

Vaardigheden van ouders

Over het verkleinen van de terugval
van jongeren na een klinische opname



Bachelorproef

Jessica Hendriksen

09040412

Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Academie Sociale Professions

2012-2013

Opdrachtgever: Stichting de Jutters

Beoordelaar Haagse Hogeschool: Barbara Prassek

Begeleider Haagse Hogeschool: Jaap de Raat

Begeleider de Jutters: Inge Brederveld

Samenvatting

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek gaat over het verkleinen van de terugval van jongeren met ODD nadat zij na een klinische opname thuis gaan wonen. In het onderzoek wordt onderzocht hoe hier verbetering in te brengen is gekeken naar de verbetering van de vaardigheden van ouders. De opdrachtgever van het onderzoek is Stichting de Jutters (instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie).

Er zijn interviews gehouden met medewerkers van de Jutters en ouders van kinderen welke klinisch zijn opgenomen op de Inktvis. Door literatuuronderzoek en de resultaten uit deze interviews is antwoord gegeven op de hoofdvraag: "Hoe is de terugval van jongeren met ODD, na afronding van een klinische behandeling van zes maanden, te verkleinen gekeken naar de verbetering van vaardigheden bij ouders?"

Conclusie

Uit het onderzoek zijn de volgende punten gekomen. Kinderen hebben behoefte aan vier basisdoelen, het hebben van een affectieve relatie met een ouder, het ontwikkelen van sociale- en persoonlijke competentie, autonomie en het krijgen van normen en waarden. Om kinderen met ODD op te voeden hebben ouders specifieke vaardigheden nodig. Het stellen van grenzen, regels, zorgen voor structuur, toezicht houden op het kind en het belonen, bestraffen of negeren van gedrag zijn vaardigheden waarover ouders moeten beschikken. Gekeken naar de begeleiding van ouders kan er een meer duidelijke invulling komen voor het voor-, behandel- en natraject. In het voortraject moet meer benadrukt worden wat er van ouders wordt verwacht. Daarnaast moeten ouders de tijd krijgen om weer op kracht te komen. In het voortraject moet een case-manager aangesteld worden welke de gehele behandeling bij dat gezin betrokken blijft. In het behandeltraject bleken ook verbeterpunten mogelijk te zijn. De ouderparticipatie op de groep kan vergroot worden door middel van meelopen op de groep, het meegeven van thuisdoelen, oudermiddagen, thema avonden, kennismakingsavonden en het voor- en nabespreken van het weekend. De IG'ers op de afdeling kunnen ook een grotere rol gaan spelen bij het aanleren van vaardigheden aan ouders tijdens de opname van het kind. De gesprekken met de ouderbegeleider moeten behouden blijven. Als laatst zijn er ook in het natraject verbeterpunten mogelijk. Door standaard ambulante hulp in te zetten via de poli kunnen ouders en kind ondersteund worden in de overgang van een klinische opname naar thuis wonen. Geschikte methoden hiervoor zijn PMTO, MDFT en IG.

Aanbevelingen

In het voortraject: er duidelijker en concreter naar ouders benadrukt moet worden wat er van hun verwacht wordt, er mogelijkheid gegeven moet worden aan ouders om weer op kracht te komen om zich vervolgens volledig in te zetten voor de behandeling en dat er een case-manager per gezin moet zijn en blijven.

In het behandeltraject: de ouderparticipatie op de afdeling vergroot moet worden door middel van het meelopen op de groep, organiseren van oudermiddagen, thema avonden, kennismakingsavonden en het voor- en nabespreken van de weekenden aan de hand van thuisdoelen. Daarnaast moeten de IG'ers van de afdeling elk gezin IG bieden, zolang het perspectief van het kind is dat het thuis gaat wonen. Ouderbegeleiding gesprekken moeten behouden blijven.

In het natraject: standaard ambulante hulp bieden via de poli na het ontslag van de Inktvis. Ouders welke over geen tot weinig vaardigheden beschikken moeten PMTO krijgen. Ouders welke over redelijk tot bijna voldoende vaardigheden beschikken moeten IG krijgen.

Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelorproef over het verkleinen van de terugval van jongeren. Hierin wordt onderzocht hoe deze terugval te verkleinen is, gekeken naar de verbetering van vaardigheden van ouders. Dit onderzoek is uitgevoerd bij Stichting de Jutters.

Mijn naam is Jessica Hendriksen . Ik studeer, hopelijk dit jaar, af aan de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool. Mijn derdejaars stage heb ik volbracht bij Stichting de Jutters, waar ik nu op invalbasis als sociotherapeut werkzaam ben. Omdat ik betrokken ben gebleven bij de Jutters wilde ik graag mijn onderzoek hier uitvoeren.

In de periode dat ik betrokken ben bij de Jutters is het mij opgevallen dat het regelmatig voorkomt dat, wanneer een jongere na de opname thuis gaat wonen, hij toch weer terug komt bij de Jutters voor hulpverlening. Ik vroeg mij af waarom dit was en of hier iets aan te doen was. Op dat moment begon de afstudeerfase en leek het mij interessant om dit te onderzoeken voor mijn bachelorproef. Na het doen van dit onderzoek is mij veel duidelijk geworden over de terugval en hoe deze terugval te verkleinen is.

Ik wil kort mijn dank betuigen aan een aantal personen. Ten eerste wil ik mijn begeleiders Jaap de Raat (Haagse Hogeschool) en Inge Brederveld (de Jutters) bedanken voor hun feedback en flexibiliteit. Daarnaast wil ik mijn beoordelaar Barbara Prassek (Haagse Hogeschool) bedanken voor de snelle reacties en feedback. Daarnaast wil ik alle geïnterviewde medewerkers van de Jutters bedanken voor het flexibel zijn in maken van een afspraak.

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn bachelorproef.

Jessica Hendriksen

Den Haag, 16-05-2013

Inhoudsopgave

<u>0.</u>	<u>Samenvatting</u>	1
<u>0.</u>	<u>Voorwoord</u>	2
 <u>Onderzoeksopzet</u>		
<u>1.</u>	<u>Inleiding</u>	6
1.1	Aanleiding van het onderzoek	6
1.2	Context van het onderzoek	6
<u>2.</u>	<u>Vooronderzoek</u>	9
2.1	Behandeling bij de Jutters	9
2.2	Klinische behandeling bij de Inktvis	9
2.3	Cijfer de Jutters	10
<u>3.</u>	<u>Probleemanalyse</u>	11
3.1	Het probleem	11
3.2	Afbakening van het probleem	12
<u>4.</u>	<u>Onderzoeksvragen</u>	14
4.1	Doelstelling	14
4.2	Definitieve hoofdvraag	14
4.3	Definitieve deelvragen	14
4.4	Operationalisatie	14
4.5	Verklaring veranderingen hoofd- en deelvragen	15
<u>5.</u>	<u>Verantwoording van het onderzoek</u>	16
5.1	Relevantie	16
5.2	Bruikbaarheid	16
5.3	Vernieuwendheid	16
 <u>Het onderzoek</u>		
<u>6.</u>	<u>Algemene opvoedingsvaardigheden</u>	17
6.1	Verschillen in opvoeden	17
6.2	De basis van opvoeden	18
6.3	De basisvaardigheden van ouders	19
6.4	Ontwikkelingsfases	20
6.5	Opvoedingsvaardigheden	21
6.6	Overzicht vaardigheden	22
6.7	Analyse en conclusie	24
<u>7.</u>	<u>Opvoedingsvaardigheden met betrekking tot ODD</u>	26
7.1	Structuur	26
7.2	Regels en grenzen	26
7.3	Communicatie	27
7.4	Toezicht	27
7.5	Gedrag: belonen, negeren, straffen	27
7.6	Pubertijd	28
7.7	Agressie	28
7.8	Delinquentie	28
7.9	Ouders	29

7.10	<i>Resultaten interviews</i>	29
7.11	<i>Analyse en conclusie</i>	30
<u>8.</u>	<u><i>Methoden en technieken vanuit de Jutters</i></u>	31
8.1	<i>Systeemtherapie</i>	31
8.2	<i>Intensieve gezinsbegeleiding (IG)</i>	31
8.3	<i>MTFC</i>	32
8.4	<i>Motivatiemodule</i>	32
8.5	<i>MDFT</i>	32
8.6	<i>Ouderbegeleiding</i>	32
8.7	<i>PMTO</i>	33
8.9	<i>Psycho-educatie</i>	33
8.10	<i>Verdiepingscursus autisme voor ouders</i>	34
8.11	<i>Analyse en conclusie</i>	34
<u>9.</u>	<u><i>Geschikte methoden en technieken met betrekking tot ODD</i></u>	35
9.1	<i>Methoden en technieken vanuit de Jutters</i>	35
9.2	<i>Geschikte methoden en technieken volgens medewerkers</i>	37
9.3	<i>Geschikte methoden en technieken volgens ouders</i>	37
9.4	<i>Analyse en conclusie</i>	37
<u>10.</u>	<u><i>Begeleiding van ouders</i></u>	39
10.1	<i>Het voortraject</i>	39
10.2	<i>Het behandeltraject</i>	39
10.3	<i>Het natraject</i>	39
10.4	<i>Analyse en conclusie</i>	40
<u>11.</u>	<u><i>Verbetering in begeleiding van ouders</i></u>	41
11.1	<i>Het voortraject</i>	41
11.2	<i>Het behandeltraject</i>	42
11.3	<i>Het natraject</i>	43
11.4	<i>Analyse en conclusie</i>	43
<u>Conclusie</u>		
<u>12.</u>	<u><i>Conclusie</i></u>	45
<u>13.</u>	<u><i>Discussie</i></u>	46
13.1	<i>Het tot stand komen van de conclusie</i>	46
13.2	<i>Kanttekeningen en kritische reflectie op de conclusie</i>	46
13.3	<i>Kwaliteit van het onderzoek</i>	48
13.4	<i>Sterke punten van het onderzoek</i>	49
<u>14.</u>	<u><i>Aanbevelingen</i></u>	50
14.1	<i>Antwoord op de hoofdvraag</i>	50
14.2	<i>Eventueel vervolgonderzoek</i>	50
14.3	<i>Bruikbaarheid voor de opdrachtgever</i>	50
14.4	<i>Vernieuwende karakter van het onderzoek</i>	51
<u>15.</u>	<u><i>Literatuurlijst</i></u>	52
<u>16.</u>	<u><i>Bijlagen</i></u>	54

16.1	<i>Interviews</i>	55
16.2	<i>Originele onderzoeksopzet</i>	82
16.3	<i>Stroomschema</i>	95

N.B.:

Hij is ook zij

Ouder(s) is ook opvoeder(s)/verzorger(s)

Onderzoeksopzet

1. Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

In het derde studiejaar van de opleiding 'Sociaal Pedagogische Hulpverlening' heb ik stage gelopen bij Stichting de Jutters. Het eerste deel van mijn stage vond plaats op de afdeling de Walvis, welke gesloten werd vanwege de bezuinigingen. Hierna heb ik mijn stage afgerond op de afdeling de Inktvis. Het was voor mij al snel duidelijk dat ik mijn bachelorproef wilde schrijven voor de Jutters. Ik heb met meerdere werknemers gesprekken gehad waar een aantal verbeterpunten uit kwamen. Na een gesprek met de manager behandelenzaken en mijn studieloopbaan begeleider heb ik besloten welk onderwerp ik zou gaan onderzoeken.

Een onderwerp wat in de gesprekken veelal naar voren kwam was de betrokkenheid van ouders bij de behandeling. Ik heb besloten om mijn onderzoek te richten op het ontwikkelen van vaardigheden bij de ouders van jongeren met ODD welke opgenomen zijn op de Inktvis. Deze vaardigheden zullen betrekking hebben op de omgang met de jongere. In mijn bachelorproef zal ik aanbevelingen doen over welke vaardigheden ouders moeten beschikken, op welke manier ouders deze kunnen leren en op welk moment van de behandeling dit moet gebeuren. Dit moet resulteren in dat de jongere na de behandeling met succes thuis kan blijven wonen.

1.2 Context van het onderzoek

De Jutters

Mijn bachelorproef heb ik uitgevoerd bij Stichting de Jutters. Dit is een centrum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie in de regio Haaglanden. Deze instelling richt zich op kinderen en jongeren (en hun ouders/verzorgers) van 0 t/m 22 jaar met psychische of psychiatrische klachten of het risico om deze te ontwikkelen. De Jutters biedt observatie, diagnostiek en behandeling op klinisch, deeltijd en ambulant niveau. Daarnaast vallen preventieve zorg en consultatie ook onder de taken van de Jutters. De Jutters is een instelling voor kinderen en jongeren met een IQ van 80 of hoger. Wanneer de kinderen binnen komen wordt in de eerste weken hun IQ getest. Naast het hebben van een IQ van 80 of hoger is het een vereiste voor een opname dat er een (vermoeden van) een psychiatrische of psychische stoornis is. Wanneer dit vermoeden of de stoornis ontbreekt kan de Jutters geen behandeling bieden. Ook is het van belang dat kind en ouders toegankelijk zijn voor de behandeling. (www.dejutters.com)

De afdeling

Mijn onderzoek heeft plaats gevonden op de afdeling de Inktvis, waar ik tevens mijn derdejaars stage heb volbracht. De Inktvis is een gestructureerde klinische behandelafdeling welke valt onder het behandelcentrum voor de orthopsychiatrie. De Inktvis is voor jongeren van 9 tot 15 jaar die te kampen hebben met forse gedragsproblemen, samenhangend met een andere psychiatrische stoornis of voortkomend uit een dussdanig samenspel van complexe factoren dat specialistische hulp noodzakelijk is. Er is plek voor 8 jongeren. Op de Inktvis worden jongeren opgenomen met onder andere de volgende stoornissen: PDD-NOS, autisme, ADHD, ODD, Asperger en angststoornissen. Daarnaast is er veelal sprake van studie/scholingsproblemen, gedragsproblemen, relatie ouder-kind problemen en problemen binnen de primaire steungroep (ouders/verzorgers). (www.dejutters.com)

De doelgroep

Hartog-Polkerman (2012) beschrijft in haar boek wat de stoornis ODD inhoudt. ODD staat voor Oppositional Defiant Disorder, in het Nederlands oppositionele gedragsstoornis. Deze stoornis kan onderverdeeld worden in drie soorten gedrag te weten; oppositioneel gedrag (verzetten tegen ouderlijk gezag, boos reageren op verbod of correctie), agressief gedrag (driftig, fysieke agressie,

verbale agressie) en antisociaal gedrag (overtreden van regels in de samenleving). Ook de prognoses van ODD zijn onder te verdelen in drie categorieën. De eerste prognose betreft een vorm van ODD welke naar mate de tijd verstrijkt minder wordt en uiteindelijk verdwijnt. Dit is het resultaat van jarenlange intensieve begeleiding. Prinzie (2004) concludeert dat 20 tot 25 % van de kinderen met ODD onder deze groep valt. De tweede categorie betreft de ODD welke stabiel blijft, de problemen verergeren of verminderen niet duidelijk zichtbaar. Als laatste categorie is er de ODD welke zich ontwikkeld in CD (Conduct Disorder, antisociale gedragsstoornis). Hierbij worden de problemen erger.

Vandereycken (2000) beschrijft hoe ODD in de DSM-IV wordt omschreven.

“Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

- A. Een patroon met negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag met een duur van tenminste zes maanden waarin vier (of meer) van de volgende kenmerken aanwezig zijn:
 - 1. Is vaak driftig
 - 2. Maakt vaak ruzie met volwassenen
 - 3. Is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen
 - 4. Ergert vaak met opzet anderen
 - 5. Geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
 - 6. Is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
 - 7. Is vaak boos en gepikeerd
 - 8. Is vaak hatelijk en wraakzuchtig

N.B.: Overweeg dat pas aan een criterium wordt voldaan als het gedrag vaker voorkomt dan kenmerkend is qua leeftijd en qua ontwikkelingsniveau bij vergelijkbare personen.

- B. De gedragsstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.
- C. De gedragingen komen niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een psychotische of stemmingsstoornis.
- D. Er wordt niet voldaan aan de criteria van een gedragsstoornis en indien betrokkene achttien jaar of ouder is niet voldaan aan de criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis.”
(Vandereycken, 2000)

Het is een misverstand dat kinderen met ODD opzettelijk opstandig, dwars en driftig zijn. Deze kinderen hebben een achterstand in de ontwikkeling op het gebied van frustratietolerantie, flexibiliteit en sociale vaardigheden. Er wordt vanuit gegaan dat de oorzaak een combinatie is van de aanleg (nature) en de omgevingsfactoren (nurture). Hieronder volgt een citaat over de oorzaken in de aanleg (nature) van ODD.

“Vanwege inflexibiliteit en een lage frustratietolerantie kan het kind zich niet goed aanpassen aan veranderingen. Het raakt snel gefrustreerd, kan tegenslagen niet goed opvangen en raakt hierdoor van streek. Aanlegfactoren kunnen afwijkende biologische factoren zijn, zoals een langzamere hartslag, een hogere stressdrempel, een pittig temperament of erfelijkheid (een ouder met ODD). Ook de neurotransmitters noradrenaline en serotonine kunnen een rol spelen, net als een hersenbeschadiging bij de geboorte of een inhibitieprobleem (dat wil zeggen dat het kind geen controle heeft over de grote hoeveelheid prikkels die het krijgt). Kinderen met ADHD hebben een grotere kans op het ontwikkelen van ODD. Ook denkt men dat kinderen met ODD minder gevoelig zijn voor straf. Hierdoor ontstaan er vaker conflicten waarbij ouders moeilijker consequent kunnen

blijven. Het kind wordt beloond voor zijn gedrag en daardoor zal dit gedrag toenemen. Een kind met ODD kan een zwakke taalontwikkeling of een taalstoornis hebben. Ook zwakbegaafdheid kan een risicofactor zijn. Hierdoor begrijpt het kind niet alle sociale situaties en kan ze daardoor verkeerd inschatten.”(Hartog-Polkerman 2012, 18)

Over de omgevingsfactoren (nurture) schrijft Hartog-Polkerman (2012) het volgende.

Omgevingsfactoren zijn onder te verdelen in risicofactoren en beschermende factoren.

Risicofactoren kunnen binnen het gezin en buiten het gezin liggen. Voorbeelden van risicofactoren binnen het gezin zijn antisociaal gedrag van ouders, verwaarlozing, spanningen in het gezin en alcohol- en drugsmisbruik door ouders. Daarnaast is het een risicofactor wanneer ouders weinig kennis hebben over opvoeden. Pedagogische verwaarlozing is ook een grote risicofactor. De risicofactoren buiten het gezin kunnen betrekking hebben om het wonen in een criminele buurt, invloed van vrienden en het weinig toezicht hebben op de kinderen. De beschermende factoren zijn de factoren waardoor ODD zich niet of minder zal ontwikkelen. Hier komen onder andere de volgende beschermende factoren naar voren: een hoog IQ van het kind, ouders die gedragsproblemen erkennen, voldoende toezicht, vrienden met een goede invloed, activiteiten, het hebben van een rolmodel en een school waar zelfdiscipline en verantwoordelijkheidsbesef belangrijk is. Daarnaast hebben ontwikkelde sociale vaardigheden, aanpassingsvermogen en eigenwaarde een beschermende invloed.

Het hebben van ODD heeft vele gevolgen voor het kind. Zo kunnen zij problemen krijgen op school en thuis, weinig vrienden hebben en kunnen zij niet lekker in hun vel zitten. Door het gedrag wat kinderen met ODD vertonen hebben zij vaak minder sociale contacten en hierdoor ook minder kans om hun sociale vaardigheden te oefenen. Ze voelen zich snel afgewezen, waardoor zij er al direct vanuit gaan dat zij wel de schuld zullen krijgen en ze dus ook het hierbij horende gedrag gaan vertonen. Ook voor ouders van kinderen met ODD heeft deze stoornis vele gevolgen. Het hebben van ODD is niet te zien aan het uiterlijk van het kind waardoor ouders snel worden aangekeken op het gedrag van hun kind. Daarnaast heeft het voor de broertjes en zusjes ook gevolgen. Er gaat vaak veel aandacht naar het kind met ODD waardoor de broertjes en zusjes aandacht tekort kunnen komen. Daarnaast moeten zij rekening houden met het onvoorspelbare en explosieve gedrag van hun broer of zus.

Ook op lange termijn zijn er vele gevolgen. Hoe langer de problemen bestaan, hoe ernstiger het gedrag meestal wordt. Dit heeft als gevolg dat de stoornis ook steeds moeilijker te behandelen is. Daarnaast zoeken kinderen met gedragsproblemen en gedragsstoornissen elkaar vaak op en beïnvloeden zij elkaar op een negatieve manier. Het komt regelmatig voor dat kinderen met ODD worden overgeplaatst naar speciaal onderwijs, in een dag- of weekendopvang terecht komen of permanent uit huis worden geplaatst. Ook is de kans aanwezig dat kinderen met ODD later een verslaving ontwikkelen of in een jeugdgevangenis of –inrichting terecht komen. (Hartog-Polkerman, 2012)

Zoals hierboven al een aantal keer aangegeven is, hoeft de toekomst voor kinderen met ODD er niet slecht uit te zien. Wanneer zij de nodige therapieën, medicatie en begeleiding krijgen kunnen zij zelfstandig wonen, een opleiding volgen, een baan vinden en een relatie aangaan. Echter geeft een goede behandeling geen zekerheid dat het later allemaal goed komt.

2. Vooronderzoek

2.1 Behandeling bij de Jutters

Hieronder worden de verschillende vormen van behandelingen bij de Jutters beschreven. Het klinische behandeltraject zal uitgebreid beschreven worden in belang van het onderzoek (klinische opname op de Inktvis).

In het stroomschema van de Jutters (kwaliteitshandboek de Jutters, zie bijlage) staat weergegeven welke fases doorlopen moeten worden met een cliënt. De eerste fase is de aanmeldfase. Hierin wordt de aanmelding geregeld en wordt er een verwijzing gedaan naar een specifiek zorgprogramma. De volgende fase is de fase van het afstemmingsgesprek. Het afstemmingsgesprek vindt plaats tussen behandelaar en ouders en cliënt. In dit gesprek wordt algemene informatie gegeven en worden de benodigde formulieren getekend. Binnen 2 weken na aanmelding volgt het adviesgesprek. Hierin krijgen ouders en cliënt te horen welk advies voor zorg er vanuit de Jutters gegeven wordt en wordt de behandelovereenkomst getekend. Na deze fase start de derde fase, de behandeling. Hier worden afspraken gemaakt over onder andere welke modules worden ingezet, de doelen en evaluaties. Hierna komt het uitvoeren, evalueren en bijstellen van de behandeling aan bod. Hier worden de behandeldoelen geëvalueerd en bijgesteld. Zodra de behandeling is afgerond wordt de nazorg geformuleerd. Hieruit kan een ontslagbrief of een verwijzing voortkomen. Na de eindevaluatie en eventuele verwijsbrief wordt de laatste fase, afsluiting nazorg, afgesloten.

Het stroomschema ziet er in de praktijk als volgt uit. Om in aanmerking te komen voor een behandeling bij de Jutters moet het kind eerst aangemeld worden. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld de huisarts of een andere instantie. Het is ook mogelijk om als ouders je kind of als jongere jezelf aan te melden. Na de aanmelding volgt een intake met een behandelaar. Hierin wordt gekeken welke vorm van hulpverlening er nodig is (ambulant, deeltijd of klinisch). Na deze intake kan ook besloten worden dat het kind doorverwezen wordt naar een andere instantie als de problematiek niet onder het behandelgebied van de Jutters valt.

Er zal altijd geprobeerd worden het kind zoveel mogelijk thuis te helpen. Waar dit mogelijk is zal er dus ambulant gestart worden. Bij een ambulant traject voor een kind met ODD zal de hulpverlening vanuit de poli ortho geboden worden. De poli (en de Jutters in het algemeen) biedt een grote verscheidenheid aan therapieën en trainingen. Het is ook mogelijk om een deeltijd behandeling te krijgen. Dit houdt in dat het kind overdag bij de Jutters naar school gaat en na schooltijd op een afdeling verblijft. 's Avonds en 's nachts zijn deze kinderen thuis. Kinderen die een deeltijd behandeling volgen kunnen ook therapieën en trainingen krijgen. Als laatste vorm van behandeling is er de klinische behandeling. Er wordt voor een klinische behandeling gekozen als het kind (tijdelijk) niet thuis kan wonen. Het kind verblijft voor maximaal zes maanden op een afdeling en kan, afhankelijk van de thuissituatie, in het weekend op bezoek gaan thuis. Tijdens een klinische behandeling is er ook de mogelijkheid voor therapieën en trainingen. (Persoonlijke interviews, persoonlijke ervaringen, www.dejutters.com)

2.2 Klinische behandeling bij de Inktvis

De Inktvis is een sterk gestructureerde groep. Dit houdt in dat er gestructureerde programma's zijn, veel regels zijn en er een consequente aanpak naar de kinderen is. Kinderen op de Inktvis hebben vaak problemen met het accepteren van gezag, met frustratie tolerantie en emotieregulatie. Aan deze drie onderwerpen wordt op een afdeling als de Inktvis veel aandacht besteedt. Als een kind net bij de Inktvis is opgenomen krijgt deze een opstapprogramma of wenprogramma. Hierin staat per half uur beschreven wat het kind moet gaan doen. Het idee hierachter is dat het kind leert dat door goed gedrag het programma soepeler wordt. Als het kind dus goed gedrag laat zien krijgt hij steeds meer vrijheden, goed gedrag loont. Dit kan zelfs leiden tot het Inktvis-programma, wat inhoudt dat er

behalve de groepsmomenten (drinken, eten, groepsactiviteiten) niet voorgeschreven is wat het kind moet gaan doen. Daarnaast heeft elk kind een leermap. Hierin staan algemene en persoonlijke doelen waarvoor het kind punten kan verdienen. Met deze verdiende punten kan het kind vervolgens een beloning verdienen zoals een half uur later naar bed. Ook is er in de leermap ruimte voor sociotherapeuten en kinderen om complimenten op te schrijven. De sociotherapeuten welke werkzaam zijn op de afdeling werken volgens het sociaal competentie model. In het kort houdt dit in dat goed gedrag beloont wordt en er wordt gekeken naar wat wel kan, in plaats van wat niet kan. Dit is gebaseerd op positieve stimulering. Ook leren kinderen op de Inktvis veel van de groepsdynamiek. Zo zijn er groepsactiviteiten waarbij veel aandacht wordt besteed aan hoe je met elkaar om gaat. Kinderen op de Inktvis krijgen in principe allemaal 's ochtends school op het terrein.

