zo werd ervaren dat de behandeling veel concreter vorm kreeg door de focus op de dagelijkse routine en taken en vaardigheden. Ze bemerkten dat ze bezig waren zich de taal van het competentiemodel eigen te maken, meer te gaan denken en handelen naar net genoemde begrippen. Ook werd aangegeven dat de nadruk nog meer op het positieve kwam te liggen, al was iedereen van mening dat er voorheen ook al gekeken werd naar de positieve kanten van jeugdigen en ouders/ gezin. De gezinstherapeut gaf aan het lastig te vinden hoe competentiegericht om te gaan met zwaarmoedige ouders.

De groepsleiding vraagt zich af of het hele systeem wel competentiegericht benaderd moet worden. Argumenten waren dat er dan uitgegaan wordt van het idee van ‘maakbare’ ouders en dat er teveel eisen aan ouders/ gezinnen gesteld zullen worden.

De gezinstherapeut denkt dat het prettig zal zijn voor ouders om in beweging gezet te worden door de competentiegericht benadering. Dat ouders het gevoel zullen hebben dat ze ‘eindelijk aan de slag kunnen met het kind’.

Verwachtingen/ wensen voor de toekomst

- meer informatie met betrekking tot het competentiegericht werken met ouders;

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

- gebruik gaan maken van de competentieanalyse omdat er dan specifiek en gericht aan de slag kan worden gegaan;
- dat er doelgerichter gewerkt zal gaan worden naar aanleiding van het concrete karakter van het model;
- wens is dat het behandelteam elkaar ondersteunt in de invoering van het competentiegericht werken met ouders. En dat er hiervoor door de organisatie tijd wordt vrijgemaakt.

6.5 Afsluitende paragraaf

In dit hoofdstuk is getracht het ouderbeleid van Merlijn in kaart te brengen dat zich baseert op het aansluiten bij de hulpvraag van ouders. In paragraaf 6.1 is weergegeven volgens welke uitgangspunten Merlijn met ouders werkt en welke doelen zij stelt aan ouderbegeleiding. In de daaropvolgende paragraaf, paragraaf 6.2, is aangegeven hoe het ouderbeleid in de praktijk vorm krijgt door de verschillende disciplines van het behandelteam aan bod te laten komen. Het nauwe samenwerkingsverband tussen de groepsleiding en de gezinstherapeut is verwoord in paragraaf 6.3. Ook is daar gepoogd de scheidingslijn tussen beide disciplines aan te geven. Verwezen is naar bijlage vijf waarin concreet en puntsgewijs is terug te vinden hoe en wanneer bepaalde oudercontacten plaatsvinden. In de vierde paragraaf is opgenomen wat enkele maanden na invoering van het competentiemodel de stand van zaken is met betrekking tot het competentiegericht werken met ouders op Merlijn. In het volgende hoofdstuk wordt er verder ingegaan op ouderbegeleiding in de praktijk. In hoofdstuk zeven wordt namelijk beschreven hoe er bij een tweetal externe instellingen competentiegericht gewerkt wordt met ouders.

Hoofdstuk 7 Praktisch perspectief: ouderbeleid in de praktijk op andere instellingen

In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe er op een tweetal instellingen gewerkt wordt met het competentiemodel in de hulp aan ouders. Beide instellingen hebben eenzelfde doelgroep als Merlijn, namelijk: kinderen van 0 – 12 jaar waarbij er sprake is van een (vermoedelijke) structurele psychiatrische stoornis. Paragraaf 7.1 behandelt het ouderbeleid van instelling A. Paragraaf 7.2 gaat in op de oudertraining georganiseerd door instelling B. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 7.3 afgesloten.

7.1 Competentiegericht werken met ouders op instelling A

In deze paragraaf wordt van de eerst bezochte instelling beschreven hoe zij invulling geeft aan de hulp aan ouders met behulp van het competentiemodel. Allereerst wordt een korte omschrijving van de instelling en het implementatieproces gegeven in subparagraaf 7.1.1. In subparagraaf 7.1.2 komen de uitgangspunten van het ouderbeleid aan bod, waarna in subparagraaf 7.1.3 het ouderbeleid in de praktijk in beeld wordt gebracht. In subparagraaf 7.1.4 worden tot slot de ervaren veranderingen en effecten sinds de invoering van de competentiegerichtte hulp aan ouders beschreven.

7.1.1 Korte omschrijving instelling A

Instelling A is een gespecialiseerd ziekenhuis voor kinder- en jeugdpsychiatrie, met locaties verspreid over Gelderland en Overijssel. Instelling A biedt diagnostiek en behandeling aan jeugdigen met ernstige, vaak meervoudige psychiatrische problemen. Vanuit hun competentiegerichtte benadering kijken ze vooral naar het ontwikkelingspotentieel van de jeugdige in zijn gezin. Besproken wordt een klinische afdeling (www.instellingA.com).

De invoering van het competentiemodel startte begin 2005 met de training van de stafleden door PI-Research. De stafleden hebben de vijfdaagse training ‘Competentiegerichtte Hulpverlening en Management’ gevolgd. Begin 2007 zijn de driedaagse cursussen ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’ voor de groepsleiding van start gegaan. Tegenwoordig zijn alle medewerkers getraind in het competentiemodel.

7.1.2 Uitgangspunten ouderbeleid

Binnen instelling A is het werken met ouders volgens het competentiemodel nog relatief nieuw. Ze zitten nog volop in het proces van het vormen van hun eigen, unieke invulling hieraan. Ze handelen ten opzichte van ouders vanuit een aantal uitgangspunten, namelijk:

- de hulpvraag van ouders is de rode draad van de competentiegerichtte behandeling;
- ouders worden respectvol bejegend;
- “wil je competentiegericht werken, moet je ouders in hun ouderrol laten.” Hiermee wordt bedoeld dat ouders de ervaringsdeskundigen zijn en dat het belangrijk is dat de professionals hun ervaringen met het kind naast die van de ouders plaatsen. “Een valkuil is denken en handelen vanuit ‘wij weten het beter dan ouders’. Ga op sommige vlakken naast de ouders staan (daar waar de –ervarings–deskundigheid van ouders aanwezig is) en op andere vlakken erboven (daar waar je zelf meer deskundig bent). Iedereen heeft een eigen deskundigheid.”;
- alle professionals kunnen vanuit hun eigen deskundigheid met ouders praten;
- timing, herkenning en erkenning zijn sleutelbegrippen in het proces van ouderbegeleidingsproces. Hiermee worden ouders serieus genomen worden. “(H)erkenning is de basis voor een samenwerkingsrelatie met ouders.” Hieronder worden de sleutelbegrippen uitgelegd:

Timing: heb oog en oor voor de problemen want die zijn er ook. Met name in de beginperiode zit het probleem hoog. Schat goed in wanneer je wat kunt bespreken.

Herkenning: benoem naar ouders welke probleemgedragingen of welke problematiek je van het kind geobserveerd hebt. Doe hetzelfde voor de positieve eigenschappen van het kind. Benoem dit naar aanleiding van concrete situaties.

Erkenning: benoem naar ouders dat je je bepaalde gevoelens voor kunt stellen naar aanleiding van concrete situaties waarin het kind problematisch gedrag laat zien.

Benoem ook je eigen gevoel daarbij want “dit gevoel kun je delen met ouders”;

- “competentiegericht werken met ouders is een kwestie van het vinden balans tussen het ingaan op de problemen én het ingaan op het positieve, de competenties.” Van belang hierbij is te leren zien wat ouders al kunnen.

7.1.3 Ouderbeleid in praktijk

In deze subparagraaf wordt besproken hoe de uitgangspunten in de praktijk tot uiting komen. Van belang hierbij te vermelden is dat het competentiegericht werken nog steeds in ontwikkeling en beweging is. De implementatie is een langdurig proces.

Bij het begin van de opname vullen ouders samen met de ouderbegeleidster een lijst van de dagelijkse routine in.

Er wordt door de groepsleiding over het kind een competentieanalyse gemaakt. En ook de ouderbegeleidster maakt over en samen met de ouders een competentieanalyse. Dit gebeurt door middel van het weegschaalmodel. Zie figuur 4.1. De weegschaal wordt heel helder en visueel aan ouders uitgelegd en met ze besproken. Het weegschaalmodel wordt als volgt aan ouders uitgelegd:

- waar is het kind goed in (sterk punt);
- waar liggen de beperkingen van het kind (verbeterpunt);
- waar is de omgeving van het kind goed in (sterk punt);
- waar liggen de beperkingen van de omgeving (verbeterpunt), hierin is het van belang om onderscheid te maken in harde stressoren die onveranderbaar zijn en zachte stressoren die wel beïnvloedbaar zijn.

Gedurende de behandeling gaan ouders steeds meer participeren bij de behandeling, worden ze als het ware partner in de behandeling. De behandeling vindt zoveel mogelijk in overleg met de ouders plaats, het blijft immers hun kind. Zo zijn ouders aanwezig bij de tweede (en verdere) behandelplanbesprekingen. Samen met de ouders en alle disciplines die met het kind gewerkt hebben wordt het vervoltraject uitgestippeld.

Succeservaringen door ouders worden gestimuleerd. Dit gebeurt onder meer door ouders te laten meedraaien en oefenen op de groep of psychomotorische gezinstherapie aan te bieden. Aan de hand van praktijkoefeningen wordt gepoogd ouders een positief gevoel te geven. Ouders doen succeservaringen op en analyseren daarna hoe het nu komt dat het goed gaat. Er worden ook oudergroepen georganiseerd. Dit heeft een drieledig doel, namelijk het bijeenkomen van lotgenoten, het samen bespreken van mogelijke oplossingen én het ontwikkelen van competenties.

De ouderbegeleidster biedt in de behandelingsperiode hulp bij rouwverwerking (emotioneel en cognitief de pathologie van het kind een plaats geven), geeft psycho-educatie en ze biedt pedagogische handvatten aan. De groepsleiding geeft antwoord op specifieke vragen van ouders en betreft en informeert ouders aan de hand van vastgestelde doelen.

7.1.4 Veranderingen en effecten

Deze subparagraaf gaat in op hoe de competentiegerichte hulp aan ouders wordt ervaren. Centraal in deze paragraaf staan de volgende twee vragen: welke veranderingen zijn ervaren sinds de invoering van het competentiemodel en wat is het effect van het werken op deze manier met betrekking tot de hulp aan ouders?

Veranderingen sinds de invoering van het competentiemodel:

- “je gaat meer vanuit de competenties van ouders kijken.” De ouderbegeleidster kijkt met ouders terug naar situaties die al goed gaan en analyseert waarom dat goed verloopt: wat is de rol van de ouder daarin? Op deze manier worden de ouders bewust van de vaardigheden die ze in deze succesvolle situaties gebruiken en kunnen deze eventueel ingezet worden bij problematischere situaties;
- “je werkt meer oplossingsgericht in plaats van probleemgericht”;
- de observatie is niet langer alleen op het probleemgedrag of de problematiek, maar op het algehele functioneren in de dagelijkse routine gericht;
- de grootste verandering is dat je veel concreter met ouders werkt, een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld het invullen van de ‘lijst dagelijkse routine’. Je bespreekt naar aanleiding van de dagelijkse routine met ouders: waar loop je tegen aan, wat is moeilijk; wat loopt goed en waarom; welke wensen heb je? Hieruit krijgt de behandeling vorm.

Geconstateerde effecten sinds de invoering van het competentiemodel:

- de ervaring leert dat de uitleg van het weegschaalmodel heel motiverend werkt voor ouders. Een groot voordeel is dat het verbanden heel helder laat zien;
- ouders participeren mee in de behandeling waardoor ze actief blijven en/ of actief betrokken worden in oplossingen. Op deze manier blijven en worden ouders gestimuleerd om mee te denken;
- ouders worden serieus genomen in hun ouderrol;
- ouders krijgen in de gaten wat ze al goed kunnen.