Kinderen op de Inktvis hebben allemaal individuele begeleidingsgesprekken met hun behandelaar en coaching gesprekken met hun coach op school. Daarnaast wordt er, afhankelijk van het kind, beeldende therapie, speltherapie, psychomotorische therapie, sova-sport en andere trainingen vanuit de Jutters (bijvoorbeeld sova-training of rots en water training) geboden. (Persoonlijke interviews, persoonlijke ervaringen, www.dejutters.com)

2.3 *Cijfers de Jutters*

Er zijn geen officiële cijfers beschikbaar over de terugval van jongeren. De oorzaak hiervan ligt bij het feit dat de kinderen na een klinische opname niet gevolgd worden. Na een interview met een manager bleek dat er, naar schatting, ongeveer 10% terugvalt naar een klinische vorm van hulpverlening. Het aantal dat terugvalt naar een lichtere vorm van hulpverlening ligt hoger. Daarnaast bleek dat 100% van de opnames op de Inktvis bestaat uit kinderen met ODD. Het aantal opnames per jaar op de Inktvis is gemiddeld 16 opnames per jaar.

3. Probleemanalyse

3.1 Het probleem

In een lezing aan de Haagse Hogeschool van Nel Verhoeven (2012, directeur van het centrum voor externe onderzoeksprojecten Eleanor en docent aan de Roosevelt Academy) vertelt Nel Verhoeven over 'een onderzoek in 90 minuten'. Zij vertelt dat een probleemanalyse gemaakt kan worden door middel van de zogenoemde 'zes W-formule'. Deze formule geeft antwoord op de volgende vragen: 'Wat is het probleem?', 'Wie heeft het probleem?', 'Wanneer is het probleem ontstaan?', 'Waarom is het een probleem?', 'Waar doet het probleem zich voor?' en 'Wat is de aanleiding voor het probleem?'. Deze methode zal ik als structuur aanbrengen in mijn probleemanalyse.

Wat is het probleem?

Het probleem is dat er met regelmaat jongeren van de Jutters, nadat zij hun behandeling hebben afgerond en thuis wonen, zij toch wederom terecht komen in de hulpverlening.

Wie heeft het probleem?

Dit probleem betreft de ouders en de jongere. Voor ouders is het belangrijk dat het thuis wonen van hun jongere goed verloopt. Het heeft een grote impact op het gezinsleven wanneer een lid van het gezin zes maanden in een kliniek verblijft. Van der Harten en van Rijn (2008) beschrijven dat een residentiële opname van een kind een grote emotionele impact heeft op de ouders.

Schuldgevoelens, angst, spanning en verdriet kunnen optreden bij ouders. Het is van belang om tijdens de behandeling al een aantal handvatten aan te reiken welke zij kunnen toepassen. Door deze met succes te kunnen toepassen zal het gevoel van succes overheersen over het gevoel van falen.

Wanneer de jongere na het afronden van zijn behandeling terug keert naar huis is het belangrijk dat dit een succeservaring wordt voor de jongere. Wanneer het een succeservaring is zal dit positief effect hebben op het zelfbeeld en zelfvertrouwen van de jongere. (Vink 2007)

Wanneer is het probleem ontstaan?

Het probleem ontstaat zodra de jongere na de opname thuis gaat wonen.

Waarom is het een probleem?

Het doel van een klinische behandeling van zes maanden is dat de jongere en ouders voldoende behandeling en begeleiding krijgen zodat de jongere, na de behandeling, weer thuis kan wonen. Als blijkt dat dit niet lukt betekent dat dat er ergens in het behandelingstraject iets beter of anders had gekund. Er zitten dus verbeterpunten in het behandelingstraject. Daarnaast is het, zolang de thuisomgeving een veilige omgeving is, het best voor de jongere wanneer deze bij zijn gezin woont en niet op een afdeling. Wanneer dit niet lukt moet er gekeken worden naar de oorzaken hiervan.

Waar doet het probleem zich voor?

Het probleem zal tot uiting komen zodra de jongere naar huis gaat. Hier zal dan wel of niet blijken of dit goed verloopt. In deze fase zal blijken of de jongere en ouders tijdens de behandeling voldoende geleerd hebben.

Wat is de aanleiding van het probleem?

Uit gesprekken met professionals en uit eigen ervaring komen de volgende oorzaken naar voren als mogelijke aanleiding van het probleem. De overgang van een klinische opname van zes maanden naar thuis wonen kan te groot blijken. Op de website van de Jutters wordt aangegeven dat de overgang (te) groot kan zijn (www.dejutters.com). Op de afdeling is sprake van structuur, duidelijkheid en een consequente aanpak naar de jongeren toe. Het kan zijn dat het missen van deze structuur thuis aanleiding geeft tot het terugvallen van de jongere. Daarnaast kan het zijn dat de

oude omgeving een negatieve invloed heeft op het gedrag van de jongere. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan vrienden welke een negatieve invloed hebben op de jongere. Uit mijn eigen ervaring tijdens mijn stage bleek dat het regelmatig voorkomt dat het systeem (bijvoorbeeld ouders) onvoldoende vaardigheden heeft om de jongere thuis op te kunnen vangen danwel te kunnen begeleiden. Als laatste is het mogelijk dat de behandeling niet effectief genoeg is geweest voor de jongere.

De Radboud Universiteit Nijmegen en onderzoeksbureau Praktikon hebben onderzoek gedaan naar welke factoren meespelen in het slagen van het thuis wonen van jongeren met ernstige gedragsproblemen. Zij kwamen met de volgende aanbevelingen, te weten: de gezinnen van de jongeren nog meer betrekken bij de behandeling, investeren in de ontwikkeling van passend onderwijs, het versterken van het pedagogische leefklimaat in de leefgroep en het aanbieden van nazorg vanuit de instelling. (Germa Lourens, n.d.)

American Psychological Associations schrijft in een artikel dat onderzoek heeft uitgewezen dat het sociale netwerk als sociaal ondersteunend systeem kan dienen om de geestelijke gezondheid te stimuleren en psychologische stress op te vangen. Ze adviseren om het sociale netwerk van de cliënt te stimuleren, met de familie van de cliënt te werken en een goede nazorg op te zetten. Daarnaast is het bieden van sociale vaardigheidstraining van belang. (psycnet.apa.org)

Op de Jutters zijn meerdere vormen van begeleiding aan ouders beschikbaar. Zo zijn er nu meerdere werknemers bezig met opleidingen om therapieën/begeleiding aan ouders te geven. Er is nog niet gekeken naar hoe deze ingezet kunnen worden.

Uit bovenstaande informatie blijkt dat er meerdere factoren mee kunnen spelen met betrekking tot de terugval van jongeren. Daarnaast worden er een aantal beschermende factoren weergegeven van het succesvol verlopen van het thuis wonen. In de volgende paragraaf zal er een afbakening van het onderwerp volgen waarin deze oorzaken en beschermende factoren wederom naar voren komen.

3.2 *Afbakening van het probleem*

Zoals eerder beschreven zijn er meerdere mogelijke oorzaken van het feit dat jongeren na hun behandeling wederom terecht komen in de hulpverlening. Omdat deze verschillende oorzaken verschillende oplossingen nodig hebben zal ik mij richten op één mogelijke oorzaak, namelijk (het gebrek aan) vaardigheden bij ouders. In het onderzoek zal naar voren gaan komen op welke manier ouders voldoende vaardigheden kunnen verkrijgen om hun jongere, na de behandeling, thuis op te kunnen vangen/te begeleiden. Dit zal als resultaat moeten krijgen dat de jongere (met uitzondering van al ingezette hulpverlening thuis tijdens de behandeling) niet wederom met de hulpverlening in aanraking komt. De keuze voor het onderzoeken van deze oorzaak is gebaseerd op eigen ervaring met betrekking tot het belang van betrokkenheid van ouders. In de praktijk is gebleken dat de vaardigheden van ouders een grote rol spelen in het thuis kunnen wonen van het kind. Ik verwacht, door hier onderzoek naar te doen, een belangrijke risicofactor voor terugval te verkleinen.

Daarnaast is het van belang om na te denken over de mogelijkheid om onderzoek te doen gericht op een specifieke stoornis. Op de afdeling de Inktvis worden jongeren opgenomen met uiteenlopende stoornissen opgenomen. Ouders zullen een aantal basis opvoedvaardigheden moeten beheersen. Daarnaast is het belangrijk dat ouders over vaardigheden beschikken welke specifiek gericht zijn op de omgang met de stoornis van hun kind.

Verschillende stoornissen hebben verschillende aanpakken nodig. Om mijn onderzoek zo bruikbaar mogelijk te maken voor de beroepspraktijk ben ik van mening dat ik mij moet richten op een

specifieke stoornis. In mijn onderzoek zal ik mij richten op jongeren met een oppositionele gedragsstoornis (verder ODD genoemd) en hun ouders.

In mijn onderzoek spreek ik meerdere malen van jongeren welke na hun behandeling thuis gaan wonen waarna dit fout gaat. In dit onderzoek richt ik mij op jongeren welke hun behandeling succesvol afgerond hebben. Als ik ook de mogelijkheid zou meenemen dat de behandeling niet succesvol was zal het onderzoeksgebied een stuk breder worden waardoor ik geen betrouwbare aanbevelingen kan doen.

Aan het begin van de opname van de jongere zullen de ouders per jongere verschillen in welke mate zij reeds vaardigheden hebben om met hun jongere om te gaan/hen te begeleiden. In mijn onderzoek zal ik rekening moeten houden met deze verschillen. Daarnaast zal het begeleidingstraject voor ouders intensief zijn. Het is van belang voor mij om ook rekening te houden met de haalbaarheid van het begeleidingstraject voor ouders. Deze twee punten zal ik in mijn onderzoek verder uitwerken.

Kortom, door onderzoek te doen naar welke vaardigheden ouders nodig hebben om de jongere met ODD na behandeling te kunnen opvangen/begeleiden en door onderzoek te doen naar op welke manier dit geleerd kan worden en in welke periode wil ik een aanbeveling doen waarin duidelijk wordt welke vaardigheden ouders moeten beheersen en hoe deze aan te leren zijn.

4. Onderzoeksvragen

4.1 Doelstelling

Verwachtingen van het eindresultaat

In mijn onderzoek wil ik onderzoeken welke vaardigheden ouders moeten beheersen om hun jongere, na afronding van de klinische behandeling van zes maanden, thuis voldoende te kunnen opvangen/begeleiden. Hierdoor wil ik een aanbeveling geven waarin duidelijk wordt op welke manier, op welk moment in de behandeling, welke vaardigheden aangeleerd kunnen worden aan ouders. Van deze aanbeveling verwacht ik dat dit duidelijkheid over de aanpak naar ouders toe gaat bieden.

Theoretische en/of praktische relevantie van het eindresultaat

Tijdens het onderzoek zal ik gebruik maken van literatuuronderzoek wat de theoretische relevantie verhoogd. Daarnaast verwacht ik dat er een aantal nieuwe elementen waar de Jutters momenteel mee bezig is naar voren komen (net opgeleide medewerkers, nieuwe therapieën). Hierover zal ik theoretisch onderzoek doen wat bruikbaar kan zijn voor de Jutters. De praktische relevantie is ook aanwezig. Bij instellingen zijn vaak meerdere methoden beschikbaar om ouders te ondersteunen of begeleiden. Het kan voorkomen dat het door de vele mogelijkheden niet meer duidelijk is wat op welk moment het meest effectief is. Doordat mijn onderzoek een aanbeveling zal bevatten waar beschreven staat op welke manier, op welk moment in de behandeling, welke vaardigheden aangeleerd worden aan ouders met een kind met ODD hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan de praktijk.

4.2 Definitieve hoofdvraag

Hoe is de terugval van jongeren met ODD, na afronding van een klinische behandeling van zes maanden, te verkleinen gekeken naar de verbetering van vaardigheden bij ouders?

4.3 Definitieve deelvragen

Deelvraag 1

Welke opvoedingsvaardigheden moeten ouders in het algemeen beheersen?

Deelvraag 2

Welke opvoedingsvaardigheden met betrekking tot ODD moeten ouders beheersen?

Deelvraag 3

Welke methoden en technieken biedt de Jutters aan met betrekking tot de begeleiding van ouders?

Deelvraag 4

Welke methoden en technieken, welke aangeboden worden door de Jutters, zijn geschikt voor het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders van kinderen met ODD?

Deelvraag 5

Op welke manier worden ouders van kinderen met ODD voor, tijdens en na de behandeling begeleid met betrekking tot het aanleren van opvoedingsvaardigheden?

Deelvraag 6

Op welke manier is er verbetering te brengen in de begeleiding met betrekking tot het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders van kinderen met ODD voor, tijdens en na de behandeling?

4.4 Operationalisatie

Terugval	Wanneer jongeren na afronding van hun behandeling wederom in de hulpverlening terecht komen.
Vaardigheden	Opvoedkundige bekwaamheden en opvoedkundige bekwaamheden gericht op ODD.
Afronding	Behandeling welke met succes doorlopen is en waarvan de coördinerend behandelaar verwacht dat het thuis wonen goed zal verlopen.
Voldoende	Jongere zodanig kunnen opvangen en begeleiden dat de jongere niet wederom in aanraking komt met de hulpverlening.
In het algemeen	Beschikking over minimale vaardigheden welke bij elk ouderpaar gewenst zijn.
Verkleinen	Minimaliseren van het terugvallen van jongeren met ODD.
Methoden en technieken	Vormen van begeleiding en therapieën.

4.5 Verklaring veranderingen hoofd- en deelvragen

Aan het begin van het schrijven van mijn scriptie heb ik een onderzoeksopzet gemaakt met hoofd- en deelvragen. Hieronder bespreek ik welke deelvragen zijn veranderd en om welke reden dit is gebeurd. Daarnaast komt naar voren welke effecten dit heeft gehad voor het onderzoek. Voor de oorspronkelijke hoofd- en deelvragen verwijs ik naar de onderzoeksopzet in de bijlagen.

Tijdens het doen van onderzoek zijn er een aantal deelvragen veranderd. De hoofdvraag is hetzelfde gebleven, evenals deelvraag 1, 2 en 3. De oorspronkelijke deelvraag 4 heb ik geschrapt. Tijdens het onderzoek kwam ik tot het besluit dat ik wilde onderzoeken wat er binnen de Jutters kon verbeteren. Deelvraag 4 had als doel om te kijken wat er buiten de Jutters werd aangeboden aan methoden en technieken. Dit was dus niet meer relevant voor mijn onderzoek. Deelvraag 5 komt op een andere manier aan bod in de definitieve deelvraag 4. Bij de oorspronkelijke deelvraag 5 werden eventuele methoden en technieken van buiten de Jutters meegenomen. Aangezien ik heb besloten dit niet te onderzoeken komt in de definitieve deelvraag 4 naar voren welke methoden en technieken binnen de Jutters bijdragen aan het aanleren van vaardigheden gericht op ODD. Deelvraag 6 komt terug in mijn vooronderzoek. Dit is een algemeen hoofdstuk over de behandeling, welke naar mijn mening beter past in het vooronderzoek. Deelvraag 7 is ook geschrapt. Na een interview bleek het niet realistisch om een eenduidig plan (stappenplan) te maken voor wat ouders wanneer moeten kunnen. Dit omdat elke ouder op zijn eigen tempo leert en daar geen tijdsplanning aan vast te zetten is.

Uiteindelijk heb ik 2 deelvragen (deelvraag 5 en 6) toegevoegd aan de definitieve deelvragen. Ik wilde antwoord geven op de hoofdvraag door te kijken naar verbeteringen in het voor-, behandel- en natraject. Deelvraag 5 richt zich op hoe het nu gaat en deelvraag 6 geeft antwoord op hoe het beter kan.

5. Verantwoording van het onderzoek

5.1 Relevantie

Er is een grote relevantie van onderzoek naar hoe ouders meer vaardigheden kunnen ontwikkelen met betrekking tot de omgang met hun kind met als doel dat de kinderen na een klinische opname thuis kunnen blijven wonen. Het is relevant omdat er bij De Jutters gestreefd wordt naar het zoveel mogelijk thuis behandelen van het kind. Het motto 'Beter worden doe je thuis' van de Jutters sluit aan bij deze visie. Uit cijfers van de Jutters blijkt dat er een groot percentage terugval is. Door dit onderzoek uit te voeren en een bruikbare aanbeveling te leveren kan het aantal gevallen waarbij het, na een klinische opname, thuis wederom mis gaat verkleind worden.

5.2 Bruikbaarheid

Dit onderzoek is bruikbaar omdat er momenteel nog geen duidelijk begeleidingstraject is waarin beschreven staat op welke manier ouders het meest effectief vaardigheden kunnen aanleren.

5.3 Vernieuwendheid

Momenteel is er nog geen eenduidige methode hoe ouders het best begeleidt kunnen worden tijdens de opname van hun kind. Door dit onderzoek uit te voeren zal het duidelijker worden hoe de begeleiding van ouders zo effectief mogelijk vorm gegeven kan worden. Daarnaast zijn in 2012 meerdere werknemers gestart met een opleiding voor therapieën welke begeleiding aan ouders en kind betreft. Deze therapieën worden sinds kort op de Jutters gegeven. Door deze therapieën mee te nemen in dit onderzoek zal er duidelijkheid komen over hoe en wanneer deze het best in te zetten zijn. Wanneer blijkt dat dit onderzoek succesvol is kan dit ook op andere afdelingen of andere instellingen toegepast worden.

Het onderzoek

6. Algemene opvoedingsvaardigheden

Deelvraag 1

Welke opvoedingsvaardigheden moeten ouders in het algemeen beheersen?

Er wordt veel aandacht besteed aan manieren van opvoeden. Zo zijn er programma's op televisie als 'Eerste Hulp Bij Opvoeden' en 'Engeltjes of Bengeltjes?'. Ook worden er verschillende tijdschriften gepubliceerd met als onderwerp het opvoeden en de bijkomende problemen. Omdat niet iedereen over de basiskennis van het opvoeden beschikt zal in dit hoofdstuk naar voren komen welke opvoedingsvaardigheden in het algemeen gewenst zijn bij ouders. Deze worden tevens aangehouden in de rest van het onderzoek. Dit wordt verduidelijkt door het bespreken van de verschillende ontwikkelingsfasen waar kinderen zich in bevinden en welke opvoedingsvaardigheden hierbij horen. Als eerst komen een aantal opvoedingsstijlen aan bod, daarna de basis van het opvoeden en als laatst de verschillende ontwikkelingsfasen met bijbehorende opvoedingsvaardigheden.

6.1 Verschillen in opvoeden

Elke ouder/ouderpaar heeft een eigen opvoedingsstijl. De ideeën of doelen die ouders nastreven worden bepaald door hun eigen opvoeding, persoonlijkheidsontwikkeling, sociale netwerk en de maatschappelijke en culturele context waarvan ouders deel uit maken. Nederland is een multicultureel land. Aangezien elke cultuur zijn eigen waarden en normen met zich meebrengt is dit ook terug te zien in verschillen in opvoeding. Burggraaff-Huiskes (2011) beschrijft in haar boek dat er desondanks de vele culturen in Nederland meer overeenkomsten dan verschillen te vinden zijn in de verschillende opvoedingen.

Uit de theorie zijn verschillende opvoedingsstijlen te onderscheiden welke meer of minder effectief zijn voor de ontwikkeling van het kind (Maccoby 1994, Timmers-Huigens 2004). Als eerste is er de autoritaire opvoedingsstijl. Dit betreft een strenge opvoeding met veel regels en controle en een laag niveau van acceptatie van het gedrag van het kind. Vaak ontbreekt het in het gezin aan warmte en betrokkenheid. Door de aanwezigheid van machtsuitoefening kan een optimale ontwikkeling van het kind belemmerd worden. Daarnaast is er een permissieve onverschillige opvoedingsstijl. Deze opvoedingsstijl kenmerkt zich door het gebrek aan structuur en regels. Er is een gebrek aan controle over of interesse in het gedrag van het kind. Hier is echter wel sprake van warmte en affectie. De derde opvoedingsstijl is de permissieve verwaarlozende opvoedingsstijl. Hier is eigenlijk geen sprake meer van opvoeden aangezien ouders fysiek danwel emotioneel niet beschikbaar zijn voor hun kinderen. Kinderen worden in deze opvoedingsstijl vaak aan hun lot over gelaten. Als laatste is er de autoritatieve opvoedingsstijl (gezaghebbende stijl). De autoritatieve opvoedingsstijl wordt ook wel de democratische opvoedingsstijl genoemd (Blokland, 2010). Hierin zijn duidelijke regels aanwezig en wordt er op een sensitieve manier gedisciplineerd in combinatie met een adequate emotionele ondersteuning en betrokkenheid van het kind. Het kind kan bijvoorbeeld in een discussie met goede argumentatie invloed uitoefenen op de regelgeving. Deze laatste opvoedingsstijl voldoet volgens Baumrind (1973) en Maccoby en Martin (1983) aan een meest effectieve/goede opvoeding. Uit onderzoek van hen bleek dat kinderen zich gesteund voelen, dat kinderen van mening waren dat hun ouders realistische waarden en normen hanteerden en realistische verwachten van hun hadden. Volgens de Winter (2006) heeft de maatschappij er belang bij om deze opvoedingsstijl bij ouders te stimuleren. Dit omdat de kinderen bij deze stijl belangrijke vaardigheden leren welke zij nodig hebben voor het democratisch burgerschap in Nederland.

6.2 De basis van opvoeden

In opvoeding gaat het voornamelijk om het scheppen van een goed pedagogisch klimaat welke tegemoet komt aan de vier basisbehoeften van ieder mens namelijk aan relatie, competentie, autonomie en echtheid/betekenisvolheid. Van deze vier basisbehoeften is de relatie het meest belangrijk. Het is van belang dat het kind zich gezien, gehoord, gekend en erkend voelt. Deze goede relatie bestaat uit de elementen aandacht, warmte, interesse, betrokkenheid en een goede controle (van Lieshout, 2009). Een ideale opvoeder is een volwassen persoon welke zich op eigen kracht staande kan houden. Daarnaast moet de opvoeder niet steeds bevestiging nodig hebben of bezig zijn met zijn eigen groeiproces. Zelf verantwoordelijk zijn voor de keuzes welke hij maakt op basis van overwegingen tussen gevoel en verstand zijn belangrijk (Ter Horst, 1994). “Kortom, iemand die vitaal is, met levenskracht, toekomstperspectief, moed, hoop, plezier, geloof, liefde, doorzettingsvermogen, vertrouwen en verantwoordelijkheid” (van Lieshout, 2004).

De Groot en Paagman (2000) schrijven dat kinderen moeten leren om een reële inschatting te maken van hun (on)mogelijkheden. Hierbij is het dus van belang dat kinderen geen overschatting maar ook geen onderschatting maken van hun competenties. Kinderen moeten leren dat zij hun grenzen kunnen verleggen en tegelijkertijd ook oog hebben voor reële beperkingen. Ook frustratietolerantie is een punt wat geleerd moet worden aan kinderen, hierdoor leren zij ook dat zij niet aan hun verantwoordelijkheden kunnen ontkomen en leren zij moeilijkheden te overwinnen (wat een positief effect heeft op hun zelfvertrouwen).

Van Lieshout (2004) vertelt dat humor een uiterst krachtig opvoedingsmiddel is. Humor helpt de spanning te verminderen, verhoogt de mogelijkheid tot omgang met stress, brengt mensen bij elkaar, verlaagt de weerstand bij moeilijke gesprekken, relateert conflicten en kan patronen doorbreken door het onverwachte. Daarnaast versterkt lachen het immuun- en hormoonstelsel door de productie van endorfine en adrenaline. Dit veroorzaakt de activatie van de hersenkern (Kahn, 2006).

Pedagogische basisdoelen

Na literatuuronderzoek komt Riksen-Walraven (2004) tot vier pedagogische basisdoelen. Het eerste pedagogische basisdoel is het bieden van emotionele veiligheid. Dit wordt geboden wanneer de opvoedomgeving een veilige basis (een thuis) biedt waar kinderen zichzelf kunnen zijn en zich kunnen ontspannen. Deze veiligheid is een voorwaarde voor het realiseren van de andere pedagogische doelen. Als tweede is het gelegenheid bieden voor het ontwikkelen van persoonlijke competentie een belangrijk pedagogisch doel. Het gaat hierbij om het gelegenheid hebben om persoonlijke eigenschappen als veerkracht, impulscontrole, zelfstandigheid, flexibiliteit, zelfvertrouwen, motivatie, volharding, creativiteit en cognitieve- en taalvaardigheden te ontwikkelen. Gelegenheid bieden voor het ontwikkelen van sociale competentie is het derde pedagogische doel. De opvoedomgeving biedt gelegenheid aan de kinderen om sociale kennis en vaardigheden te ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan het inleven in een ander, communiceren, anderen helpen, samenwerking, conflicten voorkomen en oplossen en het vergroten van de sociale verantwoordelijkheid. Het laatste pedagogisch doel betreft het overdragen van waarden en normen. Door deze over te dragen krijgen de kinderen de mogelijkheid om de cultuur waarin zij opgroeien eigen te maken.

Optimale ontwikkeling

Maccoby (1994) beschrijft het belang van het evenwicht tussen ondersteunen en structureren als belangrijk kenmerk om een opvoedingssituatie te beoordelen. Ten eerste moet er gekeken worden hoe de affectieve band is tussen ouders en kind, in welke mate ouders betrokken zijn, welke emotionele ondersteuning zij hun kind bieden en welke ruimte zij geven aan het kind om zijn eigen initiatieven te ontwikkelen. Ten tweede beschrijft Maccoby het belang van het bieden van structuur

en houvast en het ongewenst gedrag op tijd te corrigeren. Hierbij worden regels en grenzen gesteld aan het gedrag en toezicht gehouden op wat zij doen. Dit moet gedaan worden op een manier welke effectief is en geen schade brengt aan het kind. Een opvoedingsaanpak waarin ouders gebruik maken van duidelijke instructies en een rustige consequente aanpak bij regelovertreding draagt bij aan het optimaal ontwikkelen van het kind. Wanneer ouders hun kind wijzen op de gevolgen van zijn gedrag en uitleg geven over waarom ze welk gedrag van hem verwachten draagt dit bij aan het stimuleren van de gewetensvorming en zelfcontrole.