7.2 Competentiegericht werken met ouders op instelling B

In deze paragraaf wordt van de tweede bezochte instelling beschreven hoe zij invulling geeft aan de hulp aan ouders met behulp van het competentiemodel. Allereerst wordt een korte omschrijving van de instelling en het implementatieproces gegeven in subparagraaf 7.1.1. In subparagraaf 7.1.2 komen de uitgangspunten van het ouderbeleid aan bod, waarna in subparagraaf 7.1.3 het ouderbeleid in de praktijk in beeld wordt gebracht. In subparagraaf 7.1.4 worden tot slot de ervaren veranderingen en effecten sinds de invoering van de competentiegerichte hulp aan ouders beschreven.

7.2.1 Korte omschrijving instelling B

Instelling B is een organisatie in de geestelijke gezondheidszorg in het midden van het land. Ze biedt zorg aan kinderen, volwassenen en ouderen in de regio's Almere, Gooi en Vechtstreek en Oostelijk Utrecht & Veluwe Vallei. Instelling B biedt onder leiding van een kinder- en jeugdpsychiater onderzoek en deskundige en gespecialiseerde hulp aan jeugdigen van 0 - 18 jaar en hun gezin. Besproken wordt de dagbehandeling te Almere (www.instellingB.nl).

In maart 2007 is er gestart met het implementeren van het competentiemodel. PI Research heeft toen een informatiemiddag georganiseerd waarin het model werd toegelicht. Instelling B besloot zich te trainen in de oudertraining. In mei 2007 is de eerste groep sociotherapeuten getraind in ‘3x Groei; De oudertraining’. Deze training is gericht op het leren van opvoedingsvaardigheden aan ouders. Aan deze eerste trainingsgroep is geleerd dat alle opvoedingsvaardigheden met ouders geoefend moesten worden. De tweede, meest recentst getrainde groep sociotherapeuten heeft geleerd de training meer op maat in te vullen. Dit wil zeggen meer afgestemd op de individuele wensen en behoeften van specifieke ouders. Er wordt meer gekeken naar welke opvoedingsvaardigheden deze specifieke ouder(s) al bezitten, welke vaardigheden alleen nog puntjes op de i nodig hebben, welke nog nieuw en lastig zijn, etc. In totaal zijn er nu veertien oudertrainers.

7.2.2 Uitgangspunten ouderbeleid

Instelling B biedt ouders een oudertraining aan om hun competenties te vergroten door middel van het aanleren van opvoedingsvaardigheden. Naast deze training hebben ouders ook minimaal tweewekelijks contact met de sturend behandelaar die de ouders begeleidt. De hulp aan ouders wordt vormgegeven naar aanleiding van de volgende uitgangspunten:

- ouders worden respectvol bejegend;
- centraal in de ouderbegeleiding staat het behandelplan en de daarbij geformuleerde doelen;
- bij de ouderbegeleiding en de oudertraining worden beide ouders verwacht, tenzij er anders is afgesproken in het behandelplan. Dit omdat instelling B ongezonde verschuivingen in de ouderrollen wil voorkomen en in eventueel beide thuissituaties de dagelijkse routine en de reacties van de ouders op bepaald gedrag van het kind, zo voorspelbaar en gelijk mogelijk wil laten verlopen;
- de oudertraining is een middel om de doelen van het behandelplan te bereiken. Het is niet het enige wat gedaan wordt en geen doel op zich;
- “ouders zijn verplicht mee te doen aan de oudertraining wanneer hun kind word opgenomen op de dagbehandeling.” Hiervoor is gekozen om op deze manier de verantwoordelijkheid voor het kind bij de ouders te leggen/ houden. Het is hun kind en zij zijn degenen die het uiteindelijk zullen moeten doen;
- uitgangspunt is dat de oudertraining zo snel mogelijk start. Het daadwerkelijke startpunt is afhankelijk van de verhouding van de draagkracht – draaglast van ouders en of er trainers beschikbaar zijn;
- ouders worden serieus genomen. Dit betekent onder meer dat er naar ouders geluisterd wordt; erkenning geboden wordt zodat zowel negatieve als positieve emoties een plek kunnen krijgen; er verwachtingen aan ouders gesteld worden en deze ook getoetst worden; er uitleg gegeven wordt over onder andere het veranderingsproces dat ingezet wordt met de oudertraining en over de pathologie van het kind (psycho-educatie);
- het is belangrijk om dezelfde taal als de ouders te spreken en zo op hun wereld aan te sluiten;
- ouders worden positief benaderd zodat ook zij (meer) positieve dingen gaan zien en daarmee ook de winst van het gebruik van de technieken in zullen gaan zien;
- er wordt inzichtgevend gewerkt;
- het streven is dat ouders het geleerde zo eigen maken dat het een tweede natuur wordt.

Belangrijke uitgangspunten voor de werkhouding van een oudertrainer zijn:

- respect tonen: behoeften en wensen van ouders en kind worden gehoord en serieus genomen;
- aansluiten bij de eigen krachten van ouders en kind: deze activeren bij het realiseren van doelen;
- prioriteit geven aan het functioneren van ouders en kind in het dagelijks leven;
- zelfstandig functioneren van ouders en kind nastreven;
- gemeenschappelijke agenda: helderheid ten aanzien van de behandelingsdoelen;
- stapsgewijs en opbouwend werken aan het realiseren van concrete en haalbare doelen. Op deze manier is het werken aan doelen evalueerbaar;
- leren van vaardigheden: dit impliceert het gebruik van concrete gedragsveranderingstechnieken.

7.2.3 Ouderbeleid in praktijk

In deze subparagraaf wordt besproken hoe deze uitgangspunten in de praktijk tot uiting komen in zowel de ouderbegeleiding als de oudertraining.

Ouderbegeleiding

De ouderbegeleider binnen instelling B is dezelfde persoon als de sturend behandelaar (behandelcoördinator). Dit is voor ouders en kind de centrale figuur in de behandeling en deze heeft een coördinerende rol. Bij de bijeenkomsten die de ouderbegeleider heeft met de ouders en soms ook met de kind(eren), is ook de mentor van het kind aanwezig. Op deze manier kan er een compleet beeld gevormd worden van het gezin en kan de koppeling naar het leerproces van het kind goed gelegd worden.

In de ouderbegeleiding wordt er gekeken naar het hele systeem. Er is aandacht voor de voorgeschiedenis van de ouders en patronen en hiërarchie binnen het gezin. Ook wordt er psycho-educatie gegeven.

Instelling B vindt een goede communicatie met ouders erg belangrijk. In het begin wordt er aan ouders uitgelegd dat er competentiegericht gewerkt wordt en wat dat inhoudt. Ouders brengen en halen hun kind iedere dag. Op ieder breng- en haalmoment vindt er een overdracht plaats waarin wordt besproken hoe het met het kind en de ouders gaat. “De overdracht staat in het teken van samenwerking en informatie-uitwisseling over hoe het de vorige dag thuis is gegaan. Eventuele leerdoelen en afspraken komen hierin terug.”

Instelling B gebruikt een aantal technieken van het competentiemodel in haar ouderbegeleiding. Zo brengen ze de vaardigheden van de ouders, het kind en het gezin in kaart. Dit gebeurt impliciet, niet door middel van het bespreken van de weegschaal met ouders. Ook worden competenties sterk benadrukt en er wordt zorg voor gedragen dat ouders ook gaan zien wat er goed gaat.

De ouders worden bij het proces van de behandeling betrokken. Wanneer bij de intake de diagnostiek al heeft plaatsgevonden, worden doelen met de ouders opgesteld door onder andere de wensen van ouders te bespreken. Er wordt een overeenstemming bereikt tussen de ouders en de professionals. Het opbouwen van doelen gebeurt zoveel mogelijk in overleg met de ouders. Gezamenlijk wordt de rode draad in de gaten gehouden. Hierbij is de rol van de professionals indien nodig sturend of manipulatief. De ouders, het kind, de sociotherapeuten en de sturend behandelaar (ouderbegeleider) werken samen aan de behandeling.

Oudertraining

De oudertraining heeft een tweeledig doel, namelijk het vergroten van opvoedingsvaardigheden bij ouders én het werken aan gedragsverandering bij het kind in de thuissituatie.

Een oudertrainer gebruikt een aantal technieken om deze doelen te bereiken, namelijk: observeren uit eerste en tweede hand, interview dagelijkse routine, informeren, feedback geven, model staan of een voorbeeld geven, instrueren en oefenen (PI Research, 2008).

Bij instelling B vindt de oudertraining één keer in de week plaats op de groep. Het is een individuele bijeenkomst met ouders, kind en trainer. Dat de training plaats vindt op de groep heeft twee redenen. Ten eerste is binnen de muren van de instellingen alles omhanden en word je niet gestoord door afleidende factoren van het dagelijks leven thuis (telefoon, deurbel, etc.). Ten tweede kan het doen van de rollenspellen en oefeningen van de training in de thuissituatie door ouders als te kunstmatig ervaren worden.

In de observatieperiode van drie maanden vinden voor de eerste bijeenkomst van de training meerdere contacten tussen ouders en oudertrainer plaats. Er wordt een huisbezoek afgelegd. Het doel hiervan is om erachter te komen hoe een kind zijn thuis beleeft. Daarnaast helpt het ook bij het inleven in wat de ouders vertellen doordat je de omgeving kent waarin hun dagelijks leven zich afspeelt. Tevens zijn ouders meer ontspannen op hun eigen plek en is de kans groter dat je meer ziet van de problematiek van het kind. Er wordt een ‘lijst dagelijkse routine’ afgenomen. Vervolgens maakt de oudertrainer een sterkte/ zwakteanalyse en wordt er samen met de ouders een werkplan opgesteld.

Hierna volgt de eerste bijeenkomst. De bijeenkomsten hebben plaats gedurende de behandelperiode van gemiddeld één jaar. De ervaring leert dat dit voldoende tijd geeft voor de oudertraining. De fit tussen ouders en kind wordt in de gaten gehouden. Wanneer het kind bijvoorbeeld sneller zijn vaardigheidsrepertoire vergroot dan de ouders wordt er een koppeling gelegd naar de ouderbegeleidster. De ontwikkelingen worden daar dan besproken zodat er veranderingen in gang gezet kunnen gaan worden. Het is dus niet zo dat een kind zijn doelen behaald kan hebben terwijl de ouders nog niet zover zijn.

In de training worden opvoedingsvaardigheden aangeleerd die ouders thuis moeten gaan oefenen. Deze vaardigheden worden ook getoetst.

7.2.4 Veranderingen en effecten

Deze subparagraaf gaat in op hoe de competentiegerichtte hulp aan ouders wordt ervaren. Centraal in deze paragraaf staan de volgende twee vragen: welke veranderingen zijn ervaren sinds de invoering van het competentiemodel en wat is het effect van het werken op deze manier met betrekking tot de hulp aan ouders?

Veranderingen sinds de invoering van het competentiemodel:

- de grootste verandering is dat er nu een oudertraining wordt gehouden;
- “de behandeling is veel concreter geworden”;
- door de oudertraining komen bepaalde onderwerpen of onderliggende mechanismen eerder aan bod en in een stroomversnelling. Dit kan dan worden gekoppeld naar de ouderbegeleiding. Verschillen tussen de opvoedingsstijlen van ouders worden bijvoorbeeld makkelijker onderwerp van gesprek.