Bartels & Heiner (1994) hebben een overzicht gemaakt met voorwaarden waaraan voldaan moet worden voor een optimale ontwikkeling van kinderen:

- Adequate lichamelijke verzorging afgestemd op de leeftijd van het kind;
- Een affectieve relatie met ten minste een volwassene die het kind geborgenheid en steun biedt;
- Een veilige fysieke omgeving, bescherming tegen gevaren;
- Continuïteit en stabiliteit in de levensomstandigheden;
- Respect en betrokkenheid van opvoeders ten opzichte van kinderen;
- Een ondersteunende en flexibele structuur van regels en grenzen;
- Realistische verwachtingen, afgestemd op leeftijd en type kind;
- Gebruik maken van adequate en positieve vormen van disciplineren;
- Participeren in educatie, onderwijs en scholing;
- Mogelijkheden voor sociale omgang met leeftijdsgenoten;
- Overdracht van waarden en normen, goede voorbeelden krijgen;
- Opgenomen zijn in een sociaal verband van familie, vrienden, school en buurt;
- Kennis hebben van de eigen achtergrond en verleden.

6.3 De basisvaardigheden van ouders

Basale vaardigheden van opvoeders dragen bij aan het behalen van de pedagogische basisdoelen. De basale vaardigheden zijn interactievaardigheden in het directe contact met het kind en vaardigheden in het ontwikkelen van voorwaarden waardoor de ontwikkeling van het kind zo goed mogelijk verloopt. Daarnaast spelen opvoeders een rol in het creëren van de mogelijkheden voor kinderen om interactie met andere personen te ervaren en in de materiële omgeving van het kind.

Wat betreft de basale interactievaardigheden van opvoeders zijn er volgens Riksen-Walraven (2004) vier categorieën te onderscheiden namelijk het bieden van emotionele ondersteuning (sensitieve responsiviteit of sensitiviteit), het respecteren van de autonomie van het kind, structuur bieden en grenzen stellen en informatie en uitleg geven. Het bieden van emotionele steun wordt als volgt beschreven. De opvoeder laat op een positieve manier zijn betrokkenheid blijken bij hetgeen het kind doet of ervaart. Wanneer een kind het gevoel van geborgenheid krijgt kan het zich veilig en op zijn gemak voelen. Wanneer dit is bereikt kan het kind zich richten op zijn omgeving, nieuwe indrukken opdoen en leren wat hij ervaart. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld troosten, complimenten geven, interesse tonen en aanmoedigen tot activiteiten ondernemen. Na het bieden van emotionele steun is respect voor de autonomie van het kind van belang. Wanneer er aan de eerste basale vaardigheid is voldaan gaat het kind op verkenning uit. Als de opvoeder het kind hierin de ruimte geeft wordt de zelfstandigheid van het kind bevorderd en de eigenheid van het kind gerespecteerd. Structuur bieden en grenzen stellen is de volgende basale vaardigheid. Het bieden van structuur en grenzen geeft een bepaalde houvast voor het kind waarin het vervolgens zelfstandig activiteiten kan ondernemen en hierdoor kan ontwikkelen. Als laatste vaardigheid wordt het geven van informatie en uitleg beschreven. De wereld is voor kinderen een onduidelijk iets. Door informatie en uitleg te geven kan het kind de wereld leren begrijpen. Deze informatie en uitleg moet uiteraard aansluiten bij de behoefte, belevingswereld, aandacht en ontwikkeling van het kind. Zodra het kind

over bepaalde informatie beschikt kan het kind zelfstandig verder met het ontdekken van de wereld wat een vergroting van de zelfverzekerdheid met zich meebrengt.

Iets wat een grote invloed heeft op de opvoeding van een kind is de self-efficacy (Bandura, 1997). Dit concept is afkomstig uit de cognitieve theorie. Self-efficacy houdt in hoe ouders hun eigen effectiviteit of competentie als opvoeder inschatten. Ouders met een lage self-efficacy voelen zich snel slachtoffer van de omstandigheden en hebben een beeld van zichzelf dat zij niet veel kunnen. Ouders met een hoge self-efficacy hebben meer vertrouwen in hun effectiviteit en de invloed die zij kunnen uitoefenen op hun kind.

Naast deze basale vaardigheden hebben opvoeders gedeeltelijk invloed op de ervaringen welke het kind opdoet met andere personen en met de materiële omgeving. Hierbij kan gedacht worden aan het kiezen voor een bepaalde activiteit, bepaalde school, bepaald speelgoed of het wel of niet stimuleren van bepaalde vriendschappen.

6.4 Ontwikkelingsfasen

Ontwikkelingsvaardigheden en -opgaven

Er zijn bepaalde opvoedingsvaardigheden welke, onafhankelijk van de leeftijd van het kind, aanwezig moeten zijn bij de opvoeders. Daarnaast zijn er, wel afhankelijk van de leeftijd van het kind, bepaalde opvoedingsvaardigheden. Deze zijn afhankelijk van in welke ontwikkelingsfase het kind zit. Elke ontwikkelingsfase brengt ontwikkelingsopgaven met zich mee. Dit zijn psychologische opdrachten waarmee iedereen gedurende zijn leven in een redelijk vaste volgorde mee te maken krijgt. Het betreft bepaalde thema's welke kenmerkend zijn voor de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt. Door een ontwikkelingsopgave goed te volbrengen doet een mens kennis en vaardigheden op waardoor de ontwikkeling voortduurt. De kerngedachte is dat zodra een ontwikkelingsopgave niet voltooid is de volgende ontwikkelingsopgaven ook stagneren en de ontwikkeling dus (gedeeltelijk) stopt. Hieronder volgt een citaat waarin de verschillende ontwikkelingsfasen met bijbehorende ontwikkelingsopgaven beschreven zijn. Na het citaat volgt welke opvoedingsvaardigheden hierbij horen.

“ Ontwikkelingsopgaven voor kinderen van 0-2 jaar

De belangrijkste ontwikkelingsopgave voor het kind in deze periode is het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie met een of meer volwassenen. Veilig gehechte kinderen kunnen hun opvoeder gebruiken als veilige basis van waaruit zij hun omgeving kunnen verkennen. In de loop van het tweede jaar worden autonomie en individuatie steeds belangrijker. Het kind gaat steeds meer initiatief nemen en kan onafhankelijk van de opvoeder succes en bevrediging bereiken. In deze periode wordt de basis gelegd voor vertrouwen in anderen en voor vertrouwen in de eigen competentie.

Ontwikkelingsopgaven voor kinderen van 2-4 jaar

In deze periode ontwikkelt zich het vermogen van het kind om zich iets voor te stellen dat er niet meer is, evenals het vermogen tot imitatie. Ook komt de taalontwikkeling op gang. Er is sprake van een duidelijke opbouw van kennisstructuren en symbolische of representatieve vaardigheden (begin van 'alsof-spel', probleemoplossend spel, oog voor verhaaltjes en dagelijkse routines). In de loop van het derde jaar beginnen leeftijdgenootjes een rol te spelen (begin van samenspelen). De peuter moet in staat zijn constructief met leeftijdgenootjes om te gaan en niet voortdurend in conflict met of afzondering van hen te zijn. Dit vereist ook het beheersen van communicatieve vaardigheden. Ook ontwikkelt zich in deze periode het vermogen om zich aan te passen aan de eisen die opvoeders stellen (socialisatie), eerst op grond van externe regulatie en vervolgens door middel van zelfcontrole van het kind (zindelijkheid, impulscontrole, afblijven van sommige dingen). Tenslotte is ook de identificatie met de sekse-rol als jongen en meisje een centraal thema in deze periode.

Ontwikkelingsopgaven voor kinderen van 4-12 jaar

In deze periode neemt de autonomie verder toe. Dit uit zich ook in het snel toenemend vermogen van het kind om voor zichzelf te zorgen (zichzelf wassen en aan- en uitkleden, eten). Verder begint het vermogen tot decentratie zich te ontwikkelen (andermans perspectief leren zien). Tot slot wordt het kind in deze periode geconfronteerd met de maatschappelijke eis om te leren lezen, schrijven en rekenen. Daarnaast moet het zich in de schoolse situatie ook een taakhouding eigen maken om zich gedurende (steeds) langere tijd te concentreren op schoolse taken. In de omgang met de leerkracht is het noodzakelijk om de leerling-rol aan te nemen. Naast de schoolse vaardigheden (lezen, schrijven, rekenen), is ook het vermogen om wederkerige relaties op te bouwen met vriendjes/vriendinnetjes en het geaccepteerd worden door de groep een belangrijke ontwikkelingstaak in deze periode. In de omgang met leeftijdgenoten moet het kind leren zijn egocentrische houding steeds meer te laten varen.

Ontwikkelingsopgaven voor jongeren van 12-18 jaar

In deze periode staat een verdergaande emotionele zelfstandigheid van het kind centraal. De overgang naar het voortgezet onderwijs geeft daarbij een belangrijke aanzet. Ook treden er in deze periode lichamelijke veranderingen op, die het begin van de puberteit markeren. Het kind moet ten opzichte van het eigen lichaam, ten opzichte van leeftijdgenoten en ten opzichte van de ouders een nieuwe eigen positie gaan innemen. Seksualiteit gaat een steeds grotere rol spelen in de omgang met leeftijdgenoten. Een en ander leidt tot een nieuw waardensysteem en een nieuw gevoel van persoonlijke identiteit en het ontwikkelen van een positieve houding ten opzichte van opleiding, beroepskeuze en samenleving.” (Meij, 2011)

6.5 Opvoedingsvaardigheden

Opvoedingsvaardigheden en -opgaven

Het is afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin het kind zit over welke opvoedingsvaardigheden en -opgaven de ouders moeten beschikken. Het volgende citaat komt uit Meij (2011) en is gebaseerd op Goudena (1994), van den Boom (1999) en van Yperen (2009).

“ Opvoedingsopgaven bij kinderen van 0-2 jaar

In deze periode staan de opvoeders voor de opgave sensitief en responsief te reageren op de behoeften en signalen van het kind (emotionele ondersteuning). In het tweede jaar waarin autonomie en individuatie een overheersend thema wordt, wordt het nog belangrijker dat de opvoeder het kind daarnaast zoveel mogelijk de kans geeft om zelf dingen te ontdekken en zo zijn eigen competentie te ervaren (respect voor autonomie). Anderzijds is het ook steeds vaker nodig om de situatie voor het kind te structureren en duidelijke grenzen te stellen. Tot slot is het belangrijk voor de ontwikkeling van het kind dat opvoeders veel praten met het kind.

Normale problemen die zich in deze periode voordoen waaraan de opvoeder het hoofd moet (kunnen) bieden zijn problemen met slapen en eten, huilen, scheidingsangst, angst voor vreemden en onbekende situaties.

Opvoedingsopgaven bij kinderen van 2-4 jaar

Van de kant van de opvoeder blijven de eerder genoemde opvoedingsopgaven: emotionele steun bieden, autonomie erkennen, structureren en grenzen stellen van belang. Gezien de toenemende intellectuele en sociale behoeften wordt in deze periode ook een steeds groter beroep gedaan op informatie en uitleg geven over wat hoort, moet en mag en over hoe de dingen in elkaar zitten. Wil het proces van internalisatie van maatschappelijke eisen enigszins harmonieus verlopen, dan moet de opvoeder soepel kunnen omgaan met de ambiguïteit van het kind inzake de nu aan hem gestelde (externe) eisen.

Veel voorkomende normale problemen in deze periode zijn angst voor vreemden en onbekende

situaties, koppigheid, driftbuien, ongehoorzaamheid, druk gedrag en niet zindelijk zijn.

Opvoedingsopgaven bij kinderen van 4-12 jaar

Van de kant van de opvoeder is het in deze periode van groot belang kinderen de gelegenheid te geven tot omgang met leeftijdgenoten, in het algemeen een (cognitief) stimulerende omgeving aan te bieden en de autonomie van het kind te bevorderen. Daarnaast blijft ook het bieden van structuur en het stellen van duidelijke grenzen in deze periode van belang. Acceptatie door leeftijdgenoten wordt bevorderd wanneer het kind een gezinssituatie kent waarin warmte, begrip en wederkerigheid in de relaties een belangrijke rol spelen. We zien de eerder genoemde basisdimensies: emotionele ondersteuning, respect voor autonomie, structuur bieden en grenzen stellen, en uitleg en informatie geven, dus ook in deze periode weer terug. Concentratie en doorzettingsvermogen van het kind ten aanzien van schoolse taken worden bevorderd door leerkrachten die beschikken over goede interactievaardigheden en een gezinssituatie waarin deze taken positief worden gewaardeerd. Normale problemen die in deze periode voorkomen zijn ruziemaken, gepest worden, concentratieproblemen, lage (school-)prestaties; niet naar school willen en incidenteel stelen of vandalisme.

Opvoedingsopgaven bij kinderen van 12-18 jaar

In deze periode is het vooral belangrijk dat opvoeders de jongere ondersteunen bij het bepalen van een nieuwe positie ten opzichte van zichzelf, zijn leeftijdgenoten en zijn ouders. De jongere moet daarvoor door de opvoeder in de gelegenheid worden gesteld te experimenteren bij de opbouw van een nieuw waardensysteem. Daarbij is de leeftijd van het kind ook belangrijk. Aan een twaalfjarige stel je andere eisen dan aan een zestienjarige. In deze periode staat de opvoeder voor de taak een meer symmetrische relatie op te bouwen met het kind. Ook een positieve voorbeeldfunctie van de opvoeder is in deze periode van groot belang.

Normale problemen die zich bij veel jongeren in deze periode voordoen zijn incidenteel gebruik van alcohol en drugs, twijfels over identiteit of toekomst, problemen met uiterlijk, problemen met autoriteiten en incidenteel spijbelen.” (Meij, 2011)

6.6 Overzicht vaardigheden

In onderstaande tabel zijn de gewenste opvoedingsvaardigheden van de ouders weergegeven.

Ondersteunende en stimulerende vaardigheden	
Positieve aandacht	Positieve aandacht aan het kind geven, zoals affectie tonen, tijd samen doorbrengen, spelen enzovoort.
Complimenten geven	Algemene complimenten: 'Goed zo!', opgestoken duim enzovoort. Gerichte complimenten: gewenst gedrag wordt benoemd.
Responsief reageren	Interesse en betrokkenheid tonen bij initiatieven van het kind, bijvoorbeeld als het iets wil vertellen of laten zien. Emotionele steun/veiligheid bieden bij signalen die duiden op stress.
Positieve verwachtingen uitspreken	Vertrouwen uitspreken in de capaciteiten van het kind om taken uit te voeren of problemen zelf op te kunnen lossen.
Communiceren met kinderen	Initiëren van gesprekjes met het kind, meningsvorming en uitwisseling stimuleren, dagelijks handelen benoemen.
Actief luisteren naar gevoelens	Luisteren naar de belevenissen van het kind, gevoelens benoemen en erkennen, intenties van het kind onderkennen.
Voorbeeldgedrag	Zelf het gewenst gedrag laten zien dat belangrijk is om bij het kind te stimuleren, eventueel voordoen in kleine stappen.
Vooruit denken	Anticiperen op moeilijke situaties, passende voorzorg maatregelen nemen om problemen te voorkomen
Duidelijke instructies geven	Naar het kind toegaan en zeggen wat het concreet moet doen.
Wensuitspraken (pubers)	De puber verzoeken om iets te doen.
Werken met een beloningsprogramma	Gewenst gedrag systematisch belonen via versterkers, in gelimiteerde tijd, beloningen afbouwen als het gedrag routine is.
Helpen bij probleemoplossing	Kind of puber ondersteunen bij stappen voor probleemoplossing, het kind vervult een actieve rol.
Gezinsvergadering	Actuele kwesties worden op een vast moment besproken. Afspraken maken over taken in huis.

Bron: Blokland (2010)

Structurende en corrigerende vaardigheden

Regels stellen	In overleg met het kind basisregels voor in huis vaststellen en de uitvoering bespreken.
Regels bekrachtigen	Het kind aan regels herinneren en naleven aanmoedigen.
Aandacht onthouden	Aandachtvragend gedrag negeren totdat het stopt.
Voortijdig afleiden	Tijdig voorkomen van (mogelijk) ongewenst gedrag, als dat gedrag zich nog niet voordoet.
Nee of STOP zeggen	Stellen dat iets niet kan of mag en daaraan vasthouden. Het kind uitleggen waarom iets niet mag; alternatief bieden.
Apart zetten	Het kind kort (enkele minuten) apart zetten op saaie plek om tot rust te komen, de ouders houden regie. Het kind daarna op gang helpen.
Kind zelf gevolgen laten ondervinden	Het kind ondervindt zelf de (negatieve) gevolgen van zijn gedrag (bijvoorbeeld te laat komen, spullen kwijt zijn).
Strafmaatregel	Iets leuks afnemen (activiteit, voorwerp, zakgeld, privilege) of iets vervelends opdragen (taak, strafwerk, herstel schade). Straf is afgestemd op overtreding en kortdurend. Bij pubers: spullen afnemen die ze terug kunnen verdienen.
Contract maken (pubers)	Opvoeder en puber leggen afspraken en consequenties vast in contract dat beiden ondertekenen.
Zorgstaking (pubers)	Opvoeder stopt (tijdelijk) bepaalde zorgtaken, zoals kleren wassen, eten klaarmaken.
Toezicht houden	Controleren waar de jeugdigen zijn, wat ze doen en met wie.

Bron: Blokland (2010)

6.7 Analyse en conclusie

Analyse

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er veel vaardigheden bijdragen aan het goed opvoeden van een kind. Hoewel uit onderzoeken verschillende vaardigheden naar voren komen zijn al deze vaardigheden te herleiden naar de vier basisdoelen van het opvoeden. Als eerste is het hebben van een affectieve relatie met in ieder geval een persoon van belang. Hiermee wordt de emotionele veiligheid en emotionele ondersteuning geboden. Daarnaast is het belangrijk dat het kind de mogelijkheid heeft tot het ontwikkelen van sociale- en persoonlijke competenties. Door dit als ouders te stimuleren zal het kind zich blijven ontwikkelen en sociale vaardigheden op doen. De autonomie van het kind is een derde belangrijke factor. Het is belangrijk voor het kind om te weten dat hij zijn eigen keuzes mag maken. Dit stimuleert de ontwikkeling van het kind. Het laatste doel is het overbrengen van normen en waarden naar het kind, ook wel het goede voorbeeld zijn. Het is belangrijk dat een persoon normen en waarden heeft. Als ouders hun normen en waarden meegeven aan het kind kan het kind op latere leeftijd deze normen en waarden naar zijn eigen idee vormgeven. Het heeft een maatschappelijk belang als ouders gestimuleerd worden om een autoritatieve/democratische opvoedingsstijl te handhaven. In deze opvoedingsstijl komen alle elementen naar voren welke belangrijk zijn voor een persoon om zich staande te houden in de Nederlandse maatschappij.

Naast deze algemene basisdoelen zijn er opvoedingsvaardigheden welke meer gerelateerd zijn aan de leeftijd van het kind. Deze vaardigheden zijn dus meer gericht op de ontwikkelingsfase waarin het

kind zich bevindt. Bij kinderen tot 2 jaar staat vooral het sensitief en responsief reageren centraal. Op deze leeftijd communiceren kinderen voornamelijk op een sensitieve manier. Kinderen leren het snelst door dingen zelf te ontdekken. Daarom moet het kind de mogelijkheid krijgen om zelf dingen te ontdekken en competentie te ervaren. Het structureren en stellen van grenzen wordt nu steeds belangrijker. Kinderen zullen steeds meer gaan onderzoeken waar de grenzen liggen van wat wel of niet mag. Wanneer kinderen in de leeftijd 2 tot 4 jaar zijn is het belangrijk om, naast bovenstaande vaardigheden, informatie en uitleg te geven. Dit omdat de intellectuele en sociale behoefte van het kind rond deze leeftijd groeit. Nu zullen er steeds meer eisen aan het kind worden gesteld. Bij kinderen van 4 tot 12 jaar staat het gelegenheid geven van sociale competentie met leeftijdsgenoten centraal. Ook het aanbieden van een stimulerende omgeving, bevorderen van de autonomie en het bieden van structuur en grenzen is belangrijk. Dit stimuleert de ontwikkeling van hun sociale- en persoonlijke competentie. De laatste ontwikkelingsfase betreft de fase van 12 tot 18 jaar. Hierin moet de jongere vooral ondersteunt worden bij het bepalen van de nieuwe positie ten opzichte van zichzelf, leeftijdsgenoten en ouders. Er moet gelegenheid zijn om te experimenteren, maar wel met duidelijke structuur en grenzen. Als ouder is het nu van groot belang om een positieve voorbeeldfunctie te hebben.

Conclusie

Uit de analyse is het volgende te concluderen. De verschillende vaardigheden waarover ouders zouden moeten beschikken komen uit op vier basisdoelen van het opvoeden. Als eerste is het hebben van een affectieve relatie met in ieder geval een persoon van belang. Daarnaast is het belangrijk dat het kind de mogelijkheid heeft tot het ontwikkelen van sociale- en persoonlijke competenties. De autonomie van het kind is een derde belangrijke factor. Het laatste doel is het overbrengen van normen en waarden naar het kind een basisdoel. Ouders moeten gestimuleerd worden om een autoritatieve/democratische opvoedingsstijl te handhaven.

Naast deze basisdoelen zijn er zijn er opvoedingsvaardigheden welke gerelateerd zijn aan de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt. Sensitief en responsief reageren en het structureren en stellen van grenzen is belangrijk bij kinderen tot 2 jaar. Daarnaast moet het kind de mogelijkheid krijgen om dingen zelf te ontdekken en competentie te ervaren. Bij kinderen van 2 tot 4 jaar is het belangrijk dat ouders informatie en uitleg geven. Het bieden van een stimulerende omgeving, bevorderen van de autonomie, het bieden van structuur en grenzen en het gelegenheid geven tot sociale competentie met leeftijdsgenoten is belangrijk bij kinderen van 4 tot 12 jaar. In de laatste ontwikkelingsfase, 12 tot 18 jaar, moet de jongere ondersteund worden bij het bepalen van een nieuwe positie tegenover zichzelf, zijn leeftijdsgenoten en zijn ouders. Daarnaast moeten ouders de gelegenheid bieden voor de jongere om te experimenteren.

7. Opvoedingsvaardigheden met betrekking tot ODD

Deelvraag 2

Welke opvoedingsvaardigheden met betrekking tot ODD moeten ouders beheersen?

Zoals in het vorige hoofdstuk te lezen is, brengt het opvoeden van een kind veel met zich mee. Er worden opvoedingsvaardigheden van ouders gevraagd. Wanneer het om het opvoeden van een kind met de stoornis ODD gaat komen er, naast de basis opvoedingsvaardigheden, meer specifieke vaardigheden bij kijken. Door middel van literatuuronderzoek en resultaten uit interviews wordt er in dit hoofdstuk weergegeven welke extra vaardigheden ouders moeten beheersen.

Hartog-Polkerman (2010) schrijft in haar boek dat kinderen met ODD vaak al vanaf de geboorte problemen hebben. Dit kan al beginnen bij de bevalling. Het kan ook zijn dat kinderen pas problemen gaan vertonen zodra er meer van hun gevraagd wordt, bijvoorbeeld op de basisschool. Greene (2006) zegt dat kinderen niet opzettelijk explosief en agressief zijn maar dat dit voort komt uit het achterlopen in de ontwikkeling van vaardigheden zoals flexibiliteit en tolerantie. Doordat deze kinderen achterlopen in hun ontwikkeling is het van belang dat er een duidelijke aanpak is vanuit ouders naar het kind.

7.1 *Structuur*

Als eerste opvoedingsvaardigheid is het bieden van structuur door ouders van groot belang. Kinderen met ODD hebben duidelijkheid en structuur nodig. Door dit te bieden weten zij waar zij aan toe zijn en krijgen ze minder prikkels te verwerken. Structuur kunnen ouders op verschillende vlakken aanbrengen. Als eerste kan er structuur in huis komen. Hiermee wordt bedoeld dat er minder prikkels aanwezig zijn in huis. Een opgeruimde kamer, niet te veel speelgoed, vaste plekken waar dingen liggen zijn voorbeelden die bijdragen aan structuur in huis. Iets wat jonge kinderen kan helpen bij het krijgen van deze structuur is een pictogrammenbord waarop aangegeven staat wat wanneer plaats vindt. Ook kan er structuur in tijd worden aangebracht. Dit houdt in dat de dag in verschillende dagdelen wordt verdeeld. Ook dit kan op een pictogrammenbord gedaan worden. Vaste momenten op de dag (eten, douchen, slapen) worden elke dag in dezelfde volgorde en hetzelfde tijdstip uitgevoerd. Hiermee wordt de structuur bevorderd (Hartog-Polkerman, 2010).

7.2 *Regels en grenzen*

Volgens van der Veen-Mulders e.a. (2002) kunnen regels en grenzen voor drie situaties ingesteld worden namelijk voor gehoorzaamheid, activiteiten en sociale situaties. Het is van belang om positieve regels te maken. Dit zijn regels waarin gezegd wordt wat er wél mag. Deze regels moeten duidelijk zijn en consequent uitgevoerd worden. Het is goed om niet te veel regels te hebben, ongeveer vijf huisregels is voldoende (Hartog-Polkerman, 2010). Een voorbeeld van een positieve regel is 'rustig lopen in huis', in plaats van 'niet rennen in huis'. Doordat de regel positief gesteld is zal het kind er minder moeite mee hebben om de regel op te volgen.

Hartog-Polkerman (2012) geeft in haar boek een opsomming waaraan een goede instructie moet voldoen.