Geconstateerde effecten sinds de invoering van het competentiemodel:

- ouders worden zich meer bewust over hoe ze om kunnen gaan met hun kind dat opgenomen is op instelling B. Ook worden deze vaardigheden gegeneraliseerd naar andere kinderen in het gezin;
- ouders worden creatief in het oplossen en voorkomen van problemen. Een voorbeeld hiervan is dat ze voor hun kinderen creatieve beloningen binnen de dagelijkse routine bedenken en toepassen;
- ouders bieden meer structuur aan in de thuissituatie;
- er ontstaat helderheid ten aanzien van bijvoorbeeld grenzen voor zowel ouders als kind;
- ouders ervaren de oudertraining positief. Ze vinden het een grote tijdsinvestering die de moeite waard is. “Wanneer een kind wordt opgenomen is de draaglast voor ouders te groot. Het doel van de opname is om de draagkracht van ouders weer te vergroten zodat het kind zo optimaal mogelijk kan functioneren. Dit vergroten van de draagkracht vraagt (tijds)investeringen van ouders. De oudertraining levert meer draagkracht op.”

7.3 Afsluitende paragraaf

In dit hoofdstuk is besproken hoe er op instelling A en instelling B invulling gegeven wordt aan competentiegerichtte hulp aan ouders. In paragraaf 7.1 is het ouderbeleid van instelling A aan bod gekomen en in paragraaf 7.2 is instelling B besproken. Nadat de instellingen kort werden beschreven, zijn beider uitgangspunten van het competentiegericht werken weergegeven. Een aantal overeenkomsten op dit gebied zijn onder andere dat de hulpvraag en doelen centraal staan in de behandeling, dat ouders respectvol bejegend dienen te worden en (h)erkenning belangrijk is in de samenwerkingsrelatie met ouders. Na de uitgangspunten is de praktische invulling van competentiegerichtte hulp aan ouders beschreven. Beide instellingen maken gebruik van de ‘vragenlijst dagelijkse routine’ en het weegschaalmodel. Ook in de vierde subparagraaf zijn overeenkomsten terug te vinden. Zowel instelling A als instelling B hebben bijvoorbeeld bemerkt dat de behandeling veel concreter is geworden sinds de invoering van het competentiemodel.

In het volgende hoofdstuk zal worden beschreven hoe er naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek competentiegericht met ouders gewerkt kan worden binnen Merlijn. Conclusies en aanbevelingen komen hierin aan bod.

Hoofdstuk 8 Conclusies en aanbevelingen: competentiegerichtte ouderbegeleiding op Merlijn

In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe er aan de hand van de resultaten van dit onderzoek competentiegericht met ouders gewerkt kan worden binnen Merlijn. In de eerste paragraaf komen de resultaten van dit onderzoek aan bod. Dit gebeurt door middel van het beantwoorden van de deelvragen van dit onderzoek. Paragraaf 8.2 geeft de conclusies weer die naar aanleiding van dit onderzoek getrokken kunnen worden. Deze conclusies leiden tot aanbevelingen voor de invoering en het gebruik van het competentiemodel als theoretisch kader voor het werken met ouders. Deze aanbevelingen worden besproken in paragraaf 8.3. In paragraaf 8.4 volgt een discussie over de resultaten van dit onderzoek. Het hoofdstuk eindigt met een slotparagraaf.

8.1 Beantwoording deelvragen

Deze paragraaf vat de resultaten van dit onderzoek samen. In subparagraaf 8.1.1 wordt een antwoord gegeven op de eerste deelvraag van dit onderzoek. Hierin wordt beschreven wat competentiegericht werken inhoudt. In de tweede subparagraaf wordt samengevat weergegeven wat belangrijk is voor het (competentiegericht) werken met ouders. Hiermee wordt deelvraag twee beantwoord. Subparagraaf 8.1.3 maakt een vergelijking tussen instelling A, instelling B en Merlijn met betrekking tot de competentiegerichtte hulp aan ouders (deelvraag drie en vier). Op deelvraag vijf wordt in de paragraaf 8.3 antwoord gegeven.

8.1.1 Competentiegericht werken

In deze subparagraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag één van dit onderzoek, namelijk ‘Wat houdt het competentiemodel in, in het bijzonder binnen residentiële instellingen?’

Competentiegericht werken

De kern van het competentiemodel is dat het zich zowel richt op het verminderen van problemen als op het bevorderen van de ontwikkeling. Het model biedt een kader om de problematiek én de sterke punten van jeugdigen en ouders te analyseren. Hiermee onderscheidt het competentiemodel zich van andere jeugdhulpverleningmodellen die in veel mindere mate naar de sterke punten van jeugdigen en ouders kijken.

Het competentiemodel gaat uit van een soort weegschaal. Aan de ene kant heeft een individu een aantal (ontwikkelings)taken te verrichten en aan de andere kant van de weegschaal bevinden zich de vaardigheden die noodzakelijk zijn om deze taken uit te voeren.

Competentievergroten en hulpverlening is gericht op verminderen van probleemgedrag en het vergroten van vaardigheden van een jeugdige. Residentiële hulp die hierop gericht is vereist een programma dat bestaat uit verschillende, nauw met elkaar samenhangende elementen. Het competentiemodel stelt de jeugdige centraal en doet dit door middel van het centraal stellen van de dagelijkse routine.

Belangrijke uitgangspunten van competentiegericht werken zijn:

- toon respect voor ouders en jeugdige: behoeften (mogelijkheden en beperkingen) en wensen worden gehoord en serieus genomen;
- sluit aan bij de eigen krachten van ouders en jeugdige: activeren van eigen krachten bij realiseren van doelen;
- werk ontwikkelingsgericht: geef in de begeleiding van ouders en jeugdige prioriteit aan het functioneren in het dagelijks leven;

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

- richt je op het leren van vaardigheden en maak gebruik van concrete gedragsveranderingstechnieken;

8.1.2 Uitgangspunten (competentiegericht) werken met ouders

In deze subparagraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag twee van dit onderzoek, namelijk 'Hoe ziet de optimale ouderbegeleiding binnen residentiële instellingen eruit volgens het competentiemodel?'

Om antwoord te geven op deze deelvraag is het relevant om eerst de basis die ten grondslag ligt aan ouderbegeleiding te beschrijven. Een aantal zaken dienen in ogenschouw genomen te worden. Deze worden hieronder genoemd.

Werken met ouders

Belangrijke basisuitgangspunten voor het werken met ouders zijn:

- ouderbegeleiding speelt zich altijd af in het centrum van een complex netwerk van betrekkingen. Ouder- en kindproblemen zijn per definitie problemen in een circulaire, interactionele context;
- ouderschap is een functie. Elke vorm van werken met ouders moet als primair doel hebben: ervoor zorgen dat de ouder zich gerespecteerd voelt in zijn functie van ouder;
- bejegen ouders weloverwogen en respectvol. Veelzijdige partijdigheid wordt van de hulpverlener gevraagd en ook het vestigen van een constructieve samenwerkingsrelatie is van belang. Dit is een relatie die gebaseerd is op respect, samenwerking en gelijkwaardigheid;
- empowerment-benadering. Empowerment is het aansluiten bij de deskundigheid van ouders en hen activeren om zelf oplossingen te zoeken die passen in hun situatie.

Competentiegericht werken met ouders

Belangrijke uitgangspunten voor het competentiegericht werken met ouders zijn:

- het is gericht op het herstel van het evenwicht tussen taken en vaardigheden;
- het doel is altijd empowerment van het systeem;
- de nadruk ligt op krachten en mogelijkheden van het systeem en individuen;
- respect voor de wijze waarop de ouders de problematiek beleven vormt het basiselement in de bejegening van ouders;
- de hulpverlener sluit aan bij de pijn. Dit vergroot de motivatie voor de hulp en daarmee de mogelijkheden om de opvoedingscompetentie te vergroten;
- de interventies zijn gericht op competentievergroting van ouders en jeugdigen en verbetering van het functioneren als gezin. De interventies sluiten aan bij en maken gebruik van de sterke kanten van ouders en jeugdigen;
- er is meer dan één goede manier om invulling te geven aan competentiegerichtte hulp aan ouders. Iedere instelling die competentiegericht werkt gebruikt het competentiemodel als theoretisch uitgangspunt en vormt naar aanleiding hiervan een eigen unieke invulling op maat.

Ieder individu staat gedurende zijn levensloop voor bepaalde ontwikkelingstaken. Voor ouders van jonge kinderen zijn er verschillende ontwikkelingstaken te onderscheiden, op verschillende terreinen, namelijk: relatie, seksualiteit, loopbaan, ouders, vriendschap en sociale contacten, financiën en huishouden, opvoeding.

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

Een instrument van het competentiemodel is de ‘competentieanalyse’. De balans van de weegschaal wordt opgemaakt om te analyseren in hoeverre een ouder of jeugdige competent of incompetent gedrag vertoont.

Vervolgens beoogt men via het competentiemodel een fit tussen ouders en kind te bewerkstelligen. Een fit tussen ouders en kind wil zeggen dat zij op elkaar zijn afgestemd. Wanneer hiervan sprake is sluiten de taken en eisen die in het dagelijks leven worden gesteld aan bij de vaardigheden van het kind. Behandeling op basis van het competentiemodel tracht de negatieve cyclus van incompetentie van ouders en kind te doorbreken zodat ouders en kind beter met elkaar leren omgaan in het dagelijks leven (zie figuur 5.2).

Tot slot is het van belang om te vernoemen dat er verschillende strategieën om de competentie van ouders te vergroten zijn. Namelijk: taakverlichting, taakverrijking, wegnemen of beperken invloed stressoren, verminderen invloed van of leren omgaan met pathologie, leren benutten van protectieve factoren en vaardigheidstraining.

8.1.3 Vergelijking instelling A, instelling B, Merlijn

In deze subparagraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag drie en vier van dit onderzoek, respectievelijk ‘Hoe ziet het huidige ouderbeleid van het behandelteam van Merlijn eruit?’ en ‘Hoe wordt er invulling gegeven aan competentiegericht werken met ouders binnen instelling A en instelling B en wat is het effect hiervan?’

Ouderbeleid Merlijn

Merlijn heeft geen volledig ouderbeleid op papier staan. Wel heeft Zorgnetwerk Jeugd als fundamenteel uitgangspunt dat bij de behandeling van kinderen en jeugdigen altijd de ouders betrokken worden. Dit principe wordt ook op Merlijn toegepast. Er wordt systeemtheoretisch gewerkt. In de diagnostische fase dient er zicht te komen op de problematiek van het gezin en de daaruit volgende (on)mogelijkheden en motivatie voor verandering. Tijdens de behandel fase worden binnen de mogelijkheden veranderingsmodellen aangeboden, met als doel de interactiepatronen tussen ouder en kind positief te beïnvloeden. Er wordt beoogd ouders inzicht te geven in de problematiek van hun kind en handvatten te laten ontwikkelen hoe met dit gedrag om te gaan. Er wordt uitgegaan van de al aanwezige sterke kanten en deze worden gemotiveerd.

Competentiegericht werken met ouders op instelling A

Vanuit hun competentiegerichtte benadering kijken ze vooral naar het ontwikkelingspotentieel van de jeugdige in zijn gezin. Instelling A geeft aan nog volop in het proces te zitten van het vormen van hun eigen, unieke invulling aan de competentiegerichtte hulp aan ouders. Ze maken gebruik van een aantal specifieke instrumenten in hun ouderbegeleidingsproces, zoals de ‘lijst dagelijkse routine’, de competentieanalyse en het weegschaalmodel. Daarnaast stimuleren en analyseren ze succeservaringen van ouders en bieden ze oudergroepen aan.

Geconstateerde effecten zijn onder meer dat de behandeling veel concreter is, de uitleg van het weegschaalmodel voor ouders heel motiverend werkt, ouders actief betrokken zijn en worden bij de behandeling en dat ouders in de gaten krijgen wat ze al goed kunnen.