- Houd het kort.
- Zeg op een stellende manier dat iets nu moet gebeuren.
- Ga niet in discussie.
- Eerst de uitleg geven, daarna de instructie geven.
- Situaties buiten de deur voor bespreken met het kind.
- Bereid het kind voor als er een nieuwe situatie aan komt (over 5 minuten is het bedtijd).

7.3 Communicatie

Kinderen hebben behoefte aan duidelijkheid. Kinderen met ODD vinden het lastig om instructies te begrijpen. Duidelijk communiceren naar het kind is daarom belangrijk. Enkele tips die Hartog-Polkerman (2010) geeft zijn: praten in een duidelijke taal (geen abstracte woorden gebruiken), duidelijk zijn over op welk moment iets gaat gebeuren (niet 'straks', wel 'nu'), duidelijk zijn over wat de ouder van het kind verwacht, eerst uitleg geven en daarna de instructie (kinderen onthouden vaak hetgeen laatst gezegd is), een eventueel lastige situatie voorbespreken (wat gaan we doen, welke regels gaan we ons aan houden), contact maken met het kind (naam noemen, aankijken), niet vanuit eigen emotie praten en een rustige omgeving bieden met weinig prikkels.

7.4 Toezicht

Bij kinderen met ODD is het belangrijk om voldoende toezicht te houden. Dit houdt in te weten waar het kind is, wat het kind doet en met wie het kind is. Daarnaast zijn kinderen met ODD vaak fysiek agressief naar hun broertjes en/of zusjes. In dit geval is het belangrijk dat ouders zoveel mogelijk aanwezig zijn in dezelfde ruimte als de kinderen om eventueel fysiek agressief gedrag te begrenzen (Hartog-Polkerman, 2012).

7.5 Gedrag: belonen, negeren, straffen

Positief gedrag belonen is erg belangrijk. Kinderen met ODD lijken ongevoelig te zijn voor straffen maar ze zijn wel gevoelig voor belonen. Door hen veel te belonen zal het kind vaker beloofd willen worden en dus vaker positief gedrag vertonen. Met het geven van complimenten zal het zelfvertrouwen van het kind groeien en dus het zelfbeeld van het kind verbeteren. Daarnaast zullen kinderen, als ze geen aandacht krijgen met positief gedrag, de aandacht gaan zoeken in negatief gedrag. Het is goed om zoveel mogelijk goed gedrag te belonen. Dit gedrag kan iets heel kleins zijn, zoals de beker op het aanrecht zetten, tot iets groots zoals het niet boos reageren als het kind door iemand anders wordt uitgedaagd. Belonen kan door het geven van een compliment of door extra aandacht te geven aan het kind (extra spelletje spelen, een film kijken).

Negatief gedrag moet volgens Hartog-Polkerman (2010, 2012) genegeerd worden, tenzij het kind met zijn gedrag de regels overtreedt of een gevaar voor zichzelf of anderen vormt (bijvoorbeeld met agressie). In dat geval moet er direct ingegrepen en gestraft worden. Als het gedrag genegeerd wordt moet dit van te voren gezegd worden tegen het kind. Dit kan door te verwijzen naar een regel welke afgesproken is. Wanneer het negatieve gedrag genegeerd wordt is er kans dat dit gedrag eerst zal toenemen waar dit later juist minder wordt.

Straf zal een onprettig gevoel veroorzaken bij het kind waardoor het negatieve gedrag verminderd. Wanneer het kind gestraft wordt is het belangrijk dat dit direct na het negatieve gedrag gebeurt. Op deze manier kan het kind een verband leggen tussen het gedrag en de consequentie. Een straf kan ook volgen op een waarschuwing. Als het kind dan alsnog doorgaat met het negatieve gedrag kan het kind op bijvoorbeeld een time-out plek gezet worden voor een aantal minuten (dit is vooral effectief bij jonge kinderen). Het kind moet dan dit aantal minuten daar blijven, als hij van de plek af komt kan de tijd opnieuw ingaan of wordt de tijd stil gezet. Als de tijd voorbij is moet het kind zijn excuus aanbieden. Een andere manier van straffen is het afnemen van iets leuks, zoals zakgeld of geen toetje na het eten. Ook na negatief gedrag is het belangrijk om weer zo snel mogelijk te belonen voor positief gedrag.

Bij straffen is het zeer belangrijk dat ouders consequent zijn. Dus spreek alleen straffen uit welke ook waar te maken zijn. Door dit consequent te doen weten kinderen dat wat de ouder zegt ook daadwerkelijk gaat gebeuren. Daarnaast is het goed voor ouders om na te gaan of zij eisen stellen aan het kind welke hij ook waar kan maken. Wanneer er te hoge eisen worden gesteld zal er vaker negatief gedrag voorkomen waardoor er veel gestraft wordt.

Als laatst geeft Hartog-Polkerman (2010) nog een aantal korte tips voor ouders: verdiepen in de stoornis, consequent zijn, goede voorbeeld geven, geen machtsstrijd aangaan, duidelijk en voorspelbaar zijn, het kind aandacht geven, neem het kind zoals het is, toon belangstelling, geef het kind ruimte om dingen zelf te ontdekken, kom beloftes na en wees eerlijk, trek 1 lijn over de opvoeding met de partner en als laatste verwen het kind met liefde en complimenten.

7.6 Pubertijd

Als kinderen in de pubertijd komen kan hun gedrag verergeren. Waar een puber zonder ODD al een flinke uitdaging kan zijn, kan een puber met ODD dubbel zo zwaar zijn. Kinderen met ODD zijn makkelijk te beïnvloeden. Zo lopen ze vaak snel mee, doen ze stoer en willen ze opvallen. De jongere zal vaak naar anderen wijzen en zeggen dat ze zelf niets hebben gedaan. Ondanks dat kinderen met ODD er vaak een aandeel in zullen hebben is het belangrijk om te blijven realiseren dat een kind met ODD snel een stempel krijgt van iemand die altijd rottigheid uithaalt.

Naast bovenstaande vaardigheden zijn er een aantal punten welk belangrijk zijn vanaf dat het kind in de pubertijd komt. Als eerste beschrijft Hartog-Polkerman (2010) de waarde van privacy voor de jongere. Het is belangrijk om de jongere zijn eigen kamer te gunnen waar hij zich terug kan trekken, ook hoeft de jongere niet alles te vertellen aan zijn ouders. Afspraken en regels worden in deze periode samen met de jongere gemaakt waardoor ouders en kind elkaar tegemoet kunnen komen en een goede middenweg kunnen vinden. Ook is het belangrijk dat de jongere leert hoe hij zijn woede kan uiten. Op deze leeftijd kunnen ouders hun kind niet meer vasthouden of tegenhouden. Zo kan de jongere er bijvoorbeeld voor kiezen om te gaan hardlopen als hij zich boos voelt. Het is belangrijk om als ouders op eventuele depressiviteit bij de jongere te letten. Onder jongeren met ODD komt zelfdoding vaker voor door de problemen die zij tegenkomen in het leven (Hartog-Polkerman, 2010).

Ook hier geeft Hartog-Polkerman (2010) een aantal tips voor ouders: informeer als ouders over onderwerpen als drank, drugs, seksualiteit, geld en dergelijke. Probeer probleemsituaties voor te zijn door deze te bespreken en duidelijke huisregels te hebben. Geef het kind complimenten, wees begripvol, respectvol en toon interesse.

7.7 Agressie

De tips die Hartog-Polkerman (2010, 2012) geeft bij agressief gedrag zijn als volgt. Blijf zelf rustig, zelf boos worden werkt versterkend bij het kind. Vertel de omgeving dat zij het kind beter even met rust kunnen laten als deze boos is. Als het kind geïrriteerd is, laat hem dan even met rust zodat hij tot rust kan komen. Fysiek gedrag moet niet getolereerd worden, wanneer het kind boos is is het goed om kleine dingen te negeren. Dit voorkomt opeenstapelingen van consequenties. Beloon het kind bij het maken van de goede keuze voor positief gedrag. Laat ruzies tussen kinderen uitpraten, op deze manier wordt competitie tussen kinderen voorkomen. Als een kind een driftbui of agressie voelt opkomen is het verstandig om het kind uit de situatie te halen. Hier kan het kind dan even afkoelen. Daarnaast kan er gekozen worden voor het ontladen door bijvoorbeeld een rondje te gaan rennen of op een boksbal te slaan. Uiteindelijk moet er gekeken worden of de trigger van het gedrag veranderd kan worden waarna het kind niet meer getriggerd wordt.

7.8 Delinquentie

Kinderen met ODD hebben een grote kans om delinquent gedrag te gaan vertonen. Het is belangrijk om als ouders te proberen dit te voorkomen door het houden van toezicht. Daarnaast is voorlichting geven belangrijk. Kinderen met ODD hebben vaak moeite met oorzaak-gevolg zien, door het geven van voorlichting over onderwerpen als drank, drugs, geweld en dergelijke kunnen ouders deze gevolgen inzichtelijk maken voor hun kind. Door deze onderwerpen bespreekbaar te maken is de kans groter dat, mocht het kind problemen hebben op een van deze gebieden, het kind naar de

ouders toe komt. Als het kind toch het delinquente gedrag heeft vertoont is het belangrijk dat de ouders het kind met het gedrag confronteren. Hierbij moet duidelijk gezegd worden dat dit gedrag niet wordt geaccepteerd. Hierna moet een straf volgen. Het kind moet zijn gedrag oplossen, dit is bijvoorbeeld gestolen artikelen terug brengen naar de winkel. Daarnaast moet het kind thuis een straf krijgen, bijvoorbeeld een week niet uitgaan. Als het kind het ongewenste gedrag niet meer vertoont moet het hiervoor beloond worden. Als ouders is het belangrijk om hulp te vragen als zij het gedrag van het kind zelf niet meer aan kunnen (Hartog-Polkerman, 2012).

7.9 Ouders

Hartog-Polkerman (2012) geeft een aantal belangrijke factoren aan voor ouders om rekening mee te houden. Zij zegt dat het belangrijk is dat de draagkracht (hetgeen ouders aan kunnen) en de draaglast (hoeveelheid problemen) in evenwicht zijn, als dit niet zo is is er hulp nodig van buitenaf. Het opvoeden van een kind met ODD brengt veel stress met zich mee. Om te voorkomen dat ouders overbelast raken is het belangrijk dat zij tijd voor zichzelf vrijmaken. Dit kan door het kind naar een dag- of logeeropvang te brengen of iemand uit het netwerk te vragen om te ondersteunen. Daarnaast is het belangrijk dat de relatie tussen ouders en kind goed blijft. Dit kan door het doen van leuke dingen met elkaar, humor naar elkaar toe te hebben en respect voor elkaar te hebben.

7.10 Resultaten interviews

Om te onderzoeken welke vaardigheden met betrekking tot ODD ouders moeten beheersen zijn er met medewerkers van de Jutters interviews gehouden. Medewerkers van verschillende disciplines hebben antwoord gegeven op de vraag welke vaardigheden met betrekking tot ODD ouders volgens hun moeten beheersen.

Uitkomsten interviews

Hetgeen dat opviel was dat alle medewerkers als een van de eerste vaardigheden het grenzen stellen noemden. Ook structuur bieden, consequent zijn, complimenten en beloningen geven (positief stimuleren) en veiligheid bieden werden vaak genoemd. Onder veiligheid bieden wordt betrouwbaar, voorspelbaar en duidelijk zijn verstaan. Daarnaast werd genoemd dat het belangrijk is om de relatie met het kind goed te houden. Andere vaardigheden welke naar voren kwamen zijn het niet in discussie gaan en de regie houden, dit valt onder het stellen van grenzen en consequent. De medewerkers van de poli gaven aan dat de vijf effectieve opvoedingsstrategieën uit PMTO (training gericht op verbeteren van opvoedingsvaardigheden van ouders) van belang zijn. Dit zijn het stimuleren door aanmoediging, effectief grenzen stellen, samen problemen oplossen, zicht en toezicht en positieve betrokkenheid.

Uit interviews gehouden met ouders bleek dat ouders graag willen leren om meer consequent te zijn en weer vertrouwen in hun kind te krijgen. Dit laatste is te herleiden tot het verbeteren van de relatie met het kind.

Analyse interviews

De vaardigheden welke naar voren kwamen uit de interviews zijn allemaal te herleiden tot de effectieve opvoedingsvaardigheden van PMTO. Dit zijn het stimuleren door aanmoediging, effectief grenzen stellen, samen problemen oplossen, zicht en toezicht en positieve betrokkenheid. Daarnaast noemen ouders dat zij meer consequent willen zijn naar hun kind toe. Als ouders grenzen kunnen stellen is het belangrijk dat zij zich, na het stellen van deze grens, hieraan vasthouden (consequent zijn). Consequent zijn is dus iets wat na het stellen van grenzen komt. Ouders zullen dus eerst grenzen moeten kunnen stellen voordat er verbetering kan komen met betrekking tot consequent zijn. De uitkomsten van de interviews komen overeen met hetgeen uit het literatuuronderzoek is gebleken.

Conclusie interviews

De belangrijkste vaardigheden met betrekking tot ODD zijn de vijf effectieve vaardigheden van PMTO, te weten stimuleren door aanmoediging, effectief grenzen stellen, samen problemen oplossen, zicht en toezicht en positieve betrokkenheid. Ouders gaven aan behoefte te hebben in het verbeteren van de vaardigheid om effectief grenzen te stellen (consequent zijn).

7.11 Analyse en conclusie

Analyse

Het bieden van structuur is voor kinderen met ODD van groot belang. Doordat zij structuur krijgen weten zij wat ze kunnen verwachten en krijgen ze minder onverwachte prikkels te verwerken. Dit biedt rust en zekerheid voor kinderen met ODD. Naast het bieden van structuur komt naar voren dat er positieve regels en grenzen gesteld moeten worden. Het stellen van regels draagt bij aan de rust en zekerheid voor de kinderen met ODD. Ook hierbij weten zij wat er van hun verwacht wordt. Zij weten wat ze wel of niet mogen doen. Door deze regels positief te maken wordt benadrukt wat wél mag. Dit zal het kind stimuleren om deze regel op te volgen. Door grenzen te stellen weet het kind wat het niet mag. Duidelijke communicatie naar het kind toe is ook van belang. Kinderen met ODD hebben moeite met het begrijpen van instructies, dit benadrukt het belang van duidelijke communicatie. Gezien het (mogelijke) gedrag van een kind met ODD is het belangrijk dat ouders voldoende toezicht houden op het kind. Door dit te doen kunnen zij op tijd ingrijpen door het stellen van regels en grenzen. De volgende vaardigheid voor ouders is het reageren op gedrag. Positief gedrag moet beloond worden. Door dit gedrag te belonen zal het kind dit gedrag vaker gaan vertonen om de beloning te krijgen. Daarnaast krijgt het kind positieve aandacht wat goed is voor het zelfbeeld en zelfvertrouwen van het kind. Negatief gedrag moet genegeerd worden. Door hier geen aandacht aan te besteden zal het kind uiteindelijk stoppen met dit gedrag. Het kind weet dat hij met positief gedrag wel aandacht krijgt wat de kans vergroot dat hij positief gedrag gaat vertonen. Negatief gedrag kan dusdanig erg zijn dat het bestraft moet worden. Door te bestraffen weet het kind dat dit gedrag niet getolereerd wordt. Hierbij is het belangrijk dat ouders de eerder genoemde vaardigheid grenzen en regels stellen goed beheersen. Door consequent te zijn in de grenzen en regels zal het kind uiteindelijk beseffen dat zijn gedrag tot niks leidt. Wanneer het kind in de pubertijd komt is het belangrijkste dat het kind zijn woede leert beheersen en alternatieven heeft om zijn woede te uiten. Ouders kunnen kleinere kinderen nog tegenhouden als ze boos worden maar zodra het kind in de pubertijd komt zal hij toenemen in lengte en kracht. Ouders kunnen het kind dus niet meer tegenhouden of fysiek afremmen in hun boosheid. Het vinden van een alternatief voor het uiten van boosheid geldt ook wanneer het kind nog niet in de pubertijd is. Als laatst is er de vergrootte kans voor kinderen met ODD om in de criminaliteit terecht te komen. Ook hier is blijven communiceren met het kind belangrijk. Hiermee wordt gestimuleerd dat het kind eerlijk is waardoor ouders zo snel mogelijk kunnen ingrijpen als het mis dreigt te gaan.

Conclusie

Gekeken naar hetgeen Hartog-Polkerman (2010, 2012) schrijft en hetgeen er is gebleken uit de interviews vallen een aantal vaardigheden op. Het is belangrijk dat er grenzen en regels gesteld worden door ouders. Daarnaast moet er sprake zijn van een duidelijke structuur gedurende de hele dag. Het gedrag van het kind moet, afhankelijk of het gedrag positief of negatief is, beloond, genegeerd of bestraft worden. Bij het belonen van gedrag is het belangrijk dat kinderen complimenten krijgen, beloningen krijgen en aangemoedigd worden om dit gedrag vaker te vertonen. Straffen moet consequent en volgens de regels gebeuren. Ouders moeten samen met hun kind het probleem waarmee het gedrag ontstaat oplossen. Om als ouders het gedrag te kunnen sturen is het belangrijk dat zij (continu) toezicht hebben op het kind. De effectieve opvoedingsstrategieën uit de PMTO beslaan al deze vaardigheden. Hartog-Polkerman (2010, 2012) benadrukt de noodzaak van het beheersen van deze vaardigheden. Er kan geconcludeerd worden dat als ouders deze vaardigheden niet beheersen dit een risicofactor vormt voor het kind.

8. Methoden en technieken vanuit de Jutters

Deelvraag 3

Welke methoden en technieken biedt de Jutters aan met betrekking tot de begeleiding van ouders?

De Jutters biedt vele methoden en technieken aan om ouders te ondersteunen in het gehele behandelproces. Deze methoden en technieken verschillen in leeftijd, doelgroep en trainingsvorm. Op de website van de Jutters wordt een overzicht gegeven van alle behandelingen die de Jutters biedt. De volgende behandelingen hebben (deels) betrekking op ouders.

8.1 Systeemtherapie

Systeemtherapie valt onder de psychotherapieën. Psychotherapie is een effectieve gespreksbehandelmethode welke toegepast wordt bij psychische stoornissen. Bij psychotherapie staan de gesprekken tussen de cliënt en behandelaar centraal. Het doel is om psychische klachten te verminderen of om hier beter mee om te kunnen gaan. Psychotherapie wordt onderscheiden in het verschil in behandelsituatie, behandelintensiteit en de keuze voor methoden en technieken. Systeemtherapie (ook wel relatie- en gezinstherapie genoemd) is een therapie waarbij de cliënt en omgeving van de cliënt (het systeem) samen in therapie zijn. De problemen van de cliënt en van het systeem staan centraal. Deelnemers van deze therapie worden zich bewust van reacties op elkaar en welke invloed deze reacties op een ander kunnen hebben. Door middel van huiswerkopdrachten kan er thuis geoefend worden. Een systeemtherapeut is opgeleid in het interpreteren van informatie waarna hij een probleemanalyse en indicatiestelling maakt. Daarnaast kan de therapeut de therapeutische relatie hanteren, overdracht en tegenoverdracht herkennen en een complexe behandeling bieden zonder dat de werkwijze daarvan vast staat.

Naast systeemtherapie bestaat de psychotherapie uit cognitieve gedragstherapie, psychoanalytische psychotherapie, cliëntgerichte psychotherapie, groepspsychotherapie, kinder- en jeugdpsychotherapie en integratieve psychotherapie (www.psychotherapie.nl).

8.2 Intensieve gezinsbegeleiding (IG/IAG)

De Jutters biedt twee verschillende vormen van begeleiding aan welke onder IG vallen. De eerste vorm betreft IG (intensieve gezinsbegeleiding). Tijdens IG heeft de behandelaar (IG'er) gesprekken met ouders op de Jutters en thuis. De IG'ers op de Inktvis begeleiden ouders van de kinderen die opgenomen zijn op de Inktvis. De IG'ers van de poli begeleiden ouders van de kinderen die niet (meer) zijn opgenomen op de Inktvis. Tijdens IG wordt gekeken naar de hulpvraag van ouders. Deze wordt uitgediept en uitgediept tot een specifieke situatie. Vervolgens gaat de IG'er met ouders deze situatie doorspreken en oefenen door middel van bijvoorbeeld een rollenspel of een video opname. Hierin kunnen ouders dan ervaren hoe bepaalde manieren van aanspreken (door de IG'er) effect op hun hebben. Ook is er de mogelijkheid om de situatie in een veilige omgeving te oefenen voordat ze het bij hun kind gaan toepassen. Het kan zijn dat ouders geen specifieke hulpvraag hebben. De IG'er zal dan samen met ouders de dagelijkse routine doornemen. Dat betreft alle momenten van opstaan tot naar bed gaan. Als de IG'er een beeld heeft van hoe een gemiddelde dag eruit ziet kan deze samen met ouders kijken welke momenten beter kunnen en aan de hand van deze momenten een duidelijke hulpvraag formuleren. Als het perspectief van het kind is dat hij naar huis komt kan er ook gericht geoefend worden in de weekenden. Mocht het zijn dat het perspectief is dat het kind niet naar huis gaat na de opname kan je als IG'er ouders ondersteunen in het proces van loslaten en afstand nemen.

De tweede vorm betreft de IAG (intensieve ambulante gezinsbegeleiding). Dit is een opleiding welke bestaat uit de basisopleiding IG en een aanvullende module. In de aanvullende module wordt er aandacht besteedt aan hoe je als behandelaar om kan gaan met weerstand bij ouders. Ook kan de behandelaar zich na deze extra module beter inleven in ouders en het gesprek aangaan met ouders. Uit interviews is gebleken dat IG en IAG in de praktijk onder dezelfde benaming vallen en in de praktijk niet veel van elkaar verschillen. De benaming IG zal gedurende het onderzoek gehanteerd worden (Persoonlijke interviews, 2013).

8.3 MTFC

MTFC (multidimensional treatment foster care) is voor kinderen van 7 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen. Het kind komt voor 9 maanden in een gezinshuis te wonen omdat hij niet thuis kan blijven wonen. De gezinshuisouders komen wekelijks bij elkaar met andere gezinshuisouders en de supervisor. Terwijl het kind in het gezinshuis woont krijgen ouders zelf een behandeling. Zij leren dan hoe ze er voor kunnen zorgen dat het beter zal gaan zodra het kind weer thuis komt wonen. Ouders hebben wekelijks contact met hun begeleider. Deze wetenschappelijk bewezen methode komt uit Amerika (www.dejutters.com). Er is een MTFC behandeling voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar. Deze wordt nog niet door de Jutters geboden.

8.4 Motivatiemodule

De motivatiemodule is een module die gegeven wordt ter vergroting van de motivatie voorafgaand aan de behandeling. Dit is voor het kind samen met de ouders (www.dejutters.com).

8.5 MDFT

MDFT staat voor Multi-Dimensional Family Therapy. Deze evidence-based therapie is gericht op jongeren van 12-18 jaar en hun gezin waar sprake is van een meervoudig complexe problematiek. Tijdens de therapie wordt er gekeken naar vier gebieden namelijk de adolescent, de ouders, het gezin en de externe systemen. Er worden sessies gegeven waarin de jongere alleen deelneemt, ouders alleen deelnemen, het gezin deelneemt en waarin derden (zoals een vriend of mentor) deelnemen. Het doel is om een gezondere levensstijl te krijgen en de maatschappelijke participatie te vergroten. Dit wordt gedaan door het creëren van verbetering van het functioneren op school/werk, in het gezin, bevorderen van de vrijetijdsbesteding en het verminderen van recidiverisico. De doelgroep welke in aanmerking komt voor MDFT bestaat uit jongeren tussen de 12 en 18 jaar die in aanraking zijn gekomen met criminaliteit of hier een verhoogd risico op hebben. Daarnaast kunnen jongeren met alcohol of drugsproblemen en psychische- en gedragsproblemen terecht bij MDFT. Deze jongeren moeten een dreiging hebben om vast te lopen op meerdere leefgebieden. Als zij reeds zijn vastgelopen is MDFT ook beschikbaar. De therapie richt zich op het gezin en de maatschappelijke omgeving van de jongere. Deze therapie duurt 4-7 maanden (Hermanns, 2008).

8.6 Ouderbegeleiding

Tijdens de ouderbegeleiding komen ouders wekelijks op gesprek bij de ouderbegeleider. Zij worden dan geholpen met problemen binnen het gezin. De eerste periode bestaat voor ouders uit het vertellen van hun verhaal. De ouderbegeleider probeert het vertrouwen van ouders te krijgen zodat hij hen kan gaan helpen. Er wordt gekeken naar hoe het probleem is ontstaan. Daarna volgt psycho-educatie. Ouderbegeleiding kan ook uit individuele gesprekken of cursussen bestaan. Zo wordt er gedurende de behandeling dieper op het probleem in gegaan en kan de ouderbegeleider tips en adviezen aandragen om situaties thuis te verbeteren.

Het is belangrijk dat de ouderbegeleider het vertrouwen krijgt van ouders. Als het vertrouwen aanwezig is kan er iets bereikt worden. Daarnaast is het voor ouders belangrijk dat zij erkenning krijgen van de ouderbegeleider. Ouders hebben vaak het gevoel dat zij hebben gefaald zodra ze hun

kind laten opnemen bij de Jutters. Het is dus belangrijk om te benadrukken dat ouders wel degelijk hun best hebben gedaan (www.dejutters.com, persoonlijke interviews).

8.7 PMTO

PMTO (Parent Management Training Oregon) is een evidence-based methode uit Amerika. Deze methode is voor ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar met externaliserende gedragsproblemen. Hierbij kan gedacht worden aan agressief, oppositioneel en delinquent gedrag. Een totale PMTO training varieert van 15 tot 25 wekelijkse sessies.

De theorie achter PMTO komt uit het Social Interaction Learning model (SIL). Deze theorie is gebaseerd op de visie dat het gedrag van het kind direct beïnvloed wordt door de positieve en negatieve opvoedingsvaardigheden van ouders. De positieve opvoedingsvaardigheden betreffen het aanmoedigen van positief gedrag, grenzen stellen, toezicht houden, problemen oplossen en positieve betrokkenheid. Onder de negatieve opvoedingsvaardigheden worden negatief gedrag, negatieve wisselwerking, escalatie en negatieve bekrachtiging door de ouders verstaan. Het SIL model houdt ook rekening met de contextuele factoren. Dit zijn factoren in de omgeving van het kind, zoals de buurt of de vriendengroep. Het model stelt dat, wanneer de contextuele factoren negatief zijn, dit invloed heeft op de opvoedingsvaardigheden van ouders en dus op de ontwikkeling van het kind. Als ouders over voldoende positieve opvoedingsvaardigheden beschikken kunnen deze er toe leiden dat het kind bestand is tegen deze negatieve contextuele factoren. PMTO heeft als kernprincipe dat er een balans van 5 staat tot 1 moet zijn tussen de positieve en negatieve bekrachtigen (Forgatch, Bullock, Patterson, 2004; van Leeuwen, Albrecht, 2008).

De PMTO trainingen worden gegeven aan de hand van een vastgestelde agenda waarin vijf effectieve opvoedingsvaardigheden in een vaste volgorde naar voren komen. Deze opvoedingsvaardigheden zijn stimuleren door aanmoediging, effectief grenzen stellen, samen problemen oplossen, zicht en toezicht houden en positief betrokken zijn bij het kind. Naast deze vijf effectieve opvoedingsstrategieën zijn er vier ondersteunende opvoedingsstrategieën welke onderliggend aan de vijf effectieve opvoedingsstrategieën behandeld worden. Deze vier ondersteunende opvoedingsstrategieën zijn: duidelijke instructies geven, emotieregulatie, bijhouden van gedrag (effect eigen handelen op kind) en communicatie (tussen ouders en kind) (van Leeuwen & Albrecht, 2008). Doordat het vast staat wat er op welk moment behandeld wordt is er genoeg tijd om goed te oefenen waardoor ouders zich deze vaardigheden eigen maken (persoonlijke interviews, 2013).

Een PMTO sessie is als volgt opgebouwd. De training vindt plaats op de instelling waar ouders een sessie krijgen van een uur. In deze sessie leren ouders door middel van rollenspellen opvoedingsvaardigheden. Zij oefenen met deze uit te voeren en ervaren zelf welk effect dit op hen heeft als de trainer de oefening uitvoert. Na het oefenen bespreekt de trainer met ouders in welke komende specifieke situatie zij dit thuis gaan oefenen met hun kind. Na het oefenen hebben trainer en ouders een belcontact van 15 minuten waarin besproken wordt hoe het is gegaan en of er vragen zijn (Forgatch, Bullock, Patterson, 2004; van Leeuwen, Albrecht, 2008).

Ondanks dat deze methode oorspronkelijk gericht is op ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar is deze ook zeer geschikt voor ouders van kinderen boven de 12 jaar. Om de methode voor deze leeftijdsgroep geschikt te maken moeten er een aantal dingen in het programma aangepast worden (persoonlijke interviews, 2013).

8.9 Psycho-educatie

Door middel van psycho-educatie krijgen ouders en/of kind informatie over de stoornis die het kind heeft. Zo komt er aan bod wat de stoornis inhoudt, waarop dat effecten kan hebben en hoe er het best mee om te gaan is (www.dejutters.com). De algemeen voorkomende onderwerpen tijdens

psycho-educatie zijn als volgt: symptomen en achtergronden van de symptomen van de ziekte, oorzaken en beloop van de ziekte, behandelmogelijkheden, hoe terugval te voorkomen en hoe cliënt en omgeving met de stoornis van de cliënt om kunnen gaan. Psycho-educatie kan individueel en in groepsverband gevolgd worden. Het voordeel van psycho-educatie in groepsverband is dat de groepsinteractie en groepssteun een grote rol speelt. De mensen ondervinden vaak veel steun aan elkaar (Hoencamp en Haffmans, 2008). Volgens Hoencamp en Haffmans (2008) moet psycho-educatie gezien worden als een belangrijk onderdeel van een proces waarin de kennis van de behandelaar met de cliënt en zijn omgeving wordt gedeeld. Het moet leiden tot kennisverbreding over de stoornis bij de cliënt en omgeving. Daarnaast moet het bijdragen aan de ontwikkeling van (sociale) vaardigheden. Ook moet psycho-educatie het probleemoplossend vermogen en de copingstrategieën vergroten. Door het geven van psycho-educatie wordt de mogelijkheid om een sociaal betekenisvol netwerk en toekomstperspectief op te bouwen of te behouden vergroot.

8.10 *Verdiepingscursus autisme voor ouders*

Deze verdiepingscursus is voor ouders van een kind met autisme. In vijf interactieve avonden worden ervaringen gedeeld, wordt theorie gegeven en worden methoden geleerd om thuis om te gaan met het kind. Mocht de situatie complex zijn en is de verdiepingscursus niet voldoende effectief kan er meer aandacht worden besteed aan de situatie door individuele gesprekken (www.dejutters.com).

8.11 *Analyse en conclusie*

Analyse

Aangezien dit hoofdstuk een hoofdstuk betreft waarin enkel een opsomming wordt gegeven van de vormen van begeleiding vanuit de Jutters is een analyse niet relevant.

Conclusie

De Jutters heeft een verscheidenheid aan methoden en technieken voor de begeleiding van ouders. Een korte opsomming van de bovengenoemde methoden: systeemtherapie, intensieve gezinsbegeleiding, MTFC, motivatiemodule, MDFT, ouderbegeleiding, PMTO, psycho-educatie en een verdiepingscursus autisme voor ouders. Later in dit onderzoek zal besproken worden welke methoden het best ingezet kunnen worden.

9. Geschikte methoden en technieken met betrekking tot ODD

Deelvraag 4

Welke methoden en technieken, welke aangeboden worden door de Jutters, zijn geschikt voor het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders van kinderen met ODD?

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven staat biedt de Jutters vele methoden en technieken aan met betrekking tot de begeleiding van ouders. In dit hoofdstuk zal naar voren komen welke van de beschikbare methoden en technieken geschikt zijn voor het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders van kinderen met ODD. Daarnaast wordt weergegeven wat medewerkers van de Jutters en ouders zien als geschikte methoden. Om te beoordelen of een methode geschikt is, is gekeken naar de toepasbaarheid op het gebied van: de doelgroep, in welke periode de methode toegepast kan worden, in hoeverre ouders vaardigheden aangeleerd worden en de inhoud van de methode.

9.1 Methoden en technieken vanuit de Jutters

De Jutters biedt verschillende vormen van begeleiding voor ouders aan. Dit zijn systeemtherapie, IG, MTFC, de motivatiemodule, MDFT, ouderbegeleiding, PMTO, psycho-educatie en een verdiepingscursus autisme. Gekeken naar de toepasbaarheid van de methoden op ouders van kinderen met ODD vallen de verdiepingscursus autisme de motivatiemodule af. De meest geschikte methoden zijn PMTO, ouderbegeleiding, MTFC, psycho-educatie, systeemtherapie en IG. MDFT is in mindere mate geschikt maar kan wel ingezet worden. Hieronder volgt de argumentatie waarom deze methoden geschikt, minder geschikt of ongeschikt zijn.

PMTO is een evidence-based training voor ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar. De trainer gaat met ouders aan de slag volgens een vaste agenda met vijf effectieve opvoedingsvaardigheden. De training bestaat voornamelijk uit oefenen. Deze methode is effectief omdat het een evidence-based methode is. De opvoedingsvaardigheden welke aangeleerd worden aan ouders zijn de vaardigheden welke gewenst zijn voor het opvoeden van kinderen met ODD. Deze training is gericht op ouders, zij krijgen dus alle aandacht en ondersteuning die zij nodig hebben. Doordat er thuis geoefend moet worden met de opvoedingsvaardigheden kunnen ouders hetgeen ze geleerd hebben direct in de praktijk uitvoeren. Zoals al weergegeven werkt PMTO volgens een vaste agenda. Op deze manier is er voldoende tijd om alle opvoedingsvaardigheden te behandelen en voldoende tijd voor ouders om deze vaardigheden hen eigen te maken door middel van oefenen. Daarnaast bleek uit interviews dat de trainers van de Jutters alleen positieve reacties van ouders terug hebben gehoord. Dit biedt natuurlijk geen garantie dat ouders in de toekomst ook tevreden zullen zijn. PMTO is oorspronkelijk voor ouders van kinderen tot 12 jaar. Kinderen op de Inktvis tussen de 9 en 15 jaar. Een aantal kinderen op de Inktvis zullen officieel gezien te oud zijn voor PMTO. Er moet echter rekening gehouden worden met het verschil in sociaal/emotioneel functioneren van de kinderen. Uit eigen ervaring is te zeggen dat een groot deel van de kinderen op de Inktvis op sociaal/emotioneel vlak een aantal jaar achter lopen op hun werkelijke leeftijd. Hierdoor zou PMTO ook voor de kinderen boven de 12 jaar geschikt kunnen zijn. Daarnaast is uit de interviews met medewerkers gebleken dat het programma aangepast kan worden waardoor het wel geschikt is voor kinderen boven de 12 jaar. Daarnaast worden er bij de Jutters ouders van kinderen boven de 12 jaar getraind door middel van PMTO. Dit is dus, na eventuele aanpassing op de leeftijd, een geschikte methode.

Ouders van kinderen die opgenomen zijn op de Inktvis krijgen ouderbegeleiding. Dit bestaat uit een wekelijks gesprek met de ouderbegeleider. Hier kunnen zij hun verhaal kwijt, worden situaties van thuis of van de groep besproken en kan de ouderbegeleider tips en adviezen aandragen. Daarnaast is er tijdens de gesprekken de mogelijkheid voor psycho-educatie. De psycho-educatie zal besproken

worden in de volgende alinea. Ouderbegeleiding is altijd deel van een klinische behandeling, ongeacht de stoornis van het kind.

Tijdens psycho-educatie krijgen ouders en/of kind voorlichting, informatie, steun en advies wat betrekking heeft op de stoornis. Dit kan individueel of in groepsverband gevolgd worden. Psycho-educatie kan gegeven worden voor elke stoornis, dus is ook geschikt voor ouders van kinderen met ODD.

In systeemtherapie wordt aandacht besteedt aan de cliënt zijn omgeving (het systeem). In deze therapie wordt ingegaan op de effecten die de cliënt en zijn systeem op elkaar hebben. Het is niet nodig om een specifieke diagnose te hebben als cliënt om systeemtherapie te krijgen. Het Perspectief Zoetermeer schrijft dat de kracht van systeemtherapie ligt in de gezamenlijkheid. De krachten van de systeemleden kunnen zich bundelen en er wordt op een rustige manier gesproken waardoor er meer informatie uitgewisseld kan worden. Doordat deze therapie met het hele systeem wordt aangegaan is de kans groot dat elk individu meer gemotiveerd is dan bij een individuele therapie (www.perspectief-zoetermeer.nl). Dit onderzoek gaat over het verbeteren van vaardigheden van ouders van kinderen met ODD, welke na een klinische opname weer thuis gaan wonen. Omdat systeemtherapie een therapie is welke het hele systeem betreft ben ik van mening dat deze therapie geschikt is voor ouders en kind (en eventueel anderen) als het perspectief is dat het kind na opname naar huis gaat.

IG is een vorm van begeleiding welke door poli medewerkers en sociotherapeuten (met een IG certificaat) gegeven wordt. De poli medewerkers geven doorgaans IG aan ouders van cliënten welke niet (meer) klinisch zijn opgenomen op de Inktvis of een andere afdeling. De IG'ers welke ook werkzaam zijn als sociotherapeut op de afdeling geven IG aan ouders van cliënten van de afdeling. Tijdens IG gaat de IG'er naar ouders thuis toe en wordt er gekeken wat de hulpvraag is van ouders. Aan de hand van deze hulpvraag zal de IG'er samen met ouders naar een oplossing zoeken. Bij IG wordt er gewerkt vanuit de hulpvraag van ouders. Ouders kunnen dus specifiek geholpen worden bij hetgeen zij problemen hebben. De IG'ers kunnen gericht op specifieke situaties helpen. Het opvoeden van een kind met ODD vraagt, naast de basis opvoedingsvaardigheden, specifieke vaardigheden van ouders. De IG'er kan hen helpen om deze vaardigheden thuis te oefenen en toe te gaan passen wanneer hun kind thuis is. Als de IG wordt gegeven door een sociotherapeut van de afdeling kan deze erg goed aan ouders uitleggen hoe dingen in zijn werk gaan op de afdeling (de structuur, regels, manier van aanspreken van kinderen). Voor kinderen met ODD is duidelijkheid en structuur erg belangrijk dus is het goed als er thuis een soortgelijke aanpak toegepast wordt.

Bij de behandeling MTFC worden kinderen voor 9 maanden in een gezinshuis geplaatst. Er wordt hiervoor gekozen als het kind (nog) niet thuis kan wonen. In deze periode krijgen de ouders van het kind zelf een behandeling waardoor het kind, als alles zoals gepland verloopt, na de behandeling thuis kan gaan wonen. De doelgroep voor MTFC zijn kinderen met ernstige gedragsproblemen. De doelgroep van dit onderzoek is hier dus geschikt voor. Op dit moment biedt de Jutters de MTFC behandeling aan kinderen van 7 tot 12 jaar. Zoals eerder weergegeven is de doelgroep van de Inktvis kinderen van 9 tot 15 jaar, een deel van de kinderen is dus te oud voor MTFC. Er is een MTFC behandeling voor kinderen boven de 12 jaar welke nog niet door de Jutters geboden wordt. Zodra de MTFC geboden wordt voor kinderen vanaf 12 jaar is deze behandeling geschikt voor alle kinderen van de Inktvis.

Of MDFT een geschikte methode is hangt af van de situatie van het kind. Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie schrijft op haar site dat MDFT als contra-indicatie een klinische opname heeft. Aangezien dit onderzoek gaat over ouders van kinderen welke klinisch opgenomen zijn op de Inktvis is deze methode niet geschikt. Een MDFT behandeling is echter wel geschikt na een klinische

opname, dit zou dus wel in het natraject gebruikt kunnen worden (www.kenniscentrum-kjp.nl). Daarnaast is deze methode niet specifiek gericht op het aanleren van vaardigheden aan ouders maar gericht op meerdere gebieden (de jongere zelf, de ouders zelf, het gezin en derden). Ik ben van mening dat dit een geschikte methode is voor ouders en jongere wanneer ouders zelf relatief weinig vaardigheden missen. Dit omdat de nadruk bij deze methode ligt op de jongere en niet op ouders. De doelgroep welke geschikt is voor een MDFT behandeling komt overeen met kinderen met ODD.

De verdiepingscursus autisme en de motivatiemodule zijn niet geschikt voor het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders van kinderen met ODD. Zoals de naam al zegt is de verdiepingscursus autisme gericht op de stoornis autisme en niet op ODD. De motivatiemodule is een module welke de motivatie vergroot voor een behandeling. Dit is dus niet gericht op het aanleren van opvoedingsvaardigheden.

9.2 *Geschikte methoden en technieken volgens medewerkers*

Tijdens het onderzoek zijn er interviews afgenomen bij medewerkers met verschillende functies bij de Jutters. Deze medewerkers zijn werkzaam op de afdeling, op de poli en in het management. Aan hun is gevraagd welke methoden en technieken van de Jutters volgens hun kunnen bijdragen aan het aanleren van opvoedingsvaardigheden met betrekking tot ODD aan ouders. Bij zo goed als alle interviews kwam naar voren dat ouderbegeleiding erg belangrijk is voor ouders. Hierin is ruimte voor ouders om hun verhaal te vertellen en wordt psycho-educatie gegeven. Daarnaast kwam uit meerdere interviews naar voren dat de ouderparticipatie op de afdeling vergroot moet worden. Dit houdt in dat ouders meer betrokken worden bij de behandeling en bij de afdeling. Door de sociotherapeuten te kunnen zien handelen op de afdeling en de werkwijze van de afdeling te kennen worden de vaardigheden van ouders vergroot. Daarnaast kunnen deze vaardigheden aangeleerd worden door meer IG in te zetten vanuit de afdeling. Hier kunnen ouders en IG'er actief aan de slag met het oefenen van vaardigheden. Ook kwam PMTO vaak naar voren. Omdat hier heel specifiek gewerkt wordt volgens een vaste agenda krijgen ouders kennis over alle vaardigheden welke gewenst zijn en kunnen zij deze hun eigen maken. Systeemtherapie was volgens de medewerkers ook een goede methode. MDFT werd een enkele keer genoemd. Iets wat opviel uit de interviews met medewerkers van de poli en medewerkers van de afdeling is dat er vaak werd aangegeven dat er een duidelijker natraject nodig is. Door ouders meer gericht te begeleiden na de klinische opname van hun kind is een groot deel van de terugval te voorkomen.

9.3 *Geschikte methoden en technieken volgens ouders*

In interviews met de ouders van de kinderen op de Inktvis is de vraag gesteld welke manier van begeleiding hen aanspreekt. Hieruit kwam naar voren dat zij de wekelijkse gesprekken met de ouderbegeleider erg fijn vinden. Ook systeemtherapie werd genoemd als een prettige manier van begeleiding. De rol van sociotherapeuten op de afdeling werd ook genoemd. Ouders vinden de contacten met de mentor van hun kind goed. Ook hebben ze het gevoel dat ze welkom zijn op de afdeling.

9.4 *Analyse en conclusie*

Analyse

Ouderbegeleiding is een vorm van begeleiding waarbij geen criteria dat een kind een bepaalde stoornis moet hebben. Ouders krijgen hier psycho-educatie over de stoornis van hun kind en krijgen hulp bij hun hulpvraag. Bij IG worden ouders ook gericht geholpen met hun hulpvraag. De IG'er kijkt met ouders waar verbeterpunten zijn en helpt hen vervolgens om deze punten daadwerkelijk te verbeteren. In systeemtherapie krijgt het hele systeem behandeling. Er wordt gekeken naar de effecten welke de systeemleden op elkaar hebben. Ook bij deze vorm van begeleiding is beschikbaar voor alle ouders, ongeacht de stoornis van het kind. MDFT is gericht op kinderen met complexe problematiek en problemen op het gebied van alcohol, drugs, criminaliteit, psychische problematiek

en gedragsproblematiek. Dit is dus een geschikte methode voor de doelgroep ODD. Dit is echter gericht op het kind en niet specifiek op het aanleren van vaardigheden aan ouders. Dit zou dus geboden kunnen worden wanneer ouders over relatief voldoende vaardigheden beschikken en er de mogelijkheid is om alle aandacht op het kind te vestigen. PMTO is zeer geschikt voor het aanleren van vaardigheden aan ouders. Deze methode is alleen gericht op ouders en er wordt gewerkt volgens een vaste agenda. De opvoedingsvaardigheden welke behandeld worden zijn de vaardigheden welke juist voor kinderen met ODD van belang zijn. Deze methode is echter tot 12 jaar. Het kan wel boven de 12 jaar geboden worden maar dan moet het programma aangepast worden en mag het officieel geen PMTO heten. MTFC is ook een methode tot 12 jaar. Dit is dus geschikt voor een deel van de kinderen op de Inktvis. Bij deze methode gaat het kind voor een bepaalde tijd in een gezinshuis wonen. Ouders krijgen wekelijks begeleiding. Het is een geschikte methode voor kinderen met ODD tot 12 jaar. Er moet echter wel sprake van zijn dat het kind (nog) niet thuis kan wonen.

Uit het onderzoek bleek dat de ouderparticipatie op de afdeling vergroot kan worden. Op dit moment wordt er nog weinig aan ouderparticipatie gedaan. Dit kan komen doordat de visie gericht is op behandeling van het kind en niet zozeer op ouders. Er is een werkgroep op de Inktvis opgericht met een aantal medewerkers welke bezig zijn met een plan hoe de ouderparticipatie vergroot kan worden. Door ouders meer bij de afdeling te betrekken wordt de betrokkenheid bij de behandeling vergroot. Daarnaast kunnen ouders elkaar ontmoeten en kunnen zij veel leren van de werkwijze van de sociotherapeuten. Uit de interviews kwam naar voren dat medewerkers behoefte hebben aan een duidelijkere invulling van het natraject. Het kan zijn dat het op dit moment onduidelijk is hoe de behandeling wordt vormgegeven na de klinische opname op de Inktvis doordat medewerkers van de afdeling na ontslag van de afdeling weinig tot niets meer over het kind horen.

Conclusie

Uit de analyse valt te concluderen dat er de volgende mogelijkheden bestaan voor het aanleren van vaardigheden aan ouders van kinderen met ODD. Als eerst wordt de ouderbegeleiding vaak genoemd. Daarnaast is de psycho-educatie, IG en systeemtherapie meerdere malen genoemd. Uit het literatuuronderzoek blijkt MDFT onder bepaalde voorwaarden ook geschikt te zijn. PMTO en MTFC zijn geschikte methoden voor kinderen onder de 12 jaar op de Inktvis. Als deze methoden worden aangepast op de leeftijd van 12 jaar en ouder zijn deze methoden geschikt voor alle kinderen van de Inktvis. De Jutters biedt ook een verdiepingscursus autisme en een motivatiemodule. Deze methoden zijn niet geschikt voor het aanleren van opvoedingsvaardigheden met betrekking tot ODD aan ouders. Er kwamen ook een aantal zaken naar voren welke verbeterd kunnen worden. Op dit moment kan de ouderparticipatie op de afdeling vergroot worden. Ook bleek dat er in het natraject een meer gerichte aanpak gewenst is.

10. Begeleiding van ouders

Deelvraag 5

Op welke manier worden ouders van kinderen met ODD voor, tijdens en na de behandeling begeleid met betrekking tot het aanleren van opvoedingsvaardigheden?

Om te onderzoeken op welke manier de verbetering van vaardigheden bij ouders kan bijdragen aan het verminderen van terugval is het van belang om eerst te kijken hoe het aanleren van vaardigheden momenteel verloopt. Dit zal aan de hand van de inhoud van het voortraject, het behandeltraject en het natraject beschreven worden. Gezien dit onderzoek is gericht op klinische opname van het kind op de Inktvis waarna het kind weer thuis gaat wonen zal er van dit behandeltraject uitgegaan worden. Onderstaande informatie is verkregen uit persoonlijke interviews en eigen ervaringen.

Zoals in het vooronderzoek bleek heeft de Jutters een stroomschema van een behandeling met de volgende fases: de aanmeldfase, het afstemmingsgesprek, het adviesgesprek, de behandeling, het uitvoeren, evalueren en bijstellen van de behandeling, nazorg formuleren en de afsluiting van de nazorg. Deze fases zijn onder te verdelen in het voortraject, het behandeltraject en het natraject.

10.1 Het voortraject

Het voortraject bestaat uit de aanmeldfase, het afstemmingsgesprek en het adviesgesprek. In het voortraject wordt de cliënt eerst aangemeld. Hierna volgt het afstemmingsgesprek waarin ouders informatie krijgen over de Jutters en de verschillende behandelingen. Hierna krijgen zij in het adviesgesprek te horen wat de Jutters adviseert met betrekking tot de behandeling van hun kind. Er zal altijd gekeken worden of er met ambulante hulp iets te bereiken is voordat er wordt gekozen voor een klinische opname. Ouders krijgen in het voortraject nog geen duidelijke vorm van begeleiding. Voor vragen over de behandeling en formulieren welke zij moeten tekenen kunnen zij wel altijd contact opnemen met de behandelaar. In het voortraject wordt de afdeling laten zien door de behandelaar of de mentor van het kind. Ook hier kunnen ouders vragen stellen.

10.2 Het behandeltraject

Het behandeltraject bestaat uit de fase behandeling en het uitvoeren, evalueren en bijstellen van de behandeling. Dit houdt in de gehele behandeling van zes maanden op de Inktvis. Tijdens deze behandeling van het kind krijgen ouders ook begeleiding. Alle ouders hebben wekelijks gesprekken met de ouderbegeleider. Naast deze gesprekken kunnen ouders betrokken worden door middel van systeemtherapie. Dit is echter niet iets wat standaard ingezet wordt bij elke behandeling. De Inktvis als afdeling betreft ouders ook bij de behandeling van hun kind. In het begin van de opname gaat de mentor en ouderbegeleider bij ouders thuis op bezoek. Dit is om te kijken waar het kind vandaan komt en om kennis te maken. Daarnaast belt de mentor wekelijks met ouders. Hierin wordt besproken hoe het met het kind gaat, hoe het met de doelen gaat, of er vragen zijn en dergelijke. Tijdens bezoeken aan het kind op de afdeling is er ook altijd de gelegenheid voor ouders om een gesprek te hebben met een sociotherapeut om bijvoorbeeld vragen te stellen. Ouders worden steeds vaker uitgenodigd om een keer mee te draaien op de groep. Dan kunnen zij van de sociotherapeuten afkijken hoe zij met hun kind om gaan. Dit gebeurt nog niet standaard. Als het kind tijdens het weekend naar huis gaat en hierna wordt terug gebracht op de Inktvis wordt het weekend altijd nabesproken. Hierin wordt gevraagd hoe het weekend is geweest, of er nog lastige momenten waren en hoe deze eventueel de volgende keer anders kunnen gaan. Ouders zijn ook altijd aanwezig bij de evaluatiemomenten van de behandeling. De eerste evaluatie is na 6 weken, de tweede evaluatie is na 3 maanden. Hierna volgt nog een eindevaluatie aan het eind van de behandeling.

10.3 Het natraject

Het natraject bestaat uit het formuleren van de nazorg en het afsluiten van de nazorg. Het formuleren van de nazorg kan bestaan uit een verwijzing naar een andere instelling of uit een verwijzing naar huis. Als het kind weer thuis gaat wonen blijft het tijdelijk mogelijk voor ouders om de gesprekken bij de ouderbegeleider voort te zetten. Eventuele therapieën welke deel waren van de behandeling kunnen, indien gewenst, na de opname op de Inktvis doorgezet worden. Daarnaast kunnen ouders en kind overgedragen worden naar de poli welke dan de behandeling overnemen. Ouders en kind krijgen dan dus ambulante zorg thuis. Als de nazorg wordt afgesloten houdt dit in dat het kind en ouders op geen enkele wijze meer begeleiding of behandeling krijgen vanuit de Jutters.