Competentiegericht werken met ouders op instelling B

Instelling B verzorgt een competentiegerichtte oudertraining. De oudertraining heeft een tweeledig doel, namelijk het vergroten van opvoedingsvaardigheden bij ouders én het werken aan gedragsverandering bij het kind in de thuissituatie. In de training worden

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

opvoedingsvaardigheden aangeleerd die ouders thuis moeten gaan oefenen. Deze vaardigheden worden ook getoetst. Instelling B maakt dus ook gebruik van een aantal specifieke instrumenten in het ouderbegeleidingsproces, waarin de oudertraining een belangrijke rol heeft. Ze gebruiken ook de competentieanalyse en benadrukken competenties en krachten van de jeugdige en zijn ouders.

Geconstateerde effecten zijn onder meer dat de behandeling veel concreter is, ouders de oudertraining een zinvolle tijdsinvestering vinden en de resultaten van de training positief zijn (zo leren ouders bijvoorbeeld vaardigheden te generaliseren en te vergroten).

Wanneer de resultaten van de semigestructureerde interviews bij instelling A en B worden vergeleken met de resultaten van de semigestructureerde interviews bij het praktijkkader van dit onderzoek worden overeenkomsten en verschillen inzichtelijk. Deze vergelijking is weergegeven in het schema op de volgende pagina. Het schema maakt onder meer inzichtelijk welke interventies worden gebruikt bij de instellingen A en B waar het competentiemodel als theoretisch kader wordt genomen. Ook maakt het inzichtelijk wat het startpunt is van Merlijn met betrekking tot competentiegerichtte hulp aan ouders. Conclusies worden getrokken in de volgende paragraaf.

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

Aspecten	Instelling A	Instelling B	Praktijkkader Merlijn
<i>Uitgangspunten in ouderbeleid op papier</i>	- Onduidelijk is of er intern ouderbeleid op papier staat.	- Het ouderbeleid staat op papier.	- Er staat geen volledig ouderbeleid op papier.
<i>Wat staat centraal?</i>	- Centraal staat het aansluiten op de hulpvraag.	- Centraal staat het behandelplan en de daarbij geformuleerde doelen.	- Centraal staat het aansluiten op de hulpvraag.
<i>Bejegening ouders</i>	- Ouders worden respectvol bejegend en serieus genomen.	- Ouders worden respectvol bejegend en serieus genomen	- Ouders worden respectvol bejegend en serieus genomen.
<i>Attitude ten opzichte van ouders</i>	- Competentiegericht werken met ouders houdt in dat je ouders in hun ouderrol laat.	- Ouders zijn verplicht mee te doen aan de oudertraining wanneer hun kind word opgenomen.	- Bij de behandeling van jeugdigen worden altijd de ouders worden betrokken. - De gezinstherapeut zoekt aansluiting bij de visie van de ouders en het gezin.
<i>Kern van de uitgangspunten</i>	- Timing, herkenning en erkenning zijn sleutelbegrippen in het proces van ouderbegeleiding. - “Competentiegericht werken met ouders is een kwestie van het vinden van balans tussen het ingaan op de problemen én het ingaan op het positieve, de competenties.”	- Het is belangrijk om dezelfde taal als de ouders te spreken en zo op hun wereld aan te sluiten. - Ouders worden positief benaderd. - Er wordt inzichtgevend gewerkt. - Er vindt een oudertraining en ouderbegeleiding plaats.	- Er wordt uitgegaan van de al aanwezige sterke kanten en deze worden gemotiveerd. - Veranderingsmodellen voor interactiepatronen worden aangeboden. - Er wordt inzichtgevend gewerkt. - Er wordt gepoogd ouders handvatten te laten ontwikkelen hoe met ze met bepaald gedrag van hun kind om kunnen gaan.

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

		- Het streven is dat voor ouders het geleerde een tweede natuur wordt.	
<i>Scholing competentiemodel</i>	- Basiscursus 'Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg' gevolgd door de groepsleiding. - Cursus 'Competentiegerichte Hulpverlening en Management' gevolgd door de staffunctionarissen.	- Informatiemiddag toelichting op het competentiemodel. - Cursus '3x Groei; De oudertraining' gevolgd door de sociotherapeuten.	- Basiscursus 'Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg' gevolgd door de groepsleiding. - Cursus 'Competentiegerichte Hulpverlening en Management' gevolgd door de staffunctionarissen.
<i>Interventies</i>			
<i>Algemeen</i>	- Ouders worden gezien als partner in de behandeling. Zo zijn ze aanwezig bij de behandelplanbesprekingen.	- De ouders worden bij het proces van de behandeling betrokken. Er wordt gepoogd overeenstemming te bereiken.	- In een adviesgesprek geeft het behandelteam aan ouders een advies over het vervolgtraject. Het is aan ouders of zij dit advies opvolgen.
<i>Ondersteuning en begeleiding</i>	- Er wordt hulp geboden bij rouwverwerking, psycho-educatie gegeven en pedagogische handvatten worden aangeboden.	- Er wordt hulp geboden bij rouwverwerking, psycho-educatie gegeven en pedagogische handvatten worden aangeboden.	- Er wordt hulp geboden bij rouwverwerking, psycho-educatie gegeven en pedagogische handvatten worden aangeboden.
<i>Benadrukken krachten en competenties ouders</i>	- Succeservaringen door ouders worden gestimuleerd (onder andere door het meedraaien op de groep). Achteraf wordt er met ouders geanalyseerd hoe	- Competenties worden sterk benadrukt; gezorgd wordt dat ouders ook gaan zien wat er goed gaat.	- In een terugkomgesprek wordt altijd minimaal één goed en één verbeterpunt besproken. - Ouders kunnen meedraaien in de dagelijkse routine op Merlijn. Het

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

	het kwam dat het goed ging.	- De oudertrainer maakt een sterkte/ zwakteanalyse en stelt samen met ouders een werkplan op.	meedraaien wordt nabesproken met de ouders.
<i>Uitleg werkwijze</i>	- Aan ouders wordt niet expliciet uitgelegd dat er competentiegericht gewerkt wordt. Het is wel vermeld op de website.	- In het begin wordt er aan ouders uitgelegd dat er competentiegericht gewerkt wordt en wat dat inhoudt.	- Er wordt aan ouders uitgelegd dat er veelvuldig contacten met onder andere de gezinstherapeut en de groepsleiding zullen plaatsvinden.
<i>Ouderbijeenkomsten</i>	- Er worden oudergroepen georganiseerd met als doel: het bijeenkomen van lotgenoten, het samen bespreken van mogelijke oplossingen én het ontwikkelen van competenties.	- Niet nagegaan of instelling B deze organiseert.	- Er worden oudermiddagen georganiseerd met als doel: ouders zien hun kind functioneren op Merlijn, ouders zien wat de groep en de instelling inhoudt en ouders kunnen onderling contact aangaan.
<i>Competentieanalyse, weegschaalmodel</i>	- De ouderbegeleidster maakt over en samen met de ouders een competentieanalyse door middel van het weegschaalmodel. - De weegschaal wordt heel helder en visueel aan ouders uitgelegd en met ze besproken.	- Instelling B gebruikt de competentieanalyse en het weegschaalmodel impliciet. Het komt niet letterlijk ter sprake bij ouders.	- Maakt geen gebruik van de competentieanalyse en het weegschaalmodel
<i>'Lijst dagelijkse routine'</i>	- Deze wordt in het begin van de opname afgenomen door de ouderbegeleidster.	- Deze wordt afgenomen door de oudertrainer.	- Er wordt door groepsleiding in het begin van de opname een anamnese afgenomen.

8.2 Conclusies

In deze paragraaf worden de conclusies besproken die volgen uit de resultaten van dit onderzoek. Subparagraaf 8.2.1 geeft conclusies in het algemeen aan, terwijl subparagraaf 8.2.2 specifieke conclusies voor Merlijn weergeeft.

8.2.1 Conclusies in het algemeen

- Het competentiemodel levert goede resultaten op, vooral wanneer het gericht is op het aanleren van vaardigheden die kinderen en gezinnen in staat stellen beter te functioneren in het alledaagse leven.
- Uit dit onderzoek is gebleken dat het competentiemodel goed kan fungeren als theoretische basis. Het model is flexibel inzetbaar, bruikbaar in meerdere hulpverleningsvormen en voor verschillende doelgroepen.
- Verder is gebleken dat de effecten van competentiegericht werken met ouders positief zijn. De ouderbegeleiding heeft een veel concreter karakter doordat de focus gelegd wordt bij de dagelijkse routine, de vaardigheden en de taken. Ouders krijgen in de gaten wat ze al goed kunnen en hoe ze bestaande vaardigheden en competenties kunnen vergroten en inzetten in meerdere situaties. De wisselwerking van de (in)competenties van ouders en kind kunnen in kaart worden gebracht door middel van de ‘competentieanalyse’ waardoor er meer aandacht komt te liggen bij de fit tussen ouders en kind.
- De ervaringen in de praktijk, ondersteund door de theorie, wijzen op het belang van (h)erkenning, empowerment en een goede timing in de hulp aan ouders.
- Competentiegericht werken met ouders vraagt van de verschillende disciplines extra vaardigheden (zowel kennis als kunde) die expliciet aan de orde dienen te komen.
- Dit onderzoek geeft ook aan dat het implementeren van competentiegericht werken met ouders een continu en voortdurend proces is.
- Er zijn een aantal belangrijke overeenkomsten tussen de instellingen A, B en Merlijn. Voorbeelden hiervan zijn het centraal stellen van de hulpvraag en het respectvol bejegen van ouders. Ook leggen alle instellingen in enige tot grote mate de nadruk op de sterke kanten, de competenties van jeugdigen en ouders. Verschillen zijn er met name in de interventies die gebruikt worden in de hulp aan ouders.

8.2.2 Conclusies specifiek voor Merlijn

- In de huidige praktijksituatie van Merlijn wordt op onderdelen al competentiegericht met ouders gewerkt. Dit blijkt onder andere uit het gericht vragen naar minimaal één positieve ervaring in het weekend thuis, zowel aan het kind als aan de ouders. Een ander voorbeeld is het laten meedraaien van ouders in de dagelijkse routine van de groep. Op andere onderdelen is er ruimte voor verbetering door middel van het integreren van het competentiemodel in de hulp aan ouders. De verbeterpunten komen specifiek aan bod in de aanbevelingen.
- Uit dit onderzoek is gebleken dat de er behoefte is aan een bijscholing over hoe het competentiemodel gebruikt kan worden bij de hulp aan ouders omdat het in de basiscursus niet aan bod is gekomen.
- Ook blijkt dat het behandelteam graag de mogelijkheid wil krijgen er multidisciplinair over na te denken om zo te komen tot een vernieuwde, gezamenlijke aanpak en visie. Dit sluit aan bij zowel de theorie als de praktijk dat iedere instelling zijn eigen unieke invulling geeft aan het competentiegericht werken.
- Met betrekking tot de motivatie voor het competentiegericht werken met ouders is het volgende te zeggen. Er is een duidelijk verschil tussen de groepsleiding enerzijds en de staffunctionarissen anderzijds. De groepsleiding is vooralsnog minder (intrinsiek)

gemotiveerd voor het competentiegericht werken met ouders dan de staffunctionarissen. Ze stellen hun vraagtekens bij de toepassing van het model in de hulp aan ouders. Hun prioriteiten liggen niet op dit gebied.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat het competentiemodel binnen Merlijn goed kan dienen als theoretisch en praktisch kader voor het werken met ouders. In de volgende paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor de invoering van het competentiemodel als theoretisch kader voor het werken met ouders binnen het praktijkkader Merlijn.

8.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag vijf van dit onderzoek, namelijk ‘Op welke manier kan er competentiegericht gewerkt worden met ouders binnen Merlijn?’

De aanbevelingen worden in verschillende categorieën verdeeld in verband met de helderheid van de tekst. Door middel van deze aanbevelingen wordt een antwoord gegeven op de centrale vraag in deze scriptie, namelijk: op welke manier kan er door de verschillende disciplines van het behandelteam van Merlijn competentiegericht gewerkt worden met ouders/ verzorgers van een binnen Merlijn opgenomen kind?