10.4 Analyse en conclusie

Analyse

Het voortraject van een behandeling bestaat uit alle zaken welke te maken hebben met de aanmelding. Hierin worden ouders nog niet duidelijk begeleidt. Dit kan zijn doordat het nog onduidelijk is voor de medewerkers van de Jutters wie die rol op zich neemt. Daarnaast is het mogelijk dat dit komt doordat ouders niet weten bij wie ze terecht kunnen. In het behandeltraject krijgen ouders ouderbegeleiding en eventueel systeemtherapie. Ouderbegeleiding wordt aan het begin van de behandeling al aangeboden aan ouders en loopt het hele behandeltraject door. Psycho-educatie is een onderwerp wat naar voren komt bij de ouderbegeleiding. Tijdens de ouderbegeleiding gesprekken is tijd om dieper in te gaan op alle facetten van de stoornis. Het is goed dat ouderbegeleiding vanaf het begin van de opname standaard wordt aangeboden aan ouders. Of systeemtherapie geschikt is, is afhankelijk van het gezin. Dit wordt dus niet standaard aangeboden maar wordt per gezin besloten. Ouders hebben regelmatig contact met de afdeling. Deze contacten zijn in de vorm van belafspraken met mentor, bezoek op de afdeling, bezoek thuis van de mentor en ouderbegeleider en nabesprekingen van het weekend. Ook krijgen ouders de mogelijkheid om mee te draaien op de afdeling en worden zij betrokken bij evaluatiemomenten. Het is belangrijk om deze contacten te stimuleren zodat de ouderparticipatie wordt vergroot wat uiteindelijk positieve effecten heeft op de behandeling van het kind. In het natraject is er de mogelijkheid om begeleiding te blijven krijgen. Het is belangrijk om ouders (en kind) te ondersteunen in de overgang van een klinische opname naar volledig thuis wonen. Het kan zijn dat deze overgang te groot is wat de kans op terugval vergroot. Om die reden is het belangrijk om voldoende begeleiding aan te bieden in het natraject.

Conclusie

In het voortraject van een behandeling krijgen ouders geen duidelijke vorm van begeleiding. In het behandeltraject is er wel begeleiding. Ouders krijgen dan ouderbegeleiding en eventueel systeemtherapie. Daarnaast hebben zij contact met de afdeling in de vorm van belafspraken met mentor, bezoek op de afdeling, bezoek thuis van mentor en ouderbegeleider en nabesprekingen van het weekend. Het is een aantal keer voor gekomen dat ouders meedraaien op de afdeling om te kijken hoe het er daar aan toe gaat. Ouders worden ook betrokken door het aanwezig zijn op evaluatiemomenten. In het natraject kunnen ouders nog gesprekken bij de ouderbegeleider krijgen en kan de systeemtherapie doorgezet worden. Er wordt ook begeleiding geboden wanneer kind en ouders overgenomen worden door de poli voor een natraject.

11. Verbetering in begeleiding van ouders

Deelvraag 6

Op welke manier is er verbetering te brengen in de begeleiding met betrekking tot het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders van kinderen met ODD voor, tijdens en na de behandeling?

Om een conclusie te kunnen trekken over hoe de opvoedingsvaardigheden van ouders verbeterd kunnen worden moet er gekeken worden of en hoe de begeleiding van ouders beter kan. Door middel van de uitkomsten van het vorige hoofdstuk, van interviews met medewerkers van de Jutters en ouders van kinderen welke opgenomen zijn op de Inktvis zal in dit hoofdstuk antwoord gegeven worden op deze vraag.

11.1 Het voortraject

Verbeteringen volgens medewerkers

In het voortraject kan duidelijker benadrukt worden wat er van ouders verwacht wordt. Door voor de behandeling extra te benadrukken dat ouders hard aan de slag moeten tijdens de opname van hun kind kunnen zij rekening houden met wat er van hun verwacht wordt. Ouders kunnen dan ook eventueel hun netwerk (familie of vrienden) inschakelen om hen te ondersteunen bij bijvoorbeeld bezoek thuis of op de afdeling. Ouders zeggen vaak afspraken af. Dit zou verminderd kunnen worden als ouders weten waar zij aan toe zijn. Dit neemt niet weg dat ouders de tijd moeten krijgen om op adem te komen. Uit de interviews bleek dat ouders vaak geen energie meer hebben om actief betrokken te zijn bij (het begin van) de behandeling van hun kind. Door ouders tijd te geven om op krachten te komen kunnen zij na, bijvoorbeeld 4 weken, hun energie steken in het werken aan een goede toekomst met hun kind. Een punt welke ook betrekking heeft op de belastbaarheid van ouders is het netwerk van ouders. Een ouder gaf aan veel gehad te hebben aan haar netwerk. Hierdoor had zij de mogelijkheid om tot rust te komen om vervolgens samen met haar kind aan een betere toekomst te werken. Dit punt kwam ook naar voren uit de interviews met medewerkers. Door het netwerk goed in te zetten (bijvoorbeeld in het weekend of tijdens bezoek) krijgen ouders wat tijd voor zichzelf zodat ze hun energie weer op peil kunnen krijgen om aan de slag te gaan. Ook is het voorgekomen dat er een niet eenduidige informatieverstrekking was naar ouders over de behandeling. Uit gesprekken met medewerkers van de Jutters is gebleken dat het regelmatig voorkomt dat de behandelaar een gezin overdraagt aan een andere behandelaar. Het zou kunnen dat hierdoor verwarring ontstaat bij de behandelaar waarna geen eenduidige informatie gegeven wordt aan ouders. Daarnaast moeten ouders hun verhaal opnieuw vertellen en moet de behandelaar opnieuw het vertrouwen van ouders krijgen. Dit zou voorkomen kunnen worden door af te spreken dat, op hoge uitzonderingen na, de behandelaar die de intake doet de rest van het behandeltraject betrokken blijft als behandelaar (één case-manager).

Verbeteringen volgens ouders

Ouders gaven ook een aantal zaken aan welke naar hun mening beter kunnen. Zo gaf een ouderpaar aan dat zij in het begin van de opname van hun kind erg overvraagd werden. Zij waren op het moment van opname overbelast en er werd direct (te) veel van hun gevraagd vanuit de Jutters. Dit is een punt welke ook uit het grootste deel van de interviews met medewerkers kwam. Ouders zijn op het moment dat hun kind wordt opgenomen enorm overbelast. Er is vaak al veel hulp en strijd aan vooraf gegaan. Een opname op de Inktvis is ook voor ouders intensief, dus er wordt van hun veel verwacht. Door bij het eerste gesprek te benadrukken dat er veel van ouders wordt verwacht en, voor zover mogelijk, ook te vertellen wat er van ouders wordt verwacht, weten ouders beter waar zij aan toe zijn. Daarnaast moeten ouders even de tijd krijgen om bij te komen, waarna zij vol aan de slag gaan met hun eigen vaardigheden om hun kind na opname thuis weer op te kunnen vangen. Aan

het begin van de behandeling kan door de behandelaar gevraagd worden naar de belastbaarheid van ouders zodat de Jutters en ouders goed op elkaar af kunnen stemmen.

11.2 *Het behandeltraject*

Verbeteringen volgens medewerkers

Tijdens het behandeltraject krijgen ouders wekelijks ouderbegeleiding. Dit wordt door ouders als prettig ervaren en moet zeker in de behandeling blijven. Daarnaast kan er, afhankelijk van het gezin, systeemtherapie ingezet worden om onder andere de dynamiek in het gezin te verbeteren. Iets wat vaak naar voren komt uit de interviews is de ouderparticipatie op de afdeling. Momenteel is het zo dat mentor en ouderbegeleider aan het begin van de opname op bezoek gaan bij ouders thuis om kennis te maken. Daarnaast heeft de mentor wekelijks een belafsprak met ouders. Het is een aantal keer voorgekomen dat ouders een deel van de dag mee hebben gelopen op de groep. Hier kan volgens de sociotherapeuten meer in verbeterd worden. Als eerste punt kwam naar voren dat ouders meer mee moeten lopen op de groep. Doordat ouders dan de effecten van de behandeling zien kan dit de motivatie en het vertrouwen van ouders vergroten. Daarnaast kunnen ouders kijken hoe de aanpak van sociotherapeuten is naar de kinderen/naar hun kind toe. Ouders leren vaak door eerst bij anderen dingen te zien, waarna ze dit thuis zelf kunnen gaan toepassen. Doordat deze meeloop momenten door mentor en ouders goed worden nabesproken kunnen ouders hier van leren. Daarnaast kan er vanuit de afdeling meer aandacht besteed worden aan het voor- en nabespreken van de weekenden. Dit kan gedaan worden aan de hand van thuisdoelen welke gekoppeld zijn aan de behandeldoelen. Door vooraf te bespreken welke activiteiten er gedaan gaan worden en wat er gedaan kan worden als het even niet zo goed loopt kunnen kind en ouders leren wat ze dan kunnen doen. Daarnaast kunnen zij leren wat er anders had gekund of juist goed is gegaan tijdens het nabespreken van het weekend. Op de afdeling de Walvis, welke gesloten is vanwege bezuinigingen, waren al een aantal activiteiten voor ouders welke de ouderparticipatie verhoogde. Ouders kunnen meer betrokken worden bij de afdeling door hen uit te nodigen voor positieve activiteiten. Zo wordt de ouderparticipatie bevorderd en hebben ouders positieve ervaringen waardoor de band met hun kind verbeterd. Dit kan op onregelmatige basis georganiseerd worden of op regelmatige basis door middel van oudermiddagen. Hier kunnen ouders dan, voorafgaand aan bezoek met hun kind, met elkaar een georganiseerde activiteit doen. Er kunnen op regelmatige basis kennismakingsavonden komen voor ouders. Hier leren ouders elkaar kennen, krijgen ze uitleg over de afdeling en kunnen ze hun verhaal aan elkaar kwijt. Daarnaast kunnen er met regelmaat thema avonden georganiseerd worden. Hier kan een ouderbegeleider, behandelaar en/of sociotherapeut uitleg geven over verschillende thema's. Op de Walvis zijn er thema avonden met als onderwerp competentie gericht opvoeden, informatie over stoornissen en bijvoorbeeld wat te doen met je kind (dagbesteding) geweest. Dit soort onderwerpen zijn ook geschikt voor ouders van de Inktvis. Als ouders elkaar vaker tegen komen op de afdeling heeft dit als voordeel dat zij hun verhaal aan elkaar kwijt kunnen.

Op de Inktvis hebben twee sociotherapeuten de opleiding intensieve gezinsbegeleiding (IG) gedaan. Nu kunnen deze sociotherapeuten thuisbegeleiding geven aan ouders. Dit is op het moment dat hun kind is opgenomen op de Inktvis. De IG'er gaat naar ouders thuis toe om hen te helpen met hun hulpvraag. Als ouders geen duidelijke hulpvraag hebben zal de IG'er met ouders doornemen wat thuis de dagelijkse routine is en daar een hulpvraag uit filteren. De IG'er kan situaties oefenen met ouders door middel van rollenspellen of video opnames welke later terug gekeken worden. IG is gericht op het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders. Als dit bij meer of alle gezinnen waarvan het kind in behandeling is op de Inktvis toegepast kan worden vergroot dit de kans dat het goed gaat wanneer het kind na behandeling thuis komt wonen. Omdat de IG'ers ook werkzaam zijn op de afdeling kennen zij het kind en zijn gedrag. Daarnaast is het kind gewend aan de structuur en regels van de Inktvis. De IG'er heeft kennis over deze structuur en regels en kan de structuur en regels meenemen in de adviezen die hij geeft aan ouders.

Verbeteringen volgens ouders

Ouders gaven geen concrete verbeterpunten aan met betrekking tot het behandeltraject. Wel viel op dat ouders tevreden waren over de gesprekken met de ouderbegeleider. Zij ervaren deze als prettig en zinvol. Daarnaast werd genoemd dat de sfeer op de Inktvis goed was. Ouders en ander bezoek voelden zich welkom en hadden het gevoel terecht te kunnen bij de sociotherapeuten. Daarnaast gaf een ouder aan dat de systeemtherapie goed bevalt.

11.3 Het natraject

Verbeteringen volgens medewerkers

De medewerkers van de Jutters zien dat er veel verbetering kan plaatsvinden in de invulling van het natraject. Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven staat kunnen de gesprekken met de ouderbegeleider en eventuele therapieën, welke al tijdens de opname gegeven werden, verlengd worden na het ontslag van de Inktvis. Hier zit wat betreft tijdsduur een maximum aan. Door een duidelijke invulling te geven aan het natraject is de terugval te verkleinen. Uit de interviews en eigen ervaringen blijkt dat de overgang van een klinische opname van zes maanden naar volledig thuis wonen vaak (te) groot is. Een voor de hand liggende oplossing kan zijn om het kind, naarmate het einde van de behandeling dichterbij komt, meer naar huis te laten gaan. Dit kan door het kind op extra bezoek naar huis te laten gaan of extra nachten thuis te laten slapen. Dit is echter met de bezuinigingen niet meer mogelijk. Naar aanleiding hiervan kan, naar mijn mening, gezegd worden dat, zodra het kind klaar is met de behandeling, ouders over voldoende vaardigheden moeten beschikken om het kind thuis goed op te vangen. Gekeken naar de behandelduur van zes maanden, het gegeven dat ouders vaak zeer overbelast zijn en dat ouders de mogelijkheid moeten hebben hun geleerde vaardigheden toe te passen kan er meer ambulante hulp ingezet worden in het natraject. Deze hulp kan geboden worden door de poli. Het totale hulpverleningsaanbod van de poli is in een eerder hoofdstuk besproken. Uit de interviews met de medewerkers van de poli kwam een duidelijke invulling van het natraject naar voren, PMTO. Bij PMTO (een evidence-based methode) wordt volgens een vaste agenda vijf effectieve opvoedingsvaardigheden aan ouders aangeleerd. Deze worden geleerd door rollenspellen met de trainer, huiswerkopdrachten en het oefenen van deze vaardigheden. Omdat er getraind wordt volgens een vaste agenda is er voldoende tijd om veel te oefenen waardoor ouders de vaardigheden zichzelf echt eigen maken en volledig beheersen. Dit kan pas in het natraject ingezet worden omdat er thuis veel geoefend moet worden, waarbij het een noodzaak is dat het kind thuis woont. Deze vijf effectieve opvoedingsvaardigheden zijn specifieke vaardigheden welke nodig zijn bij kinderen met ODD, wat deze methode dus geschikt maakt de doelgroep van dit onderzoek.

Verbeteringen volgens ouders

Er is een ouder geïnterviewd waarvan het kind niet meer bij de Inktvis opgenomen is. Deze ouder gaf aan geen concrete suggesties te hebben voor de verbeteringen in de begeleiding. De rest van de ouders zitten nog in het behandeltraject dus kunnen geen mening geven over of er verbeteringen zijn in het natraject.

11.4 Analyse en conclusie

Analyse

Uit interviews kwam naar voren dat ouders aan het begin van de opname van hun kind overbelast zijn. Ouders hebben vaak hun energie verloren door de intensiteit van de problematiek van hun kind. Een opname kost ouders veel energie. Hierdoor is het belangrijk dat ouders de mogelijkheid krijgen om tot rust te komen en hun energie te sparen om deze vervolgens in de behandeling te kunnen steken. Door te benadrukken wat er van ouders verwacht wordt kunnen ouders zich hierop voorbereiden. Als zij zich kunnen voorbereiden op de behandeling is de kans dat zij bij de behandeling betrokken kunnen zijn groter. Ook bleek dat het voorkomt dat de behandelaar van het

gezin veranderd. Wanneer dit gebeurt moeten de nieuwe behandelaar en ouders opnieuw een vertrouwensband creëren. Het kost tijd om een vertrouwensband op te bouwen terwijl deze tijd kostbaar is voor de behandeling. Daarnaast moeten ouders opnieuw hun verhaal vertellen. Vaak gaat het om complexe problemen waardoor hierin ook weer veel tijd zal zitten. Daarnaast zal het niet fijn zijn voor ouders om steeds hun verhaal te vertellen zonder dat er daadwerkelijk naar oplossingen wordt gezocht.

Ook in het behandeltraject zijn punten ter verbetering gevonden. Het vergroten van de ouderparticipatie op de afdeling is er hier een van. Door dit te vergroten wordt de betrokkenheid van ouders bij de afdeling en behandeling vergroot. Dit kan in de vorm van meelopen op de groep, thuisdoelen, oudermiddagen, thema avonden, kennismakingsavonden en het voor- en nabespreken van het weekend. Ook is er verbetering in de IG behandelingen vanuit de afdeling. De IG'ers van de afdeling kunnen aan meer gezinnen, waarvan het kind is opgenomen op de Inktvis, begeleiding gaan geven. Door dit te doen kunnen ouders leren hoe zij thuis dingen van de afdeling kunnen toepassen. Daarnaast kent de IG'er het kind waardoor de IG'er ouders beter zal begrijpen in hun hulpvraag. Uit de interviews bleek dat de gesprekken met de ouderbegeleider goed bevallen. Dit wordt vanaf het begin van de behandeling ingezet waardoor dit een constante factor is gedurende de behandeling.

In het natraject zijn ook verbeterpunten gevonden. De overgang van een klinische opname naar volledig thuis wonen is vaak (te) groot. Ouders en kind hebben zes maanden apart van elkaar gewoond. Als het kind dan volledig thuis komt wonen is dit een grote verandering. Het is vanwege bezuinigingen niet mogelijk om het kind te laten opbouwen in het thuis zijn of thuis slapen. Ouders moeten dus op een andere manier begeleid worden. Door ambulante hulp in te zetten via de poli is deze begeleiding mogelijk. Aangezien de hulp vanuit de poli via een ander financieringstraject gaat is dit mogelijk. Uit de interviews bleek dat de evidence-based methode PMTO zeer geschikt is voor het aanleren van vaardigheden aan ouders van kinderen met ODD. Dit omdat er wordt gewerkt volgens een vaste agenda en alle belangrijke vaardigheden met betrekking tot ODD aan bod komen. Daarnaast is MDFT mogelijk als ouders enigszins over vaardigheden beschikken. Dit omdat MDFT voornamelijk gericht is op het kind. IG vanuit de poli kan in het natraject ook ondersteuning bieden aan ouders. IG is gericht op de hulpvraag van ouders. Dit is geschikt als ouders enigszins over vaardigheden beschikken omdat deze vorm van begeleiding minder intensief is dan PMTO.

Conclusie

Er moet meer duidelijkheid komen over de invulling van het voor-, behandel- en natraject. In het voortraject moet naar ouders benadrukt worden dat er veel van ouders wordt verwacht. Ouders kunnen dan eventueel hun netwerk inschakelen om hen te ondersteunen in deze zware periode. Ouders moeten echter wel de tijd krijgen om op adem te komen zodat zij zich volledig kunnen inzetten voor de behandeling van hun kind. Er moet naar gestreefd worden om een case-manager te houden per gezin of kind, hierdoor blijft er overzicht voor de behandelaar, hoeven ouders niet elke keer hetzelfde verhaal te vertellen en kunnen de behandelaar en ouders een vertrouwensband opbouwen. Het behandeltraject kan verbeterd worden door het vergroten van de ouderparticipatie op de afdeling. Dit kan door meelopen op de groep, thuisdoelen, oudermiddagen, thema avonden, kennismakingsavonden en voor- en nabespreken van het weekend. Daarnaast kunnen de IG'ers van de afdeling aan meer gezinnen begeleiding gaan geven. De gesprekken met de ouderbegeleider bevallen ouders goed, deze moeten dan ook behouden blijven. In het natraject is veel te verbeteren. De overgang van een klinische opname naar volledig thuis wonen moet kleiner. Aangezien dit niet kan door het opbouwen van het thuis zijn moet dit anders. Dit kan wel door ambulante hulp in te zetten via de poli zodra het kind weer thuis woont. Een zeer geschikte methode hiervoor is volgens de poli medewerkers de evidence-based methode PMTO. Uit eerder literatuuronderzoek is gebleken dat ook MDFT tot de mogelijkheden voor het natraject behoort. IG vanuit de poli kan ouders ook ondersteunen.

Conclusie

12. Conclusie

De conclusie geeft antwoord op de hoofdvraag: “Hoe is de terugval van jongeren met ODD, na afronding van een klinische behandeling van zes maanden, te verkleinen gekeken naar de verbetering van vaardigheden bij ouders?”

Na het ontslag van een klinische opname op de Inktvis vallen veel jongeren met ODD terug in hun oude gedrag. Om deze terugval te verkleinen is onderzocht hoe de verbetering van vaardigheden bij ouders deze terugval kan verkleinen. Uit het onderzoek zijn de volgende punten gekomen. Kinderen hebben behoefte aan vier basisdoelen, het hebben van een affectieve relatie met een ouder, het ontwikkelen van sociale- en persoonlijke competentie, autonomie en het krijgen van normen en waarden. Deze basisdoelen zijn aan te leren door ouders door een autoritatieve/democratische opvoedingsstijl te hebben naar het kind toe. Om kinderen met ODD op te voeden hebben ouders specifieke vaardigheden nodig. Het stellen van grenzen, regels, zorgen voor structuur, toezicht houden op het kind en het belonen, bestraffen of negeren van gedrag zijn vaardigheden waarover ouders moeten beschikken. De Jutters biedt vele vormen van begeleiding aan voor ouders. De vormen van begeleiding welke geschikt zijn voor het aanleren van vaardigheden met betrekking op ODD aan ouders zijn ouderbegeleiding, IG, systeemtherapie, PMTO, MTFC en MDFT.

Gekeken naar de begeleiding van ouders kan er een meer duidelijke invulling komen voor het voor-, behandel- en natraject. In het voortraject moet meer benadrukt worden wat er van ouders wordt verwacht. Daarnaast moeten ouders de tijd krijgen om weer op kracht te komen. Op deze manier kunnen ouders uiteindelijk zoveel mogelijk betrokken worden bij de behandeling van hun kind. In het voortraject moet een case-manager aangesteld worden welke de gehele behandeling bij dat gezin betrokken blijft. In het behandeltraject bleken ook verbeterpunten mogelijk te zijn. De ouderparticipatie op de groep kan vergroot worden door middel van meelopen op de groep, het meegeven van thuisdoelen, oudermiddagen, thema avonden, kennismakingsavonden en het voor- en nabespreken van het weekend. De IG'ers op de afdeling kunnen ook een grotere rol gaan spelen bij het aanleren van vaardigheden aan ouders tijdens de opname van het kind. De gesprekken met de ouderbegeleider moeten behouden blijven. Als laatst zijn er ook in het natraject verbeterpunten mogelijk. Door standaard ambulante hulp in te zetten via de poli kunnen ouders en kind ondersteund worden in de overgang van een klinische opname naar thuis wonen. Geschikte methoden hiervoor zijn PMTO, MDFT en IG.

13. ***Discussie***

13.1 ***Het tot stand komen van de conclusie***

Door het uitvoeren van vooronderzoek, doen van literatuuronderzoek en onderzoek in de praktijk door middel van interviews ben ik tot bovenstaande conclusie gekomen. Door het doen van vooronderzoek heb ik mijzelf verdiept in de probleemstelling. Hierna ben ik tot een definitieve vraagstelling gekomen en ben ik mijn onderzoek daadwerkelijk gestart. Door middel van literatuuronderzoek, voornamelijk over de opvoedingsvaardigheden en methoden en technieken van begeleiding, heb ik de eerste deelvragen kunnen beantwoorden. De laatste twee deelvragen, met als onderwerp de begeleiding van ouders momenteel en hoe dit beter kan, heb ik voor het grootste gedeelte beantwoord met behulp van de uitkomsten van interviews.

13.2 ***Kanttekeningen en kritische reflectie op de conclusie***

In de conclusie komt naar voren dat kinderen behoefte hebben aan vier basisdoelen. Uit literatuuronderzoek kwamen meerdere behoeften naar voren. Echter zijn deze vele behoeften allemaal te herleiden tot de vier basisdoelen van de opvoeding. Deze behoeften zijn aan te leren als ouders een autoritatieve/democratische opvoedingsstijl hebben. Dat deze opvoedingsstijl geschikt is bleek uit meerdere stukken literatuur. Het opvoeden van een kind met ODD brengt, naast deze basisbehoeften voor het kind, specifieke opvoedingsvaardigheden mee voor ouders. Dit zijn het stellen van grenzen, regels, zorgen voor structuur, toezicht houden op het kind en het belonen, bestraffen of negeren van gedrag. Uit interviews kwamen deze vijf punten hoofdzakelijk naar voren. Daarnaast kwamen deze ook terug in het grootste gedeelte van alle literatuur welke ik heb gebruikt. Aangezien deze vaak voor komen ben ik van mening dat deze vijf vaardigheden dé vaardigheden zijn welke gewenst zijn bij het opvoeden van een kind met ODD.

De Jutters biedt vele vormen van begeleiding met betrekking tot het aanleren van vaardigheden aan. Dit zijn ouderbegeleiding, IG, systeemtherapie, PMTO, MTFC en MDFT. Naast dat deze vormen op de website van de Jutters staan, kwamen deze ook naar voren in interviews.

Aan het begin van het onderzoek verwachtte ik dat er verduidelijking kon komen in het voor-, behandel- en natraject. Dit zou uiteindelijk als resultaat hebben dat ouders beter begeleid konden worden in het verkrijgen van opvoedingsvaardigheden.