8.3.1 Aanbevelingen ouderbeleid Merlijn

- Zet multidisciplinair het ouderbeleid volledig en systematisch op papier, bijvoorbeeld met behulp van de SMART-methode. Met andere woorden: geef aan wie, wat, waar, wanneer, waarom en hoe de hulp aan ouders vorm krijgt.
- Zorg daarbij dat heel helder is wat de gezamenlijke visie op de doelgroep ‘ouders’ is, wat de doelstellingen met betrekking tot deze doelgroep zijn en hoe zich dit verhoudt tot de doelgroep ‘kind’.
- Maak vervolgens een keuze voor het theoretisch kader. Mijn voorstel is: gebruik het competentiemodel als uitgangspunt voor het ouderbeleid. Hierbij is het van belang rekening te houden met de verschillende ontwikkelingstaken van ouders en zoveel mogelijk een goede fit tussen ouders en kind te bewerkstelligen.
- Formuleer daarna de interventies waarmee gedacht wordt deze doelstellingen te kunnen behalen. Mijn voorstel is: gebruik een aantal instrumenten van het competentiemodel, zie paragraaf 8.3.3.
- Kijk hierna wat dit betekent voor de scholing van het personeel.

8.3.2 Aanbevelingen implementatie- en scholingsbeleid

- Besteed in de basiscursus ‘Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg’ van PI Research meer aandacht aan hoe er competentiegericht met ouders gewerkt kan worden.
- Organiseer na afloop van de basiscursussen van de andere groepen van Zorgnetwerk Jeugd een bijscholing die gebruikt kan worden als startpunt van het implementatieproces van competentiegericht hulp aan ouders. Deze cursussen dienen in eerste instantie de externe motivatie voor het (competentiegericht) werken met ouders te vergroten, waarna verwacht wordt dat door praktijkervaring de interne motivatie zal toenemen. Zie voor de handleiding voor de trainer van de bijscholingscursus het product van deze scriptie.
- Voeg in de huiscursus (intern scholingsprogramma voor nieuwe medewerkers van GGZ Regio Breda, Zorgnetwerk Jeugd) toe hoe er competentiegericht met ouders gewerkt kan worden. Hiervoor kan het ontwerp van de bijscholingscursus gebruikt worden.

- Zorg ervoor dat er tijd en middelen vrijgemaakt worden voor visieontwikkeling en het implementatieproces van het competentiegericht werken met ouders.
- Zet het competentiegericht werken met ouders structureel op de agenda van ieder team zodat er regelmatig geëvalueerd kan worden hoe het ervoor staat. Stem toekomstig beleid daar eventueel op af.

8.3.3 Aanbevelingen hulp aan ouders in de praktijk

- Gebruik instrumenten van het competentiemodel in de hulp aan ouders. Er is keuze uit vele instrumenten die gebruikt kunnen worden. Het valt buiten het bestek van deze scriptie om ze allen te benoemen. Hieronder volgt een selectie gebaseerd op dit onderzoek:
 - competentieanalyse van ouder en kind;
 - weegschaalmodel;
 - lijst dagelijkse routine;
 - silhouet;
 - netwerkschema en VIP-kaart;
 - wenskaarten;
 - tijdbalk;
 - semigestructureerd interview.Voor meer informatie over deze instrumenten wordt verwezen naar eerdere hoofdstukken in dit onderzoeksverslag, bijlage zeven voor niet eerder benoemde instrumenten en methodiekhandleidingen opgenomen in de literatuurlijst
- Organiseer voor ouders informatieve en vaardigheidsvergrotende ouderbijeenkomsten.
- Stel en houd ouders op de hoogte van het competentiegericht werken, bijvoorbeeld door middel van de nieuwsbrief.
- Geef de persoonlijk begeleider van een kind meer specifieke oudertaken, bijvoorbeeld door deelname aan het kennismakingsgesprek en het doen van het opnamegesprek.

8.4 Discussie

In deze paragraaf wordt aandacht gegeven aan de technische beperkingen van dit onderzoek, de bruikbaarheid van de getoonde informatie, de generaliseerbaarheid van de resultaten en vragen die hieruit voortkomen.

Dit onderzoek beoogde een bijdrage te leveren aan de kwaliteitsverbetering van de zorg aan jeugdigen, door middel van het onderzoeken van de mogelijkheden voor de hulp aan ouders die het competentiemodel als kader biedt.

De waarde van dit onderzoek ligt in het feit dat er vele visies en aspecten van het competentiegericht werken aan bod komen. Het bestaan van vele visies, meningen en interpretaties is karakteristiek voor pedagogische kwesties. In deze scriptie komen ze naar voren in de theoretische beschrijvingen en de interviews met professionals. Vervolgens heeft dit onderzoek getracht theorie en praktijk te koppelen, wat heeft geresulteerd in duidelijke conclusies en praktische aanbevelingen.

Het onderzoek kende ook een aantal beperkingen. Een beperking werd gevormd door het aantal respondenten voor de interviews. De verscheidenheid aan geïnterviewde disciplines en instellingen vormen echter een tegengewicht hiervoor. Daarnaast hebben er in verband met tijdgebrek geen proefinterviews plaatsgevonden en is er geen test - hertest gedaan. Een test – hertest is een methode waarbij de vragenlijst na verloop van tijd nog een keer wordt afgenomen en na wordt gegaan of de tweede resultaten overeenkomen met de eerste keer (Baarde & De Goede, 2001). Een andere beperking die van invloed kan zijn is de subjectiviteit van de onderzoeker, die altijd aanwezig is. Dit is ondervangen door de

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

toegepaste methodologie van dit onderzoek, onder andere door relevante stukken voor te leggen aan de respondenten uit de interviews.

Ondanks deze beperkingen is het hele onderzoek logisch en in volgbare stappen opgebouwd, en geeft het een onderbouwt overzicht en aanbevelingen voor de praktijk. De aanbevelingen zijn in eerste instantie op Merlijn gericht. Echter, de resultaten van dit onderzoek zullen ook gebruikt kunnen worden wanneer het competentiemodel ingevoerd gaat worden in de andere 0 – 12 jaar groep van Zorgnetwerk Jeugd van GGZ Regio Breda. Hun doelgroep, doelstellingen, omgeving en werkwijze zijn grotendeels hetzelfde als die van Merlijn. Delen zijn ook bruikbaar voor de groepen voor 12 – 18 jarigen, maar belangrijk is om te realiseren dat dit onderzoek zich op jonge kinderen en ouders van jonge kinderen gericht heeft. Echter, een aantal uitgangspunten kunnen wel bij beide doelgroepen meegenomen worden. De resultaten van dit onderzoek zijn in grote lijnen dus goed generaliseerbaar binnen Zorgnetwerk Jeugd van GGZ Regio Breda. Veralgemeeniging naar andere zorgnetwerken of instellingen is mogelijk, maar een gedegen onderzoek van de locale situatie is altijd noodzakelijk.

Dit onderzoek roept onder andere de vraag op naar onderzoek waarin de effectiviteit van competentiegerichtte hulp aan ouders gemeten wordt. Het geeft ook aan dat er meer onderzoek gedaan kan en moet worden naar het betrekken van ouders van een opgenomen kind en specifiek naar hoe er zo effectief mogelijk invulling gegeven kan worden aan competentiegerichtte hulp aan ouders. Deze scriptie kan voor Merlijn een stap in die richting zijn.

8.5 Afsluitende paragraaf

In dit hoofdstuk zijn conclusies en aanbevelingen geformuleerd naar aanleiding van dit onderzoek. Afsluitend wil ik pleiten voor een ‘Merlijn in balans’. Hiermee bedoel ik dat het van groot belang is dat de verschillende disciplines van Merlijn nog beter op elkaar afgestemd raken en met elkaar samenwerken. Hierdoor optimaliseert de hulp aan ouders en dus ook aan de jeugdigen. ‘Merlijn in balans’ zou wat mij betreft dan ook meer gebruik kunnen maken van allerlei aspecten uit het competentiegericht werken. Het begin is gemaakt, nu samen verder op weg.

In het laatste hoofdstuk van deze scriptie, hoofdstuk negen, wordt teruggekeken op het gehele afstudeerproject.

Hoofdstuk 9 Reflectie

In dit hoofdstuk kijk ik terug op het gehele afstudeerproject. Ik blik terug op het onderzoeksproces en mijn ervaringen als onderzoeker.

Voor mij ging het afstudeerproject van start in de eerste weken van september. Toen ging ik op zoek naar een onderwerp. In mijn voorwoord heb ik reeds beschreven waarom ik voor het onderwerp ‘competentiegerichtte hulp aan ouders’ heb gekozen. Ik had er affiniteit mee en het paste bij mijn persoonlijke levenshouding. Nu, maanden later, ben ik nog steeds hartstikke blij met de keuze die ik toen gemaakt heb. Ik ben nog steeds erg geboeid door het competentiemodel en hulp aan ouders. Al doende ben ik ook steeds enthousiaster en meer en meer overtuigd geworden van het nut ervan.

Mijn onderzoek begon met het maken van een plan van aanpak. Het uitzetten van een tijdspad heeft voor mij persoonlijk zeer prettig gewerkt. Op deze manier was het inzichtelijk wanneer ik welke fase van mijn onderzoek inging en wat ervoor nodig was de volgende fase te bereiken. Dit gaf me duidelijkheid en zorgde ervoor dat ik gedurende het onderzoeksproces de kern goed in de gaten kon blijven houden. Ondanks het tijdsbestek waarbinnen dit onderzoek moest gebeuren, ben ik af en toe teruggegaan naar de basis en heb ik mezelf afgevraagd of ik wel op de juiste manier bezig was. Aanpassingen in vraagstelling, inhoud en vorm van mijn afstudeerproject waren er het gevolg van. Het onderzoek was een continu proces waarbij ik te allen tijde bezig ben geweest om het te optimaliseren.

Het doen van onderzoek vroeg een grote tijdsinvestering, maar dat heb ik er graag voor over gehad. Ik vond het een zeer interessant proces. Ik was voor ik aan deze scriptie begon relatief onbekend met het doen van een kwalitatief onderzoek. Dankzij de workshops, literatuur en begeleiding rolde ik er al snel in en kan ik tevreden zijn met het uiteindelijke resultaat. Ik heb het kijken in ‘andermans keuken’ (de externe instellingen en PI Research) erg gewaardeerd en als heel leerzaam ervaren. Onderlinge uitwisseling van kennis, ervaring en gewoonweg verhalen is in mijn ogen zeer waardevol en zinvol voor kwaliteitsverbetering van de eigen instelling.

Een heel persoonlijke valkuil tijdens het werken aan dit afstudeerproject was teveel willen doen of te verwachten. Dit leidde er op momenten toe dat ik teleurgesteld was in mijn eigen mogelijkheden of in minder enthousiaste reacties in de omgeving. Ik ben een idealistisch persoon, streef hoge doelen na en wapen mezelf hierdoor soms te weinig tegen teleurstellingen. De volgende opmerking van mijn afstudeerbegeleider is me zowel privé als professioneel bijgebleven: “Met je hoofd in de wolken, maar met beide benen op de grond.” Dit afstudeerproject heeft ook mij geholpen bij het inzien van het belang van een balans. Ik ben zoekende naar een voor mij juiste balans tussen idealisme en realisme.

Concluderend kan ik vaststellen dat ik graag bezig ben met praktijkgerichte beleidsontwikkeling en het doen van onderzoek. Ik heb met plezier aan dit afstudeerproject gewerkt en geprobeerd om zo een bijdrage te leveren aan een ‘Merlijn in balans’.