Aan het eind van het onderzoek bleek dit ook zo te zijn. Wat betreft de verbetering in het voortraject kwamen de volgende punten naar voren: verwachtingen naar ouders benadrukken, ouders tijd geven om op kracht te komen en een case-manager hebben. Om ouders voldoende vaardigheden aan te leren zodat hun kind na opname thuis kan komen wonen is er veel inzet van ouders nodig. Zij moeten actief bij de behandeling van hun kind betrokken zijn en actief bezig zijn met het ontwikkelen van hun eigen vaardigheden. Ouders moeten aanwezig zijn op afspraken en open staan voor hulp. Door voorafgaand aan de behandeling te benadrukken dat dit van ouders wordt verwacht weten ouders waar zij aan toe zijn. Zo kunnen ze eventueel hulp inschakelen van hun netwerk om hen te ondersteunen. Het benadrukken van de zwaarte van een opname biedt echter geen garantie dat ouders zich daadwerkelijk inzetten. Het is ook niet mogelijk om ouders te verplichten aangezien het bij de Inktvis om een vrijwillige opname gaat. Het is wel mogelijk om ouders zoveel mogelijk duidelijkheid te geven en hen te motiveren voor de behandeling. Uit interviews met medewerkers en ouders bleek dat ouders aan het begin van de opname tijd nodig hebben om weer op kracht te komen. Omdat er van ouders veel inzet wordt verwacht is het goed om hen deze tijd te geven. Het kan echter niet zo zijn dat ouders zich de gehele behandeling terughoudend opstellen. Zoals in het onderzoek naar voren kwam heeft het aanleren van vaardigheden veel tijd nodig. Hiervoor zullen ouders zich, nadat zij op kracht zijn gekomen, dus ook volledig voor moeten inzetten. Als laatst kwam naar voren dat er een case-manager moet zijn welke

de gehele behandeling bij het gezin betrokken blijft. Door een case-manager kunnen ouders en behandelaar een vertrouwensband opbouwen. Dit zal ten goede komen aan de motivatie, betrokkenheid en vordering van vaardigheden bij ouders. Dit zal niet altijd mogelijk zijn, maar het is goed om dit als medewerkers te waarborgen.

De verbeteringen in het behandeltraject kwamen neer op het vergroten van de ouderparticipatie op de afdeling, het meer inzetten van de IG'ers op de afdeling en het behouden van de gesprekken met de ouderbegeleider.

Uit interviews met de sociotherapeuten van de afdeling bleek dat de ouderparticipatie op de groep vergroot kan worden door ouders te laten meelopen op de groep, organiseren van oudermiddagen, thema avonden, kennismakingsavonden en het voor- en nabespreken van de weekenden aan de hand van thuisdoelen. Deze ouderparticipatie werd op een, inmiddels gesloten, afdeling al uitgevoerd. Uit eigen ervaringen en uit ervaringen van de sociotherapeuten van betreffende afdeling bleek deze methode effectief. De betrokkenheid van ouders werd zeer vergroot door deze ouderparticipatie. Een aantal medewerkers van de gesloten afdeling zijn nu werkzaam op de Inktvis. Deze hebben dus ervaring met het uitvoeren van de ouderparticipatie en kunnen hun collega's op de Inktvis hierin ondersteunen. Daarnaast is er een werkgroep opgericht op de Inktvis waarin medewerkers werken aan een concrete vorm van deze ouderparticipatie. Er zijn twee sociotherapeuten welke de IG opleiding gedaan hebben. Zoals in het onderzoek naar voren kwam kunnen deze gezinnen ondersteunen van de kinderen welke opgenomen zijn op de Inktvis. Door ouders gericht te kunnen helpen met hun hulpvraag draagt dit bij aan de ontwikkeling van vaardigheden van ouders. Daarnaast wordt de afstand tussen afdeling en thuis kleiner, dit bevordert de betrokkenheid van ouders. Het zou zinvol zijn om deze IG toe te passen bij elk gezin waarvan het perspectief van het kind is dat hij thuis gaat wonen. Uit interviews met ouders bleek dat de gesprekken met de ouderbegeleider goed bevallen. Ik ben dan ook van mening om deze te behouden.

Na het onderzoeken van het natraject bleek dat daar veel verbetering kan plaatsvinden. Er is geen duidelijk natraject. Soms is het zo dat de IG vanuit de afdeling nog even doorloopt of dat er nog een aantal gesprekken zijn met de ouderbegeleider. Zoals in het onderzoek naar voren kwam zou het goed zijn om de kinderen, naarmate het einde van de opname nadert, meer naar huis te laten gaan. Dit is echter niet meer mogelijk vanwege bezuinigingen. Daarom moet er gekeken worden hoe de overgang van de klinische opname naar volledig thuis wonen te verkleinen is. Het is een grote verandering voor ouders (en kind) als het kind weer thuis komt wonen. Daarom is het van belang hen hier goed bij te ondersteunen. Door hen te ondersteunen wordt de kans op terugval direct verkleint. Deze ondersteuning kan geboden worden door de poli. Deze medewerkers hebben opleidingen gevolgd voor verschillende trainingen. Trainingen welke geschikt zijn voor ouders van kinderen met ODD zijn PMTO, MDFT en IG.

PMTO is een evidence-based methode. Daarnaast kwam uit de interviews naar voren dat ouders hier echt wat aan hebben. PMTO wordt gegeven aan de hand van een vaste agenda met vijf effectieve opvoedingsvaardigheden. Deze opvoedingsvaardigheden zijn de vaardigheden welke naar voren kwamen bij deelvraag 2, specifieke vaardigheden voor ODD. Omdat deze vaardigheden steeds naar voren blijven komen ben ik van mening dat PMTO een geschikte methode is om deze aan te leren aan ouders. Het is echter zo dat op dit moment PMTO wordt geboden aan ouders van kinderen tot 12 jaar. De Inktvis is vanaf 12 jaar. Na navraag gedaan te hebben blijkt dat de trainers van PMTO nu een module krijgen waarna zij ouders van 12-jarige en ouder ook kunnen trainen. Dit is dan dus wel toe te passen op de Inktvis. Deze training is nog relatief nieuw en ouders van 12 jaar en ouder zijn nog niet klaar met de training. Hierdoor is er nog niet met zekerheid te zeggen of dit echt een effectieve methode is. Aangezien deze methode evidence-based is en al een tijd bestaat ben ik toch

van mening dat deze kan bijdragen aan het aanleren van vaardigheden bij ouders. Deze training kan alleen in het natraject gegeven worden omdat het noodzakelijk is dat ouders hun vaardigheden kunnen oefenen bij hun kind. Dit kan niet als het kind klinisch opgenomen is. In meerdere artikelen en op websites is terug te vinden dat er veel kwaliteitsbewaking is. Dit gebeurt door middel van het opnemen van de therapieën op dvd welke worden terug gekeken met de supervisor. Daarnaast krijgen de therapeuten in opleiding al drie gezinnen welke zij begeleiden onder toezicht van de supervisor (Thijssen & de Ruiter, 2010). Dit vergroot de effectiviteit van de behandeling.

Naast PMTO is MDFT een geschikte methode. Deze methode is ook evidence-based. De leeftijd voor MDFT is ouders en kinderen van 12-18 jaar. Hier valt de doelgroep van de Inktvis dus onder. MDFT is gericht op complexe problematiek en heeft een preventieve werking op criminaliteit. Daarnaast kunnen kinderen met psychische problematiek en gedragsproblematiek bij MDFT terecht. Aangezien kinderen met ODD snel in aanraking komen met politie en justitie is deze methode geschikt. Deze methode richt zich echter niet specifiek op het aanleren van vaardigheden aan ouders maar op het creëren van verbeteringen bij het kind en het gezin. Deze methode is alleen geschikt als het kind thuis woont. Een klinische opname is een contra-indicatie. Dit onderzoek is specifiek gericht op het verbeteren van vaardigheden bij ouders. MDFT is voornamelijk gericht op de jongere en minder op het aanleren van vaardigheden aan ouders. Daardoor ben ik van mening dat deze methode minder geschikt is dan PMTO.

Als laatste biedt de poli IG. Met IG wordt gekeken naar de hulpvraag van ouders en worden zij aan de hand van deze hulpvraag begeleid. IG is snel in te zetten. Daarnaast gaat de IG'er naar ouders thuis toe, wat voor ouders erg fijn is. Een nadeel van IG is dat er niet specifiek aan vastgestelde onderwerpen wordt gewerkt. Het kan dus gebeuren dat onderwerpen maar deels behandeld worden. Daarnaast kan het zijn dat ouders geen hulpvraag hebben. De IG'er kan dan zelf onderwerpen aandragen maar bij IG is het belangrijk dat het vanuit ouders komt. IG is naar mijn mening een geschikte methode als ouders al over redelijk veel vaardigheden beschikken en alleen hulp nodig hebben bij specifieke onderwerpen.

Er zal blijken dat er een groot verschil kan zitten in hetgeen ouders aan vaardigheden beschikken zodra hun kind thuis komt wonen. Ik ben van mening dat als ouders relatief veel kunnen er met IG voldoende begeleiding geboden kan worden om het thuis wonen te laten slagen. Als ouders nog veel kunnen leren is PMTO een meer geschikte methode. Dit is een intensievere en meer gerichte methode waardoor ouders de (basis)vaardigheden echt goed onder de knie krijgen.

13.3 *Kwaliteit van het onderzoek*

Kanttekeningen en kritische reflectie op de onderzoekswijze

Om een betrouwbaar onderzoek te hebben zijn een aantal zaken belangrijk. In interviews met medewerkers heb ik veel dezelfde vragen gesteld wat de betrouwbaarheid vergroot. Door de antwoorden op deze vragen te vergelijken heb ik conclusies kunnen trekken op deze vragen. Ik heb 11 medewerkers van de Jutters geïnterviewd met overeenkomende en verschillende functies. Hierdoor heb ik mijn onderzoek vanuit meerdere disciplines bekeken kunnen uitvoeren. Ik heb met 5 van de 8 ouders een interview gehouden. Voor een aantal ouders was het een te grote belasting om een interview met mij te doen. Uit eigen ervaringen en ervaringen van medewerkers bij de Jutters weet ik dat de antwoorden welke ouders gaven voor meerdere ouders in het verleden gegolden zouden hebben. Hierdoor ben ik van mening dat ik een relatief goed beeld van de werkelijkheid heb kunnen schetsen. Ik heb deels uit mijn eigen ervaringen een aantal zaken kunnen concluderen. Deze conclusies heb ik voorgedragen aan medewerkers van de Jutters om te voorkomen dat ik alleen op mijn eigen ervaring conclusies trok. De conclusies welke ik (deels) vanuit mijn eigen ervaringen heb getrokken hebben medewerkers bevestigd. Als medewerkers deze conclusies niet bevestigden heb ik ze niet opgenomen in mijn onderzoek.

Door met mijn begeleider te overleggen over de onderwerpen van mijn interviews heb ik duidelijke interviews kunnen maken. In deze interviews werd duidelijk antwoord gegeven op wat ik vroeg. Dit verhoogd de geldigheid.

Een kritische kanttekening van mijn onderzoek is dat ik werkzaam ben bij de Jutters. Dit zou mijn beeld kunnen beïnvloeden. Ik ben van mening dat ik een onafhankelijk en objectief onderzoek heb gedaan. Aan het begin van de afstudeerfase is met beide begeleiders besproken dat ik een onafhankelijk onderzoek ging doen en dat ik mijn uitkomsten niet zou laten beïnvloeden door het feit dat ik werkzaam ben bij de Jutters. Daarnaast heb ik uit mijn eigen ervaringen een aantal zaken kunnen concluderen. Deze conclusies heb ik voorgedragen aan medewerkers van de Jutters om te voorkomen dat ik alleen op mijn eigen ervaring conclusies trok. De conclusies welke ik (deels) vanuit mijn eigen ervaringen heb getrokken hebben medewerkers bevestigd. Daarnaast heb ik het voordeel gehad dat ik goed bij informatie kon en snel met de medewerkers kon spreken.

13.4 *Sterke punten van het onderzoek*

Ik heb veel interviews gehouden met de medewerkers van de Jutters. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek. Door dit onderzoek is er verduidelijking gekomen over hoe verbetering te behalen is en hoe dit te doen is. Dit leidt uiteindelijk tot het verkleinen van de terugval van jongeren na een opname. Ik vind het persoonlijk erg belangrijk dat kinderen bij hun ouders wonen, uitzonderingen daargelaten, en dat ouders voldoende bekwaam zijn om een kind op te voeden. Door dit onderzoek is de kans dat de kinderen thuis kunnen blijven wonen vergroot en kunnen ouders op een effectieve manier vaardigheden aanleren.

14. Aanbevelingen

14.1 Antwoord op de hoofdvraag

In dit hoofdstuk komt een duidelijk overzicht van mijn aanbeveling naar voren. Ik zal mijn aanbeveling doen door antwoord te geven op de hoofdvraag: Hoe is de terugval van jongeren met ODD, na afronding van een klinische behandeling van zes maanden, te verkleinen gekeken naar de verbetering van vaardigheden bij ouders?

De terugval van jongeren met ODD, na afronding van een klinische behandeling van zes maanden, is te verkleinen door het verbeteren van vaardigheden bij ouders. Dit kan bereikt worden door verbetering te brengen in de begeleiding van de Jutters naar ouders toe. Dit houdt concreet in:

- In het voortraject: er duidelijker en concreter naar ouders benadrukt moet worden wat er van hun verwacht wordt, er mogelijkheid gegeven moet worden aan ouders om weer op kracht te komen om zich vervolgens volledig in te zetten voor de behandeling en dat er een case-manager per gezin moet zijn en blijven.
- In het behandeltraject: de ouderparticipatie op de afdeling vergroot moet worden door middel van het meelopen op de groep, organiseren van oudermiddagen, thema avonden, kennismakingsavonden en het voor- en nabespreken van de weekenden aan de hand van thuisdoelen. Daarnaast moeten de IG'ers van de afdeling elk gezin IG bieden, zolang het perspectief van het kind is dat het thuis gaat wonen. Ouderbegeleiding gesprekken moeten behouden blijven.
- In het natraject: standaard ambulante hulp bieden via de poli na het ontslag van de Inktvis. Ouders welke over geen tot weinig vaardigheden beschikken moeten PMTO krijgen. Ouders welke over redelijk tot bijna voldoende vaardigheden beschikken moeten IG krijgen.

Dit kan vanaf heden ingezet worden bij alle opnames op de Inktvis. Het is afhankelijk van het traject waarin het kind zich bevindt waar wordt gestart. Als het kind in het behandeltraject zit is het dus mogelijk om de verbeteringen in het behandeltraject en de verbeteringen in het natraject direct in te voeren. De persoon welke hierover beslist is de manager behandelzaken.

14.2 Eventueel vervolgonderzoek

Het is interessant om, nadat bovenstaande verbeteringen zijn doorgevoerd, de gezinnen te volgen en te kijken of dit inderdaad geschikte methoden zijn en of deze resulteren in het verkleinen van de terugval van jongeren. Hiervoor moeten de gezinnen voor langere periode gevolgd worden.

14.3 Bruikbaarheid voor de opdrachtgever

De bruikbaarheid van de aanbeveling is pas te beoordelen als de aanbevelingen in de praktijk worden toegepast. Ik verwacht dat er een beperking te vinden is in het streven naar één case-manager. Er kunnen verschillende redenen zijn waardoor er van case-manager gewisseld wordt. Dit kan door bijvoorbeeld ziekteverlof of zwangerschapsverlof komen. Maar ook wanneer het kind na opname wordt overgedragen naar de poli. Op financieel gebied moet alles dan overgenomen worden door medewerkers van de poli, dus ook de case-manager wordt overgenomen. Er kan dan wel naar gestreefd worden dat er een zo goed mogelijke overgang komt. Wat betreft de aanbevelingen van het behandeltraject verwacht ik dat het onderdeel IG vanuit de afdeling een beperking kan worden. Het streven is naar dat ieder gezin waarvan het kind opgenomen is op de Inktvis IG vanuit de afdeling krijgt (als het perspectief is dat het kind na de opname thuis gaat wonen). De IG'er kan op de momenten dat hij bij een gezin thuis is niet op de afdeling werken als sociotherapeut. Dit brengt een tekort aan personeel op de afdeling met zich mee. Dit zou opgevangen kunnen worden door het aannemen van nieuw personeel op de afdeling waardoor de IG'er zijn werkzaamheden bij de gezinnen kan uitvoeren. Er kunnen ook beperkingen blijken in de aanbevelingen over het natraject.

Uit het vervolgonderzoek kan naar voren komen dat de aanbeveling met betrekking tot het natraject niet klopt. De methoden en technieken kunnen verkeerd zijn. Dan zal er een nieuw onderzoek gedaan moeten worden naar wat er wel in het natraject ingezet kan worden.

14.4 *Vernieuwende karakter van het onderzoek*

Dit onderzoek heeft een vernieuwend karakter omdat er nog geen onderzoek is gedaan bij de Jutters naar de vaardigheden bij ouders van kinderen met ODD. Uit dit onderzoek is een duidelijke aanbeveling gekomen over hoe ouders voldoende vaardigheden aangeleerd kunnen worden. Dit is per fase van de behandeling beschreven. Door naar deze fases te kijken is duidelijk geworden waar verbeteringen vanuit de Jutters gewenst zijn. Ook hier was nog geen onderzoek naar gedaan. Doordat deze aanbevelingen uiteindelijk de terugval van jongeren moeten verkleinen is dit onderzoek ook relevant.

15. Literatuurlijst

Albrecht, G. & Leeuwen, E. van (2008). *Parent Management Training Oregon: ernstig probleemgedrag neemt af met PMTO*.

http://www.pmt.nl/documenten/professionals/PMTO_Een_korte_beschrijving_van_de_behandeling.PDF

Beschikbaar: 26-04-2013

Anoniem (n.b.). *Behandelingen van a-z*. <https://www.dejutters.com/behandelingen/behandelingen-van-a-z>.

Beschikbaar: 22-04-2013

Anoniem (n.b.). *De Inktvis*. URL: <https://www.dejutters.com/over-ons/over-ons/Inktvis> Beschikbaar: 16-03-2013

Anoniem (n.b.). *Gezinstherapie*. <http://www.perspectief-zoetermeer.nl/index.php/jongeren/gezinstherapie>.

Beschikbaar: 28-04-2013

Anoniem (n.b.). *Multi Dimensionele Familie Therapie*. <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/ODD-CD-Gedragsstoornis-1/MultiDimensionele-FamilieTherapie-MDFT>. Beschikbaar: 27-04-2013

Anoniem (n.b.). *Over ons*. URL: <https://www.dejutters.com/over-ons/over-ons/> Beschikbaar: 18-03-2013

Anoniem (n.b.). *Wat is psychotherapie?* <http://www.psychotherapie.nl/psychotherapie/wat-is-psychotherapie/>

Beschikbaar: 25-04-2013

Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the Exercise of Control*. New York: Cambridge University Press.

Bartels, A. & Heiner, H. (1994). *De condities voor een optimale ontwikkeling: het kind in de hulpverlening, preventie en beleid*. Jeugd en Samenleving, 24, 282-296.

Baumrind, D. (1973). *The development of instrumental competence through socialization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Blokland, G. (2010). *Over opvoeden gesproken: methodiekboek pedagogisch adviseren*. Amsterdam: Uitgeverij SWP. Achtste druk.

Boom, D. van den (1999). *Ouders op de voorgrond. Een educatieve lijn voor 0 tot 18 jaar*. Utrecht: Sardes.

Burggraaff-Huiskes, M. (2011). *Opvoedingsondersteuning als bijzondere vorm van preventie*. Bussum: Coutinho. Vijfde druk.

Forgatch, M.S., Bullock, B.M. & Patterson, G.R. (2004). *From theory to practice: increasing effective parenting through role-play*. In: Steiner, H. (red.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescent: an integrated developmental approach*. New York: Jossey-Bass

Greene, R.W. (2005). *The Explosive Child: A new Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, Chronically Inflexible Children*. New York: HarperCollins Publisher.

Groot, R. de, & Paagman, C. (2000). *Kinderen met leer- en gedragsproblemen*. Amsterdam: Boom.

Goudena, P.P. (1994). *Ontwikkelingsopgaven en opvoedingsopgaven*. In J. Rispen, P.P. Goudena & J.J.M. Groenendaal (red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Haffmans, P.M.J. & Hoencamp, E. (2008). *Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

- Hartog-Polkerman, C. (2012). *Minder dwars en opstandig*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hartog-Polkerman, C. (2010). *Opstandig, dwars & driftig*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hermanns, J. et al. (2008). *Gezinsinterventies*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Horst, W. ter (1994). *Het herstel van het gewone leven*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Kahn, R. (2006). *Onze hersenen. Over de smalle grens tussen normaal en abnormaal*. Amsterdam: Balans.
- Lahey, B.B., Miller, T.L., Gordon, R.A. & Riley, A.W. (1999). *Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Lieshout, T. van (2004). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meij, H. (2011). *De basis van opvoeding en ontwikkeling*.
<http://www.jeugdinactie.nl/nji/dossierDownloads/Normale%20ontwikkeling%20pdftekst.pdf> Beschikbaar: 18-03-2013
- Prinzie, P. (2004). *Waarom doet mijn kind zo moeilijk?* Tielt: Lannoo. Vierde druk.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (1989). *Metten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag en interacties*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 23, 16-33.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (2004). *Pedagogische kwaliteit in de kinderopvang: doelstellingen en kwaliteitscriteria*. In M.H. van IJzendoorn, L.W.C. Tavecchio & M. Riksen-Walraven (red.), *De kwaliteit van de Nederlandse kinderopvang*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ruiter, C. de & Thijssen, J. (2010). *Streng bewaking van kwaliteit bij PMTO*.
<http://www.pmt.nl/documenten/streng%20bewaking%20van%20kwaliteit%20bij%20pmt.pdf>. Beschikbaar: 27-04-2013
- Timmers-Huigens, D. (2004). *Opvoeden praktisch bekeken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Derde druk.
- Vandereycken, W., Hoogduin, K. & Bosch, J.D. (2000). *Handboek psychopathologie: deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veen-Mulders, M. van der, Serra, M., Hoofdakker, B.J. van den, Minderaa, R.B., Oosterhoff, M., Til, H.B. & Troost, P.W. (2005). *Sociaal onhandig. De opvoeding van kinderen met PDD-NOS en ADHD*. Assen: Van Gorcum. Vierde druk.
- Winter, M. de, Schillemans, T., Janssens, R. (red.) (2006). *Opvoeding in democratie*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Yperen, T. van (2009). *Betere ketens*. In D. Graas, T. Liefwaard, C. Schuengel, W. Slot & H. Stegge (red.). *De Wet op de jeugdzorg in de dagelijkse praktijk* (pp. 91-110). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Interviews: zie bijlage

16. Bijlagen

Interview ouderbegeleider**1. Wat zie jij vaak terug waar ouders in tekort komen qua opvoedingsvaardigheden?**

Dat is heel divers. Ik zie met name vaak ouders die overbelast zijn. Dus ik denk dat ze het ingewikkeld vinden om hulp te vragen en grenzen aan te geven. Ik denk dat het daar met name op stukloopt. De Inktvis is natuurlijk een plek waar je redelijk laat in het hulpverleningstraject pas terecht komt. Voor ouders is er dan de voorgaande jaren al zoveel misgegaan dat als ze eerder hulpverlening hadden ingeschakeld dat ze hier soms niet hadden hoeven komen. Dus dat ouders te lang doorgaan zonder hulp te vragen. Ze stellen ook te weinig grenzen. Vaak als ouders een probleem zien is het aanpakken van het probleem ingewikkeld. Vaak zijn ouders eerst nog hoopvol, dat het 'wel weer over gaat'. Vervolgens komt het gevoel van schaamte en durven ze er niet meer over te praten. Dus ik denk met name het erkennen van het probleem en op tijd hulp vragen.

2. Welke vaardigheden met betrekking tot ODD moeten ouders volgens jou beheersen?

Voorspelbaar zijn, structuur bieden, grenzen stellen, weinig uitzonderingen geven. Betrouwbaar zijn; zeggen wat je doet en doen wat je zegt. Veiligheid bieden.

3. Welke vaardigheden missen ouders vaak?

Zie boven. Structuur bieden vinden ouders erg ingewikkeld. Zeker kinderen met ODD hebben daar heel veel behoefte aan. Die testen continu uit en als je daar niet voldoende grenzen aan stelt kom je in een vervelende negatieve spiraal terecht. Ik denk dat ze de vaardigheden bij vraag 2 missen.

4. Hoe zijn de opvoedingsvaardigheden en vaardigheden met betrekking tot ODD volgens jou aan te leren binnen de Jutters en buiten de Jutters? (bv. therapieën of iets dergelijks)

Tijdens ouderbegeleiding (OB) hebben we het over de problemen die er spelen. Je zegt nooit tijdens eerste gesprek 'dit missen jullie'. Je bent eerst een periode bezig om te luisteren naar hun probleem en hoe is het probleem ontstaan. Er gaat een heel diagnostisch proces aan vooraf voordat je bij de diagnose komt. Vervolgens ga je ouders psycho-educatie geven over wat het probleem is, wat het inhoudt. Veel ouders moet je krediet geven voor het feit dat ze er al veel aan gedaan hebben en hoe zwaar ze het hebben. Daarnaast is het goed om te benadrukken dat het voor ouders erg belangrijk is om het netwerk te creëren/te houden. Sommige ouders doorlopen hetzelfde traject als kinderen dus daar kan je ook niet zomaar mee starten. Die hebben eerst erkenning nodig waarna ze mij gaan vertrouwen in het feit dat ik hun kan gaan helpen. Vaak helpt meelopen op de groep, het positieve effect van de behandeling in zien. In kleine stapjes oefenen. Soms is meedraaien op groep of mee met een behandel onderdeel nuttig. Ouders leren heel erg van kijken, sommige ouders willen liever eerst erover praten en dan kijken en oefenen. Dat hangt een beetje af van welk oudertype het is en hoe ze leren.

Jutters geeft veel trainingen. Er is heel veel thuisbegeleiding en die hebben allemaal speciale methodes. Ouderbegeleiding is natuurlijk nog redelijk op afstand, en dan heb je IG dat is al heel dichtbij. Er zijn heel veel varianten. Psycho-educatie trainingen is er voor ouders. Sommige ouders vinden in een groep psycho-educatie fijn maar dat is nog en ver van je bed show omdat ze vaak dan net niet bij de kern komen waar jouw kind problemen mee heeft. Sommige kinderen hebben net wat meer boosheid, of juist net geen vrienden. Het is heel erg klantgericht.

Buiten de Jutters stikt het van de methoden.

5. Welke methoden biedt de Jutters met betrekking tot begeleiding van ouders?

Dit kan je opzoeken op internet, intranet en in het kwaliteitshandboek.