Literatuurlijst

Boeken/ artikelen:

- Akkerman-Zaalberg van Zelst, M., Leeuwen, H. & Pameijer, N. (1998). *Ouderbegeleiding nader bekeken, Schouders onder de ouders*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Albeda, H. (2005). Benchmarken is populair, maar niet zaligmakend. *B&G, maart*, 28-31.
- Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV.
- Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: BV Uitgeverij SWP.
- Beljaars, I.C.M., Beumer, M.H. & Slot N.W. (1996). *Competentievergroting bij ouder en kind. Handleiding voor ouderbegeleiding in Boddaert-centra*. Duivendrecht: PI Research.
- Berger, M. (1998). Competentiegerichtte ondersteuning en begeleiding van ouders. In: Akkerman-Zaalberg van Zelst, M., Leeuwen, H. van & Pameijer, N. (eds.), *Psychologie & Praktijk. Ouderbegeleiding nader bekeken, Schouders onder de ouders* (67-82). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Berger, M. & Spanjaard, H. (1996). *Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Utrecht: NIZW.
- Boeije, H.R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Cardol, M. (2007). 'Elke ouder heeft recht op opvoedingsondersteuning', een onderzoek naar de behoeften van ouders rondom opvoedingsondersteuning. Fontys Hogeschool voor Pedagogiek, Tilburg.
- Geeraets, M., & Slot, N. W. (1998). De oudercursus 'competentievergroting bij ouder en kind'. In: Akkerman-Zaalberg van Zelst, M., Leeuwen, H. van & Pameijer, N. (eds.), *Psychologie & Praktijk. Ouderbegeleiding nader bekeken, Schouders onder de ouders* (191-196). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- GGZ Regio Breda, (2003). *Moduleboek klinisch cluster, Zorgnetwerk Kinderen & Jeugd*. Breda: GGZ Regio Breda.
- GGZ Regio Breda (2004). *Focus én Ruimte, Naar een 'polyfluïde' organisatie voor psychische en psychiatrische hulpverlening, Strategisch Beleidsplan 2005-2008*. Breda: GGZ Regio Breda.
- GGZ Regio Breda Merlijn (2006). *Visie en kwaliteitsontwikkeling van Merlijn*. Breda: GGZ Regio Breda.
- Kok, J.W.F. (2005). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kralingen, R. van (2005). *Competentiegerichtte kennisontwikkeling. Didactiek en leren in competentiegerichtte leeromgevingen*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Malschaert, H. & Traas, M. (2003). *Werkboek opvoeding*. Baarn: HBuitgevers.
- Pas, A. van der (1999). *Ouderbegeleiding. Artikelen – recensies – lezingen 1988 – 1998. Tussen ergernis en bekommernis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- PI Research (2008). (Sheets) basistraining 'competentievergroting in de residentiële jeugdzorg'. Duivendrecht: PI Research.
- Roediger, H.L., Deutsch Capaldi, E., Paris, S.G., Polivy, J. & Herman, C.P. (2003). *Psychologie, een inleiding*. Gent: Academia Press.

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

- Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (2006). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HBuitgevers.
- Steege, M. van der (2007). Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom. *Tijdschrift Jeugd en Co, Kennis voor professionals in de jeugdzorg*. 1(4) december, 23-36.
- Van Dale Hedendaags Nederlands 2005.
- Vugt, M., Slot, N.W., Choy, J. (2001). *Beter met Thuis, flexibele residentiële en ambulante hulp aan jeugdigen en ouders, methodiekhandleiding*. Amsterdam: Werkgroep Inhoud, Beter Met Thuis.
- Wiebenga, E. (1998). *Ouderbegeleiding en systeemtheorie. Het systeemdenken als inspiratiebron voor methodische ouderbegeleiding*. In: Akkerman-Zaalberg van Zelst, M., Leeuwen, H. van & Pameijer, N. (eds.), *Psychologie & Praktijk. Ouderbegeleiding nader bekeken, Schouders onder de ouders* (131-150). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research. Design and Methods*. Londen: Sage Publications.

Internetsites:

- <http://www.contexttotaal.nl/downloads/contextuelehulpverlening.pdf> (opgehaald op 14-01-2008)
- <https://www.fontys.nl/pedagogiek/info/default.asp?idsitestructurenode=215951> (opgehaald op 20-04-2008)
- <http://www.ggzregiobreda.nl> (opgehaald op 13-03-2008)
- [http://www.ggzregiobreda.nl/ Intranet GGZ Regio Breda: alleen toegankelijk voor medewerkers](http://www.ggzregiobreda.nl/Intranet%20GGZ%20Regio%20Breda%20alleen%20toegankelijk%20voor%20medewerkers) (opgehaald op 13-03-2008)
- <http://www.instellingA.com> (opgehaald op 17-03-2008)
- <http://www.instellingB.nl> (opgehaald op 19-03-2008)
- http://www.kwaliteitsmeter.nl/waarom_benchmarken.html (opgehaald op 25-02-2008)
- <http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl> (opgehaald op 30-03-2008)
- <http://www.piresearch.nl/> (opgehaald op 13-03-2008)

Bijlagen

- Bijlage 1** Interview m.b.t. huidig ouderbeleid GGZ regio Breda Zorgnetwerk Jeugd, specifiek behandel- en observatiegroep Merlijn
- Bijlage 2** Interview m.b.t. huidige ouderbeleid externe instellingen
- Bijlage 3** Interview m.b.t. optimale ouderbegeleiding volgens het competentiemodel
- Bijlage 4** Interview m.b.t. competentiegericht ouderbeleid GGZ Regio Breda Zorgnetwerk Jeugd, specifiek behandel- en observatiegroep Merlijn
- Bijlage 5** Huidige oudercontacten door groepsleiding, gezinstherapeut, behandelcoördinator en psychiater/ arts-assistent Merlijn (voor invoering competentiemodel)
- Bijlage 6** Geheimhoudingsverklaring m.b.t. ontvangen informatie van bezochte instellingen in het kader van een afstudeeropdracht
- Bijlage 7** Te gebruiken instrumenten van het competentiemodel in de hulp aan ouders

Bijlage 1

Interview m.b.t. huidig ouderbeleid GGZ Regio Breda Zorgnetwerk Jeugd, specifiek behandel- en observatiegroep Merlijn

1. Wat verstaat de GGZ onder ouderbegeleiding?
 - Is er een ouderbeleid?
2. Vanuit welke visie wordt er m.b.t. ouders gehandeld?
 - Vanuit welke uitgangspunten?
3. Wat is het doel van ouderbegeleiding?
4. Waar ligt de scheiding tussen de systeemtherapeut en groepsleiding m.b.t. hulp aan ouders?
5. Hoe ziet de hulp aan ouders door de systeemtherapeut eruit?
 - Hoeveelheid/ opbouw contactmomenten
 - Inhoud contactmomenten
(waarover wordt gesproken, waar wordt aan/ naar toe gewerkt, etc.)
 - Nazorg
 - Etc.
6. Hoe ziet de hulp aan ouders door groepsleiding eruit?
 - Hoeveelheid/ opbouw contactmomenten
 - Inhoud contactmomenten
(waarover wordt gesproken, waar wordt aan/ naar toe gewerkt, etc.)
 - Nazorg
 - Etc.
7. Hoe ziet de hulp aan ouders door de behandelcoördinator eruit?
 - Hoeveelheid/ opbouw contactmomenten
 - Inhoud contactmomenten
(waarover wordt gesproken, waar wordt aan/ naar toe gewerkt, etc.)
 - Nazorg
 - Etc.
8. Hoe ziet de hulp aan ouders door de psychiater/ arts-assistent eruit?
 - Hoeveelheid/ opbouw contactmomenten
 - Inhoud contactmomenten
(waarover wordt gesproken, waar wordt aan/ naar toe gewerkt, etc.)
 - Nazorg
 - Etc.

Bijlage 2

Interview m.b.t. huidige ouderbeleid externe instellingen

Algemene vragen:

1. Sinds wanneer werken jullie met het competentiemodel?
 - Hoe is het implementatieproces verlopen (wanneer, hoe, wie in wat getraind)?
 - Welke drie tips zouden jullie geven als het gaat om het invoeren van het competentiegericht werken met ouders?
2. Wat verstaan jullie onder ouderbegeleiding?
 - Is er een ouderbeleid?
 - Wat is het doel van ouderbegeleiding?
3. Wat is er veranderd in het ouderbeleid sinds de invoering van het competentiemodel?
 - Vanuit welke visie werd er voorheen gehandeld t.o.v. ouders?
 - Vanuit welke visie wordt er tegenwoordig gehandeld t.o.v. ouders?
 - Hoe is deze nieuwe visie tot stand gekomen (literatuur, training, etc.)?
4. Wat heeft de invoering van het competentiemodel betekend voor de manier waarop jullie nu invulling geven aan oudercontacten?
 - Welke technieken/ methoden gebruiken jullie in het algemeen (specifiek wordt later besproken)?
5. Het competentiemodel richt zich op de sterke kanten, het positieve in een individu en in een gezin. Voelen ouders zich nog serieus genomen in hun problemen?
 - Hoe dragen jullie daar zorg voor?
6. Zijn ouders ervan op de hoogte dat er volgens het competentiemodel gewerkt wordt?
 - Zo ja, hoe worden ouders daarvan op de hoogte gesteld?
 - Zo nee, waarom niet?
7. Bemerken jullie effect van het competentiegericht werken met ouders?
 - Zo ja, wat is het effect?
 - Zo nee, waaraan ligt dat? En wat dient er dan anders te gaan om wel effect te bemerken?

Vragen aan ouderbegeleider:

8. Hoe ziet de hulp aan ouders door de ouderbegeleider eruit?
 - Globale beschrijving van de hoeveelheid en opbouw van contactmomenten en de inhoud van deze contacten.
 - Hoe wordt er gewerkt aan het herstel van het evenwicht tussen taken en vaardigheden van ouders en kind?
 - Welke technieken/ methoden van het competentiemodel worden gebruikt?
 - Worden ouders betrokken bij de ontwikkeling van onder meer doelstellingen, hulpvragen, observaties d.m.v. lijsten? Welke invloed hebben ouders?

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

9. In hoeverre wordt het competentiemodel doorgetrokken in de thuissituatie van het kind?
 - Hoe wordt de koppeling gelegd tussen het effect van het competentiemodel op de groep en het effect van het gebruiken van technieken van dit model in de thuissituatie?

Vragen aan groepsleiding:

10. Hoe ziet de hulp aan ouders door groepsleiding eruit?
 - Globale beschrijving van de hoeveelheid en opbouw van contactmomenten en de inhoud van deze contacten.
 - Hoe wordt er gewerkt aan het herstel van het evenwicht tussen taken en vaardigheden van ouders en kind?
 - Welke technieken/ methoden van het competentiemodel worden gebruikt?
 - Worden ouders betrokken bij de ontwikkeling van onder meer doelstellingen, hulpvragen, observaties d.m.v. lijsten? Welke invloed hebben ouders?
11. In hoeverre wordt het competentiemodel doorgetrokken in de thuissituatie van het kind?
 - Hoe wordt de koppeling gelegd tussen het effect van het competentiemodel op de groep en het effect van het gebruiken van technieken van dit model in de thuissituatie?

Bijlage 3

Interview m.b.t. optimale ouderbegeleiding volgens het competentiemodel

1. Is er een handleiding/ literatuur/ training m.b.t. competentiegerichtte ouderbegeleiding vanuit residentiële instellingen (specifiek kinder- en jeugdpsychiatrie 0 – 12 jaar)?
2. Welke andere literatuurbronnen acht je handig om te bestuderen?
3. Vanuit welke visie kan er competentiegericht gewerkt worden t.o.v. ouders?
- Uitgangspunten e.d.
4. Het competentiemodel richt zich op de sterke kanten, het positieve in een individu en in een gezin. Hoe kan er zorg voor gedragen worden dat ouders zich nog serieus genomen voelen in hun problemen?
5. Hoe kan er gewerkt worden aan het herstel van het evenwicht tussen taken en vaardigheden van ouders en kind?
6. Welke technieken/ methoden kunnen gebruikt worden in ouderbegeleiding vanuit residentiële instellingen?
7. Hoe kan de koppeling worden gelegd tussen het effect van het competentiemodel op de groep en het effect van het gebruiken van technieken van dit model in de thuissituatie?
- In hoeverre kan het competentiemodel doorgetrokken worden in de thuissituatie van het kind?
- Tips e.d.
8. Welke drie tips kun je geven als het gaat om het invoeren van het competentiegericht werken met ouders vanuit een residentiële instelling?

Bijlage 4

Interview m.b.t. competentiegericht ouderbeleid GGZ Regio Breda Zorgnetwerk Jeugd, specifiek behandel- en observatiegroep Merlijn

Eerste deel: eigen bevindingen

1. Heeft de training je iets bijgebracht over competentiegericht werken met ouders?
 - Zo ja, wat?
 - Zo nee, waaraan ligt dat?
2. Heeft de training en het werken in de praktijk met het competentiemodel ertoe geleid dat je anders naar ouders bent gaan kijken?
 - Zo ja, wat is het verschil met voorheen?
3. Bemerk je verschil in de manier waarop jij invulling geeft aan oudercontacten voor en na de training? Bijvoorbeeld in je benaderingswijze, gebruik van technieken, etc.
 - positieve veranderingen
 - negatieve veranderingen
 - twijfels, vraagtekens
4. Bemerk je verschil in de manier waarop je collega's invulling geven aan oudercontacten voor en na training?
 - positieve veranderingen
 - negatieve veranderingen
 - twijfels, vraagtekens
5. Heb je plannen voor de toekomst als het gaat om de manier waarop je invulling geeft aan de oudercontacten?
 - Zo ja, welke?
 - Zo nee, waarom niet?
6. Ben je voldoende beslagen ten ijs of heb je suggesties voor de werkgroep m.b.t. het invoeren van competentiegericht werken met ouders?

Tweede deel: suggesties van elders

7. Een externe instelling gebruikt het weegschaalmodel als manier om in het begin van de opname inzicht te verschaffen aan de ouders over de sterke kanten en stressoren bij hun kind en henzelf.
 - Wat vind je hiervan?
 - Zie je mogelijkheden dit te gebruiken binnen Merlijn? Zo ja, waarom wel, zo nee waarom niet?
8. Een externe instelling laat ouders aanwezig zijn bij de tweede behandelplanbespreking (te vergelijken met MDO's).
 - Wat vind je hiervan?
 - Zie je mogelijkheden dit te gebruiken binnen Merlijn? Zo ja, waarom wel, zo nee waarom niet?

9. Een externe instelling doorloopt de gehele dagelijkse routinelijst over de thuissituatie samen met de ouders in het begin van de opname.
 - Wat vind je hiervan?
 - Zie je mogelijkheden dit te gebruiken binnen Merlijn? Zo ja, waarom wel, zo nee waarom niet?

10. Een externe instelling gebruikt de methode “Beter Met Thuis”. Dit houdt in dat de groepsleiding zowel groeps- als gezinswerker is. Een aantal dagen verblijft het kind op de groep en een aantal andere dagen wordt gezinshulp geboden.

“Beter met Thuis (BMT) biedt hulp en ondersteuning bij de opvoeding van kinderen van 6 tot en met 15 jaar die niet de hele week of tijdelijk niet thuis kunnen wonen. Het gaat hier om kinderen die professionele begeleiding nodig hebben die een pleeggezin hen niet kan bieden.”

 - Wat vind je hiervan?
 - Zie je mogelijkheden dit te gebruiken binnen Merlijn? Zo ja, waarom wel, zo nee waarom niet?

11. Een externe instelling verplicht ouders tot het volgen van een oudertraining. Deze training heeft plaats op de groep en heeft als doel: het vergroten van opvoedingsvaardigheden bij ouders en het werken aan gedragsverandering bij het kind in de thuissituatie.
 - Wat vind je hiervan?
 - Zie je mogelijkheden dit te gebruiken binnen Merlijn? Zo ja, waarom wel, zo nee waarom niet?

Bijlage 5

Huidige oudercontacten door groepsleiding, gezinstherapeut, behandelcoördinator en psychiater/ arts-assistent Merlijn (voor invoering competentiemodel)

A. Oudercontacten door groepsleiding Merlijn

1. Aannamesgesprek:

Wanneer het al volledig duidelijk is naar welke groep het aangemelde kind gaat is groepsleiding hier over het algemeen niet bij aanwezig. In sommige gevallen, wanneer getwijfeld wordt over welke groep, kan er door meerdere groepsleiding achter een screen meegekeken worden.

2. Kennismakingsgesprek:

Dit gesprek is om kennis met elkaar te maken en vindt vaak plaats op Merlijn. Tijdens dit gesprek kunnen ouders en kind vragen stellen en probeert groepsleiding hen zo goed mogelijk te informeren over de gang van zaken. Een van de groepsleiders die werkt op deze dag voert dit gesprek, dit hoeft niet perse de persoonlijk begeleider te zijn.

3. Opnamesgesprek:

Dit gesprek heeft plaats op de dag dat het kind opgenomen wordt en gebeurt op Merlijn. In dit gesprek geeft de groepsleiding uitleg en krijgen ouders en kind uitleg over de dagelijkse routine. Ook worden hierin afspraken gemaakt rondom de opname van het kind (bijvoorbeeld beltijden, zakgeld, afspraken op Merlijn, etc.). Het gesprek heeft een praktisch karakter. Ook bij dit gesprek geldt dat een van de groepsleiding die werkt, dit gesprek voert.

4. Anamnese thuis:

Binnen vier tot zes weken vindt er bij de ouders thuis een anamnese-gesprek plaats. De persoonlijk begeleider gaat dan bij de ouders langs. Dit gesprek wordt thuis gevoerd omdat groepsleiding op deze manier zicht krijgt op de thuissituatie. Het doel van dit gesprek is het krijgen van praktische informatie voor observatie en behandeling van het kind. De gezondheidspatronen van het kind worden doorlopen. De anamnese richt zich op de voorgeschiedenis en andere relevante omstandigheden rondom de problematiek van het kind. Er wordt een antwoord gegeven op de vraag hoe het kind zich tot nu toe heeft ontwikkeld. De informatie die in dit gesprek wordt opgedaan wordt gebruikt bij het maken van het verpleegplan (bijvoorbeeld wanneer begon het probleemgedrag, wat voor hulpverlening heeft er al plaatsgevonden, hoe gaat het kind om met emoties, etc.).

5. Ophaalmomenten:

Om de twee weken is Merlijn in het weekend gesloten en wordt het kind door ouders of familie opgehaald. Het is mogelijk om tijdens dit ophaalmoment het weekend met de ouders en gedeeltelijk met het kind voor te bespreken, bijvoorbeeld door het weekend voor te structureren. Of dit gebeurt is afhankelijk van de hulpvraag. Het gebeurt niet standaard. Wanneer een kind door bijvoorbeeld familie of een taxi wordt opgehaald kan dit gesprek ook telefonisch plaatsvinden.

Er is ook een ophaalmoment met een bezoekdag waarop kinderen overdag naar huis gaan en 's avonds weer op Merlijn slapen. Dan kunnen eventuele bijzonderheden van de afgelopen week doorgenomen worden.

6. Terugkomgesprekken:

Wanneer een kind terugkomt na een weekend of een aantal dagen thuis is geweest, vinden er terugkomgesprekken plaats. Het kind is hier altijd deels bij en participeert dan ook in het gesprek. In de tijd dat het kind erbij is wordt het weekend besproken en daarna positief afgesloten. In het terugkomgesprek wordt praktisch pedagogisch teruggekeken op hoe het weekend thuis is verlopen. Groepsleiding reflecteert met ouders en biedt hen praktische, pedagogische handvaten aan in het omgaan met bepaald gedrag of bepaalde situaties. Groepsleiding helpt ouders bijvoorbeeld naar hun eigen situatie te kijken en dat in een ander perspectief (gericht op ontwikkeling) te plaatsen. Ook is er in dit gesprek de mogelijkheid tot psycho-educatie. Groepsleiding helpt ouders dit te vertalen naar de praktijk. In een terugkomgesprek kan het ook zo zijn dat hulpvragen verder worden uitgediept en/ of besproken. Groepsleiding ziet het terugkomgesprek als een uitlaatklep voor ouders, ze bieden een luisterend oor.

7. “Niet geplande” telefonische contacten:

Gedurende de opname van een kind vinden er ook telefonische contacten plaats. Deze zijn vaak praktisch van aard en bieden ouders een uitlaatklep. De inhoud en frequentie van deze telefonische contacten is wisselend, veelal gaat het om informatieverstrekking en het geven van adviezen. Zowel ouders als groepsleiding kunnen het initiatief nemen tot zo'n gesprek.

8. Meedraaien op Merlijn:

De mogelijkheid bestaat dat ouders meedraaien in (dagdelen van) de dagelijkse routine op Merlijn. Het doel hiervan is afhankelijk van de hulpvraag die bij de gezinstherapeut wordt geformuleerd. Ouders worden regelmatig uitgenodigd om deel te nemen aan de dagelijkse praktijk op de groep. Er worden met ouders specifieke afspraken gemaakt over wat er van hen verwacht wordt. Dit kan een observerende houding zijn of, afhankelijk van hun hulpvraag of het doel van het meedraaien, op een actieve wijze samen met hun kind invulling geven het meedraaien. Het meedraaien op de groep wordt nabesproken met de ouders.

9. Incidentele contactmomenten:

Hieronder worden contactmomenten verstaan die informeel van karakter zijn. Een goed voorbeeld is de oudermiddag die vaak rond feestdagen gehouden wordt. De oudermiddag heeft ongeveer één keer per seizoen plaats. Doel hiervan is dat ouders hun kind zien op Merlijn, zien wat de groep en de instelling inhoudt en dat ouders onderling contact kunnen aangaan.

10. Nieuwsbrief aan ouders:

Eens per kwartaal brengt de groepsleiding een nieuwsbrief uit waarin algemene informatie over Merlijn wordt opgenomen.

11. Adviesgesprek:

Bij het adviesgesprek is over het algemeen geen groepsleiding aanwezig. De gezinstherapeut is erbij aanwezig ter ondersteuning van ouders, de behandelcoördinator en psychiater en/ of arts-assistent zijn er ook. Per individu wordt bekeken of het wenselijk is dat groepsleiding het laatste kwartier met een kind meegaat naar het adviesgesprek. Groepsleiding kan het kind dan begeleiden, ondersteunen en indien nodig extra uitleg geven over het uitgesproken advies.

12. Evaluatie en nazorg:

Evalueren van de behandeling op de groep en contacten met ouders gebeurt op dit moment niet door de groepsleiding. In het verleden is er wel een algemeen onderzoek naar

Merlijn in balans

Een onderzoek naar competentiegerichtte hulp aan ouders binnen een residentiële jeugdinstelling

tevredenheid gedaan. Het idee ligt er om hier iets mee te gaan doen. De gezinstherapeut evalueert het behandelingsproces wel met de ouders. Aan nazorg wordt vanuit de groep geen invulling gegeven. De mogelijkheid ligt er om in de afrondingsfase bij het kind thuis mee te gaan kijken en nog pedagogische handvaten aan te reiken.

13. Stoelplaatsing:

Er zijn ook kinderen die niet blijven overnachten op Merlijn maar dagelijks van ongeveer 08.00 tot 19.00 uur komen. Met de ouders van deze kinderen wordt een contactschriftje onderhouden. Ook vinden telefoongesprekken plaats en de mogelijkheid is er ook altijd om 'face to face' gesprekken te voeren. Deze twee vormen van gesprekken zijn niet structureel gepland.

B. Oudercontacten door gezinstherapeut Merlijn

1. Gezinsonderzoek:

Gedurende de eerste zes weken vinden er twee of drie contactmomenten plaats in de vorm van gesprekken. Doelen van deze periode zijn:

- wederzijdse kennismaking;
- formuleren hulpvragen. Ouders formuleren een of meerdere hulpvragen voor het kind, het gezin en zichzelf als ouders;
- in kaart brengen van de verhouding tussen de draagkracht en draaglast van de ouders;
- in kaart brengen van de hiërarchie binnen het gezin;
- in kaart brengen van de gezinsgeschiedenis en de hulpverleningsgeschiedenis van het gezin;
- de problematiek van het kind in de context plaatsen;
- advies formuleren voor het verdere vervolg door vaststellen aan welke doelen gewerkt kan worden.

2. Behandelperiode:

In het begin heeft de gezinstherapeut een keer in de twee weken gesprekken met de ouders. Naarmate het verloop van de opname vordert kan de frequentie hiervan aflopen. De frequentie is afhankelijk van het verloop van de behandeling en de hulpvraag.

De behandelperiode is gericht op het werken aan de doelen. De inhoud van de contactmomenten is bij ieder gezin en ieder gesprek verschillend, maar is altijd zoveel mogelijk gericht op de doelen.

C. Oudercontacten door behandelcoördinator en psychiater/ arts-assistent Merlijn

1. Aannamesgesprek:

Nadat door de ambulante hulpverleners van de GZZ de indicatie is gesteld voor klinische opname vindt dit gesprek plaats. Hierbij zijn aanwezig de behandelcoördinator, de psychiater en/ of arts-assistent, de ouders en het kind. Doelen van dit gesprek zijn:

- wederzijdse kennismaking
- het opstellen van behandeldoelen
- het vaststellen op welke groep het kind opgenomen wordt, hoe er nu verder wordt gegaan

2. Anamnese diagnostiek:

Er wordt een anamnese rondom de diagnostiek gedaan door de arts-assistent of de behandelcoördinator. Het doel van deze anamnese is om het diagnostisch beeld inzichtelijk te

krijgen.

3. Opnamegesprek:

Dit gesprek wordt gevoerd door de behandelcoördinator. De behandelcoördinator kan dit ook delegeren naar bijvoorbeeld de arts-assistent. In dit gesprek wordt het behandelplan ondertekend. Hierbij zijn zowel ouders als kind aanwezig.

4. “Niet geplande” gesprekken:

De frequentie en inhoud van deze gesprekken, die zowel telefonisch als face to face plaats kunnen vinden, zijn afhankelijk van het verloop van de behandeling. Met sommige ouders zijn er veel van deze gesprekken, met andere ouders weer minder. Onderwerpen die aan bod kunnen komen met de behandelcoördinator zijn zorgcoördinerende zaken, praktische zaken buiten Merlijn (bijvoorbeeld welke volgende instellingen zijn er, wanneer kan het kind vakantiedagen opnemen, etc.).

5. Adviesgesprekken na MDO's:

De adviesgesprekken hebben plaats na ieder multidisciplinair overleg (drie maandelijks). Hierbij aanwezig is de behandelcoördinator of de psychiater/ arts-assistent en de gezinstherapeut. In dit gesprek wordt besproken wat het behandelteam van Merlijn heeft gezien met betrekking tot de doelen, ontwikkeling en diagnose van het kind. Welke leerpunten Merlijn nog ziet in de toekomst en wat hiervoor nodig is. Het behandelteam geeft dus een advies. Het is aan ouders of zij dit advies opvolgen, aangezien de behandeling op vrijwillige basis plaatsvindt.

6. Medicatievragen

Voor medicatievragen worden ouders doorverwezen naar de psychiater of arts-assistent. Ook wanneer men het medicatiebeleid wil veranderen wordt dit door de psychiater of arts-assistent met de ouders besproken en hun toestemming gevraagd.

7. Psycho-educatie ingewikkelde casuïstiek

Voor psycho-educatie bij een ingewikkelde casuïstiek kunnen ouders worden doorverwezen naar de psychiater of arts-assistent.

8. Nazorg

De behandelcoördinator zet het nazorgtraject bij het ambulante deel van GGZ Regio Breda in gang. De ideale situatie van zowel behandelcoördinator als gezinstherapeut zou zijn als er aan follow-up (hoe gaat het na ontslag met de cliënt) gedaan kon worden vanuit de kliniek.

Bijlage 6

GEHEIMHOUDINGSVERKLARING M.B.T. ONTVANGEN INFORMATIE VAN BEZOCHTE INSTELLINGEN IN HET KADER VAN EEN AFSTUDEEROPDRACHT

Hierbij verklaart ondergetekende, T.C.T. Barten, afstudeerbegeleider van F. Bemelmans (hierna te noemen de opdrachtgever), dat F. Bemelmans als stagiaire verbonden is aan Zorgnetwerk Jeugd van de GGZ Regio-Breda. Als stagiaire is zij gebonden aan het stagecontract waarin zij verklaard heeft dat ze *“Tot geheimhouding verplicht is in alles wat haar m.b.t. de cliënten van de instelling bekend is geworden”*. Tevens heeft ze verklaard *“De instelling naar buiten toe niet te schaden”*.

Opdrachtgever verklaart aan F. Bemelmans de opdracht gegeven te hebben om bij het bezoeken van instellingen te handelen conform het gestelde in haar stagecontract. Gegevens van cliënten zullen nooit in een scriptie (of in enige andere vorm) naar buiten gebracht worden, tenzij anoniem en geenszins herleidbaar tot personen. In de scriptie (of in enige andere vorm) zal niets verklaard worden wat de bezochte instelling zou kunnen schaden.

De opdrachtnemer: F Bemelmans verklaart middels ondertekening met deze verklaring akkoord te gaan.

Aldus overeengekomen
Op 10 maart 2008
Te Breda

Opdrachtgever
Drs. T.C.T. Barten
(beleidsmedewerker ZNW Jeugd)

Opdrachtnemer
F. Bemelmans
(stagiaire ZNW Jeugd)

Bijlage 7

Te gebruiken instrumenten van het competentiemodel in de hulp aan ouders

Competentieanalyse van ouder en kind

De competentieanalyse brengt (per ontwikkelingstaak) de sterke punten (krachten) en de actie- of werkpunten in kaart. Dit gebeurt aan het eind van informatieverzameling en voordat een behandelplan gemaakt wordt. Het werkt als volgt: gebruik het formulier

‘Competentieanalyse’ om ten aanzien van de cliënt (al dan niet in diens aanwezigheid) de sterke en minder sterke punten te systematiseren. Begin met twee kolommen, analyseer dan per ontwikkelingstaak (PI Research, 2008). Bij deze analyse worden onder meer de volgende vragen gesteld (Berger & Spanjaard, 1996):

- Gaat de ouder / het kind de ontwikkelingstaken aan die kenmerkend zijn voor de levensfase waarin hij zich bevindt?
- Zijn er ontwikkelingstaken die voor de ouders/ het kind wellicht extra zwaar of juist te licht zijn?
- In hoeverre kunnen vaardigheden voor een bepaalde ontwikkelingstaak ook bij andere ontwikkelingstaken ingezet worden?
- Zijn er protectieve factoren (te activeren) die de ouder/ het kind helpen om te gaan met de stressoren of pathologie en de problemen die daarvan het gevolg zijn?

Weegschaalmodel

Het weegschaalmodel wordt als volgt aan ouders uitgelegd (instelling A):

- waar is het kind goed in (sterk punt);
- waar liggen de beperkingen van het kind (verbeterpunt);
- waar is de omgeving van het kind goed in (sterk punt);
- waar liggen de beperkingen van de omgeving (verbeterpunt), hierin is het van belang om onderscheid te maken in harde stressoren die onveranderbaar zijn en zachte stressoren die wel beïnvloedbaar zijn.

Vragenlijst dagelijkse routine

De vragenlijst dagelijkse routine is een hulpmiddel om zicht te krijgen op de dagelijkse routine in de thuissituatie. Ook wordt op deze manier duidelijk op welke momenten van een dag de ouders willen dat het er anders aan toe gaat. Aan de hand van de dagelijkse routinelijst worden veel vaardigheidstekorten van het kind zichtbaar. Indirect wordt ook informatie verzameld over de opvoedingsvaardigheden van de ouders en hun tekorten. De ‘vragenlijst dagelijkse routine’ is dus een vorm van informatieverzameling. Deze informatie vormt de basis van de ouderbegeleiding en de vragenlijst dient dan ook direct bij de plaatsing afgenomen te worden. Tijdens een volgend gesprek wordt de gewenste dagelijkse routine vastgesteld met ouders (Beljaars, Beumer en Slot, 1996).

Silhouet (kwaliteiten en kansen)

Het silhouet maakt cliënt en ouders bewust van sterke punten van de cliënt en verbeterwensen. Daarbij verbetert het ook het gezamenlijk praten over en het formuleren van gedragswensen. Het werkt als volgt: cliënt en ouders vullen eerst apart van elkaar de kwaliteiten en kansen van de cliënt in op een silhouet. Daarna vindt uitwisseling plaats (PI Research).

Netwerkschema en VIP-kaart

Ze brengen de belangrijke sociale contacten van de cliënt/ ouders in beeld. Tevens geeft het zicht op de beschikbaarheid van of het gebrek aan personen voor sociale ondersteuning. Ze worden gebruikt wanneer personen uit het netwerk wellicht kunnen helpen/ ondersteunen of wanneer netwerkversterking een doel is geworden. Het werkt als volgt: laat de cliënt/ ouders in het 'netwerkschema' bij de verschillende categorieën namen van personen invullen. Vraag de cliënt/ ouders ook om een waardering (++ , +, 0, -, --) van het contact. Vul voor nadere analyse de belangrijkste personen in op de VIP-kaart en vraag de cliënt/ ouders naar de aanvullende informatie, onder andere ten aanzien van (mogelijke) praktische en emotionele ondersteuning (PI Research).

Wenskaarten

Wenskaarten geven de cliënt en/ of de ouders een beeld van punten waaraan gewerkt kan worden. Het inventariseert de wensen tot verandering van de cliënt/ ouders en laat cliënt/ ouders prioriteiten stellen. Het levert daarnaast ook ideeën voor behandeldoelen op, maar ook kleinere wensen die relatief makkelijk te realiseren zijn. Het werkt als volgt: laat de cliënt/ ouders op wenskaarten dingen aankruisen die hij/ zij zou willen veranderen. Schrijf de aangekruiste items op strookjes en laat de cliënt/ ouders onderscheid maken tussen de belangrijkste, minder en minst belangrijke. Vraag de cliënt/ ouders de tien belangrijkste items op volgorde te leggen en vraag om toelichting. Gebruik hiervoor het formulier 'Wenskaarten' (PI Research).

Tijdsbalk

De tijdsbalk helpt om snel en systematisch informatie over de geschiedenis van een cliënt en/ of ouders te krijgen. Het geeft ook relevante informatie ten aanzien van het sociale netwerk. Het werkt als volgt: trek op een A4tje ongeveer vier centimeter van de linkerkant een verticale lijn. Links van de lijn komen jaartalen en data, rechts van de lijn komen in steekwoorden de informatie ten aanzien van wonen/ gezin of school/ werk (PI Research).

Semigestructureerd interview

Het semigestructureerde interview helpt om achtergrondinformatie te verzamelen t.a.v. de verschillende ontwikkelingstaken. Het kan zowel bij ouder als kind afgenomen worden door vragen te stellen uit het formulier 'Basisinformatie' t.a.v. ontwikkelingstaken van cliënt en/ of ouders (PI Research).