6. Weet je of er nog andere methoden bestaan voor ouderbegeleiding welke de Jutters niet gebruikt maar misschien wel zou kunnen gebruiken?

De Jutters heeft zoveel uitbreiding nu dat alles er onderhand wel in zit. Alle variaties die bij ouders aansluiten hebben we. We sluiten aan bij wat de klant nodig heeft. Daar hebben wij allerlei methodes voor.

7. Waaruit bestaat een klinische behandeling voor jongeren met ODD bij de Inktvis?

Dat bestaat uit verschillende therapieën. Therapie vormen: beeldende therapie (BT), sociotherapie (ST), psychomotorische therapie (PMT), individuele begeleiding (IB). In de sociotherapie komen voornamelijk het volgen van de dagstructuur en groepsdynamiek naar voren. Daar hebben kinderen met ODD veel aan omdat dat punten zijn waar ze problemen mee hebben. Het gezag accepteren, frustratie tolerantie, emotieregulatie zijn denk ik de drie pijlers die voor kinderen met ODD heel ingewikkeld zijn.

8. Is het zinvol als er een soort richtlijn komt voor wat ouders op welk moment van de behandeling van de jongere moeten leren/kunnen?

Als richtlijn zou het handig zijn maar als ik nu kijk naar de cliënten hebben ze allemaal totaal iets anders met als kern ODD. Ouders zitten in een totaal andere fase. Het zou meer gelijk op kunnen met de kinderen, daar meer aan kunnen koppelen. Bijvoorbeeld dat het kind in de eerste weken bezig is met wennen en de dagstructuur te leren. Dan kan je naar ouders terug koppelen van dat hun kind daarmee bezig is en dat we de koppeling naar huis willen maken en ouders thuis ook vaste afspraken maken. Dus de afdeling meer naar huis. De kinderen willen zelf geen 'Inktvis thuis'. De relatie die de sociotherapeut met kinderen heeft is zo anders dan met ouders. Kinderen luisteren beter naar sociotherapeuten. Ze hebben geen negatieve ervaringen of niet gevochten met elkaar. Je hebt heel veel referentiekader met elkaar. Dus ik denk dat het ingewikkeld is om iets passends te maken wat bij iedereen geldt. Je zou de vaardigheden van de ouders meer aan kunnen koppelen aan wat de kinderen leren.

9. Is het haalbaar voor ouders om in 6 maanden (de behandeling) alle vaardigheden zodanig te beheersen dat de jongere thuis kan blijven wonen na de behandeling?

Ik denk dat het wel mogelijk is maar dat er in de structuur meer moet veranderen. Wat doen we in het voortraject, tijdens de behandeling en in het natraject? Het kind kan niet gedag zwaaien en zich dan een dag later voorbeeldig gedragen. Wat hebben ouders nog nodig: er moet goed gekeken worden naar het hele traject in plaats van alleen gekeken naar de 6 maanden op de Inktvis. Je komt altijd binnen met een intake. Als een kind bij mij op intake komt start je vaak poliklinisch, je probeert eerst met gesprekken te kijken wat er nog te halen valt. Hierin kan je nog een aantal dingen aanleren aan ouders. Als dan helder is waar ouders op stuklopen kan je dat als pijler gebruiken bij de perioden op de Inktvis en bij de nazorg. Het zou heel helpend zijn als iedereen dezelfde case-manager zou houden van start tot einde. Ouders beginnen bij een wisseling van case-manager niet opnieuw maar voor hun gevoel vaak wel. Sommige mensen vertellen dingen op basis van vertrouwen dus is het belangrijk dat dit dezelfde persoon blijft.

Interview medewerker afdeling nummer 1

1. Waaruit bestaat de behandeling voor ODD op de Inktvis?

Dat is de hele groepsaanpak, het hele leefmilieu, de sterk gedragsmatige aanpak met belonen/straffen. Het is de leermat met gerichte doelen. En in veel dingen gebruik maken van het competentiemodel dus kijken naar vaardigheden, veel belonen en complimenteren en kijken naar de vrijheidsopbouw. Dus in het begin heel weinig mogen en door goed gedrag laten zien dat je meer verdient. Duidelijke structuur is ook heel erg belangrijk, alles vast tijdstip alles komt altijd weer terug. Dus heel consequent en heel veel structuur.

2. Op welke manier worden ouders nu vanuit de afdeling begeleid/betrokken bij de behandeling?

Ze worden actief betrokken en begeleid door de mentor die sowieso een wekelijks telefonisch gesprek met hen heeft. Dan worden de ouders goed op de hoogte gebracht van hoe het met hun kind gaat maar vraagt mentor ook naar hoe het met ouders gaat. Bij de weekend voor- en nabespreking worden ze betrokken. Op een gegeven moment, als ouders dat willen en het nodig is, krijgen de kinderen thuisdoelen mee. Ik denk dat ouders ook actief betrokken worden als het moeilijk loopt op de groep met hun kind. Dan ga je advies vragen aan ouders of je laat het kind bijvoorbeeld bellen als ze spanning hebben. Ze worden betrokken via evaluaties en we willen meer met meedraaien op de groep gaan doen. Eerst een paar uur meedraaien en observeren en dan kunnen ze daarna in de evaluatie kijken met mentor of ze met doelen gaan meedraaien. Dan kan je afspreken of ouders naar iets specifiek gaan kijken of dat ze iets gaan doen met hun kind. Zodat het allemaal wat gericht wordt. Maar we hebben een aantal keer gehad dat ze meekijken, dat ze dan de lunch meekijken vanaf een andere tafel om te kijken hoe een lunch gaat. Ook is het in het begin de bedoeling dat de mentor met de ouderbegeleider minstens 1 keer bij ouders thuis komt, dan kunnen ze de dagelijkse routine doornemen of kunnen ze kijken naar wat ouders aan problemen ervaren, wat ze graag willen leren, wat ze willen dat het kind leert, hoe het nu gaat thuis. Dan kan je ook goed de thuisdoelen bespreken. Wat willen ze graag wat hun kind thuis leert.

3. Op welke manier zou de afdeling in de toekomst kunnen bijdragen aan de betrokkenheid van ouders?

Meedraaien op de groep kan actiever en beter ingezet worden. IG zou ik heel graag nog meer willen maar daar heb je meer uren voor nodig. Eigenlijk zouden alle ouders minimaal 4-6 keer iemand thuis moeten hebben. Dan gaan ze 1 keer per week gericht aan de slag met doelen en kunnen ouders met iemand praten. Nu hebben we 2 IG'ers dus je moet altijd kijken of er genoeg tijd is want het gaat van de tijd af dat die persoon op de groep kan werken. Er is een idee van een sociotherapeut dat de ouders buiten de groep, op een lege afdeling, oefenen met hun kind. Heel veel heeft te maken met meer en gericht, meer meedraaien, gericht meedraaien en meer thuis komen. Ook het voor- en nabespreken van de weekenden zou je gericht op doelen kunnen doen. Voorbespreken doen we onvoldoende, nabespreken zou veel meer op behandeldoelen moeten. Nabespreken is vaak nog gewoon hoe was het weekend en wat heb je gedaan. Dus dit zou gericht kunnen op behandeldoelen. Je zou er een onderdeel van kunnen maken in de leermat.

5. Is er op de afdeling de mogelijkheid voor ouders om mee te lopen?

Dit gebeurt al redelijk maar dit wordt nog meer opgezet.

6. Wat zijn jouw ervaringen met ouders? Gemotiveerd? Waarin komen ze tekort?

Heel wisselend. Je hebt ongelofelijk gemotiveerde ouders, je hebt ouders die vinden dat het aan hun kind ligt en dat zij niets hoeven. Je hebt heel veel ouders die dood en dood moe zijn, die ook de eerste maanden echt niks kunnen. We hebben op dit moment ook ouders die een soort getraumatiseerd zijn door het gedrag van hun kind. Voordat dat bijgedraaid is en je ergens aan kan gaan werken ben je zo al 4-5 maanden verder. Echt gemotiveerde ouders zijn wel in de minderheid.

Wat is er 'te doen' aan deze ongemotiveerde ouders?

In het voortraject rondom de opname kan je meer gestructureerd bedenken wat ouders moeten. Zo kan je in de behandelovereenkomst die ouders tekenen zetten dat ouders meedraaien, bijvoorbeeld 6 keer. Of dat mentoren of ouderbegeleiding 4 keer op bezoek komt thuis. En dat in het ouder contract ook staat wat van ouders verwacht wordt. Dus dat je echt uitlegt van het is echt heel hard werken, ook voor u, het wordt een zware periode maar dit en dit wordt van u verwacht. Dat het vaststaat en ondertekend is bij een opname van een kind op de Inktvis dat het kind daarmee aan het werk gaan en u als ouders daarmee. Dat verwachten wij ook van u. En we realiseren ons dat het veel tijd kost. Ik merk dat het vaak toch nog heel vrijblijvend is, het staat ook nergens dat het zoveel tijd kost. We hebben nu een nieuw kind, wordt afspraak gemaakt dat moeder meedraait, hop wordt afgezegd. Ik denk dat de volgende keer ook wordt afgezegd. Als je dit vast heb staan in een contract kan je ze vervolgens uitnodigen voor gesprek van dit en dit is er afgesproken en dit hoort erbij. Eigenlijk zou je het meer als verplichting moeten brengen, ook al snap ik hier alle valkuilen van. Je moet ouders heel duidelijk maken hoe zwaar het wordt, en dat iedereen aan het werk moet. Maar dat je als ouders dus ook écht aan het werk moet.

7. Welke vaardigheden missen ouders vaak?

Volgens mij is het vaak dat ouders al jarenlang in strijd zitten met een heel ingewikkeld kind. Houden het niet meer vol, hebben opgegeven, zijn dood moe, hebben grenzen opgegeven, hebben consequent zijn opgegeven. Hebben eigenlijk aanspreken op normaal gedrag opgegeven. Complimenten geven zijn ze kwijt. Zien wat nog goed gaat zijn ze vaak kwijt. De veiligheid, kind stimuleren, dingen laten ondernemen, positief zijn, zijn ze vaak kwijt. Veel van onze kinderen hebben een hele periode geen grenzen meer gekregen. En dan heb je ouders die in de over bescherming zitten, dus kinderen die helemaal niets meer mogen. En ouders die in de onder bescherming zitten, ga maar, doe maar, zoek het maar uit.

Hoe denk je dat ouders, die geen energie hebben, aan het begin van de opname gemotiveerd kunnen worden?

Dat is een hele moeilijke. Ik denk dat je ouders even moet laten uitrusten, dat wel. Wij hebben kinderen die vanuit huis komen en kinderen die vanuit andere groepen komen. Ik denk dat je ze even rust moet geven maar wel met ouders moet bespreken dat de rust kort is. U heeft een bijzonder kind, dus daar hoort een bijzondere opvoeding bij, dus u moet echt aan de slag. En met ouders bespreken of ze eigen hulpverlening nodig hebben en hun eigen ontspanning weer op kunnen pakken. Daar kan je de eerste maand voor gebruiken. En het netwerk onderzoeken. Wat hebben jullie de komende periode, waar kan je netwerk bij helpen? Heb je de eerste maand veel rust nodig, kan dan bijvoorbeeld oma op bezoek komen in plaats van ouders? Of in het weekend dat je op zaterdag hard aan de slag gaat met je opvoedingsvaardigheden en dat oma dan op zondag met het kind naar de dierentuin gaat zodat je als ouders wordt ontlast. Netwerk is dus belangrijk en dat ouders weten waar ze aan beginnen. Met een korte periode van rust.

8. Wat zijn de belangrijke vaardigheden met betrekking tot ODD die ouders moeten hebben?

Nog consequenter zijn. Heel duidelijk en heel consequent. Extreem op 1 lijn liggen met elkaar. Je moet heel gedragsmatig werken, ook thuis. Thuis moet vaak een soort halve groep zijn. Dus ook goed kijken met beloningen, kijken waarvoor je je kind beloningen geeft. Maar ook met consequenties dat je die consequent uitvoert. Maar ook vooral duidelijke beloningen. Ik denk niet dat je thuis een hele Inktvis moet 'worden' maar ik denk als je een kind met forse ODD hebt je toch een halve Inktvis moet zijn. En dat is lastig maar ik denk wel dat je dat nodig hebt. Want met kinderen met ODD kom je er niet met gewone opvoedingsvaardigheden. Dat is ook een goede uitleg naar ouders, ze hebben niet gefaald. Want hun opvoeding is prima voor gewone kinderen alleen kinderen met ODD hebben wel een hele specifieke opvoeding nodig. En je hebt hulp nodig, ik blijf erbij dat het netwerk heel erg

belangrijk is. Ouders moeten op adem kunnen komen, broertjes en zusjes moeten op adem kunnen komen. Dus opa's, oma's, ooms, tantes, burens heb je heel hard nodig. Je hebt bijvoorbeeld een oppas nodig zodat je met je man of vrouw de deur uit kan om je huwelijk goed te houden. Ik denk dat het bij een ODD kind heel belangrijk is dat er een netwerk is. En dat er een halve Inktvis qua structuur en regels is thuis. De structuur, vaste regels, vaste reacties, werk uitbesteden (bv. huiswerkbegeleiding op school zodat je daar de strijd niet over aan hoeft te gaan). En stevige beloningen geven. Ik denk dat je het vooral in het verdienen van dingen moet zoeken.

9. Weet jij nog methoden buiten de Jutters voor de begeleiding van ouders of voor cursussen voor ouders?

Ik weet dat ze in Ede bij Karakter met zorgverzekeraars hebben afgesproken dat er op een andere manier naar het geld wordt gekeken. Dus de instellingen krijgen gewoon geld. Maar de kinderen zijn korter op de groep, bijvoorbeeld 2 of 3 dagen. En dan is de hulp thuis veel intensiever. Er is dus gedeelte sociotherapeuten en een gedeelte ambulant begeleiders. Dus de kinderen zijn dan eerst 2 of 3 dagen op de groep en kunnen daarna nog 4 of 5 dagen thuis oefenen. Waarbij ze vaker mensen in huis hebben. De Bascule had gezinsopname, het RMPI heeft ouders verplicht om een week gezinsopname te doen. Dus op een afdeling als de Inktvis en dat ouders dan ook een week hier verblijven. Dan kun je heel goed observeren wat de dynamiek is.

De Jutters heeft ook veel voor ouders. Het is alleen wel zo dat heel veel dingen in afdeling preventie zitten dus als het kind al opgenomen is, is het niet meer de bedoeling dat je daarvan gebruikt kunt maken. Ook omdat de dynamiek in de gezinnen heel anders is als het kind thuis woont dan dat het opgenomen is. Buiten de Jutters in Den Haag is veel meer dan we denken, ik denk dat we daar veel meer mee kunnen in het natraject. Er zijn ontzettend veel buurtinstellingen die je kan gebruiken zodat ouders niet direct in het diepe worden gegooid. We zouden de sociale kaart beter moeten weten.

10. Op welke manier zijn volgens jou de vaardigheden van ouders te verbeteren waardoor de jongeren minder kans op terugval hebben?

IG, meedraaien op de groep en psycho-educatie is heel belangrijk. Hierbij ontschuldig je ouders door uit te leggen dat het kind echt specifieke vaardigheden nodig heeft. Ouders hebben vaak het gevoel dat ze gefaald hebben. Ik denk ook dat ouders met deze moeilijke kinderen vaak langdurig of terugkerend hulp nodig hebben. En dat ze dus ook weten dat als je kind weer in een bepaalde fase van zijn of haar leven komt dat er weer extra hulp nodig kan zijn. We hebben nu IG wat nog redelijk beperkt is, wat ideaal zou zijn is dat je naast de behandeling op de Inktvis een heel oudertraject hebt lopen. Maar dat kan niet door de geldstromen. Of dat ouders daar automatisch instromen zodra het kind weer thuis is. Dat ze dus begeleiding krijgen vanuit de poli en evidence-based met PMTO, MTFC of zo iets. Als dat dus een goede aansluiting had als het kind naar huis komt. Maar het liefst zou ik dat tegelijkertijd hebben. Dus ook het natraject is belangrijk. Ook als er geen hulpverlening is dat ouders altijd af en toe even kunnen bellen om wat vragen te stellen of iets dergelijks. Het opbouwen naar huis zou eigenlijk meer moeten, het wordt nu heel erg ingeperkt met 1 nacht thuis, ideaal zou natuurlijk zijn als ze gewoon 2 nachten naar huis gaan in het weekend. Opbouwen van klinisch naar deeltijd mag allemaal niet meer in verband met financiën. Ideaalplaatje zou zijn dat dit wel kan, maar dan wel gericht. Dus met behandeldoelen, thuisdoelen en dergelijke. Nu gaan ze dan naar volledig thuis wonen maar blijven ze bijvoorbeeld wel nog gesprekken houden met mentor, ouderbegeleider of krijgt het kind nog therapie.

Interview medewerker afdeling nummer 2

1. Op welke manier worden ouders nu vanuit de afdeling begeleid/betrokken bij de behandeling?

Het verschilt per kind en per gezin. Sommige gezinnen hebben systeemtherapie. Daarvoor wordt een kind dan van de afdeling gehaald om daar bij te zijn. Soms is het ook de ouders eerst alleen en daarna het kind erbij. Dat is het geval als er relationele problemen zijn tussen de ouders en het kind. Daarnaast krijgen alle ouders ouderbegeleiding. Soms worden ouders ook doorverwezen naar individuele hulpverlening als blijkt dat er sprake is van psychiatrische problematiek bij ouders. Vanuit het team zijn er 2 IG'ers die allebei 1 gezin ambulant hulpverlening geven. Dat is bijvoorbeeld om de overgang van de afdeling naar huis soepeler te laten verlopen, of de weekenden beter te laten verlopen. Elke mentor heeft wekelijkse belafspraken met de ouder.

2. Op welke manier zou de afdeling in de toekomst kunnen bijdragen aan de betrokkenheid van ouders?

Ik denk dat er altijd meer kan. Op de walvis deden we natuurlijk al oudermiddagen, ouderavonden, thema avonden, kennismakingsavonden. Daar hebben we het hier over gehad en dat willen we graag. Daar hebben we nu alleen de tijd niet voor door de drukte op de afdeling. Ouders nog meer uitnodigen op de afdeling om mee te kijken, wat doet het kind hier, wat leert het kind hier. Maar ook zodat ouders de pedagogische vaardigheden af kunnen kijken van de sociotherapeuten. Het zou mooi zijn als bijna elk gezin ambulante hulpverlening kunnen krijgen. Dat moet je wel goed afstemmen met de systeemtherapeut en de ouderbegeleider zodat je niet in elkaars werk zit.

3. Wat zijn jouw ervaringen met hoe ouders in de behandeling staan?

Eigenlijk krijgen we bijna alle soorten ouders hier. Rijke ouders, arme ouders, stabiele relaties en gezonde ouders maar ook veel alleenstaande ouders met hun eigen problematiek. Wat in ieder geval bij alle ouders overeenkomt is dat ze helemaal opgebrand zijn door de zwaarte van hun kind en doordat ze al heel veel hulpverlening gehad hebben en daar moe van zijn. Ze hebben vaak wel wat tijd nodig om weer op te laden zodat ze actief betrokken kunnen zijn bij de behandeling van hun kind en bijvoorbeeld weer mee kunnen denken.

Het zou goed zijn als er van te voren al wordt gezegd dat er maar een maximale tijd is voor ouders om tot rust te komen en dat ze daarna vol aan de bak moeten. Ik denk dat elke ouder wel een paar weken nodig heeft om door de weeks op te laden zodat ze hun kind in het weekend op kunnen vangen. Maar er zijn ook ouders die zijn zo opgebrand dat je ze bijna de hele behandeling niet kan betrekken. Voor sommige kinderen is dat minder erg omdat we bij het begin van de behandeling al weten dat ze toch niet naar huis gaan. Dan heb je ouders alsnog wel nodig. Maar er zijn ook wel gezinnen waarbij ik denk dat er meer bereikt had kunnen worden als ze meer hadden meegedacht, meer op de afdeling waren geweest en ze meer bij de behandeling waren betrokken. Er zijn toch wel behoorlijk veel ouders die veel afhouden, zoals extra bezoek of meelopen op de afdeling, extra afspraken door de weeks. Omdat ze het gewoon praktisch en organisatorisch niet voor elkaar krijgen om hier veel te zijn, of bijvoorbeeld nog andere kinderen hebben.

5. Welke vaardigheden missen ouders vaak?

Dat verschilt ook heel erg per ouder. Er zijn een aantal ouders waarvan je denkt als ze een gezond kind zonder beperkingen zouden hebben dan zou het prima gaan. Dat zie je dan ook bij broertjes en zusjes waarmee ze dan totaal geen problemen hebben. Je ziet dus dat ouders vaak de vaardigheden missen om een kind met beperkingen op te voeden en groot te brengen. Maar in hoeverre kan je ze dat kwalijk nemen. Wij zijn ervoor opgeleid en hebben emotionele afstand en ook ons lukt het niet altijd. Dus hoe kan je van ouders verwachten die wel emotioneel betrokken zijn, die een kind hebben met deze mate van problematiek, dat ze die goed opvoeden. Nu zijn er meestal wel 1 of 2 paar ouders die we inschatten dat ze het zouden kunnen. Maar bij de rest zie je toch vaak dat ze eigen

problematiek hebben en de pedagogische basisvaardigheden missen, grenzen stellen vinden ze vaak heel moeilijk. Maar ook omdat er dus al honderden keren over hun grenzen heen is gegaan, ze zijn vaak bang voor hun kind, bang om de strijd aan te gaan. Soms hebben ze het opgegeven. Maar ook ouders die bijvoorbeeld wel altijd de strijd aan blijven gaan, altijd op dezelfde manier en dus altijd de strijd verliezen. Kind krijgt dan uiteindelijk altijd de zin. Die ouders lijken het inzicht te missen dat er dus iets anders nodig is. En ook wel inzicht in dat het hele gezin iets moet veranderen in de aanpak en structuur en niet alleen maar het kind.

6. Zijn er misschien nog methoden die op de Walvis gebruikt werden welke op de Inktvis bij kunnen dragen aan de begeleiding van ouders?

De ouderparticipatie op de groep: meedraaien op de groep, oudermiddagen, kennismakingsavond waarin ouders kennis maakten met de afdeling en de verschillende therapieën die er waren. Dan was er bijvoorbeeld een beeldende therapeut die met ouders ging tekenen. Of thema avonden over bijvoorbeeld autisme spectrum, competentie gerichte hulpverlening, dagbesteding. dat zou nog wel meer kunnen. Wat wel een hele grote omslag is geweest is dat er nog vanuit het kind werd gedacht, en vanuit de walvis hadden we die omslag al gemaakt. Ouders horen er ook bij, ouders zijn ook mensen, mogen ook klagen want die hebben in hun leven eigenlijk een heleboel om over te klagen. Dat is ook wel meer geworden bij de Inktvis het laatste half jaar. Dat er dus breder wordt gekeken dan alleen het kind.

Waar zit het verschil tussen de mate van betrokkenheid van ouders van de Walvis en de Inktvis in volgens jou?

Deels denk ik door onze attitude. Als we ouders het gevoel geven dat ze niet moeten maar mogen zijn hier dat ze ook makkelijker een stapje terug doen. Ook moet er uitgedragen worden dat we echt van hun verwachten dat ze er veel voor willen doen. Bij het begin van de behandeling, de intake, vragen naar de belastbaarheid van ouders. Wat kunnen ouders betekenen? We hebben jullie heel hard nodig want we kunnen jullie kind niet in een kant en klaar pakketje terug afleveren. Wat ook deels te maken heeft is dat we het bezoek heel anders zijn gaan doen. Op de Walvis was het bezoek altijd op woensdagmiddag van 14 tot 16u en 9 van de 10 ouders waren er dan ook. Maar dan had je ze al hier dus was het makkelijker om van ze te vragen of ze een uurtje langer wilde blijven voor bijvoorbeeld de oudermiddag. Als je ze nu allemaal bij elkaar wil hebben moeten ze er speciaal voor naar de Jutters komen omdat ze allemaal op een andere dag en tijd bezoek hebben. Wat ook nog meeweegt daarin is dat er minder kinderen zijn die wekelijks bezoek krijgen. Er zijn veel kinderen die alleen in het weekend naar huis gaan of zelfstandig reizen waardoor ouders ook minder op de afdeling zijn.

8. Wat doe je precies met IG?

Gesprekken met ouders thuis en op de Jutters. Dus dat je ouders van kinderen die opgenomen zijn op de Inktvis thuis gaat begeleiden. Als het perspectief van het kind is dat het naar huis gaat wordt het ook gericht op oefenen in de weekenden. Dan wordt er gekeken hoe gaat het nu, wat gaat er goed, wat zou je anders willen. Vaak hebben ze hele brede wensen van wat ze willen thuis. Dus dat ga je specificeren. Ze willen dan bijvoorbeeld dat het weer gezellig wordt. Je gaat dan kijken wanneer het gezellig moet zijn en dan zeggen ouders bijvoorbeeld tijdens de maaltijden. Dan zeggen ze dat het tijdens alle maaltijden altijd gezellig moet zijn. Dan ga je dus een specifieke situatie navragen. Bijvoorbeeld de avondmaaltijd vorig weekend. Dan ga je uitvragen, stap voor stap wat er gebeurde. Zodat het een soort van filmpje voor mij wordt van wat is er nu precies gebeurd. En dan ga ik met ouders kijken wat ze anders willen in die situatie en hoe kunnen we dat bereiken. Dat is in principe zonder het kind erbij. Soms als je bijvoorbeeld een ouder kind hebt die goed mee kan denken zou je ze erbij kunnen halen om mee te denken en afspraken te maken.

Als ze weg zijn van de Inktvis zou ik ze voor beperkte tijd nog kunnen begeleiden, daarna moet ik het overdragen naar bijvoorbeeld de poli.

9. Hoe kan IG bijdragen aan de begeleiding van ouders?

Situaties uitdiepen. Het is heel vraaggericht. Dus ik laat bij ouders wat ze willen leren. Als ze dat niet weten ga ik samen met ouders kijken naar wat ze willen leren. Het gaat vooral echt om pedagogische vaardigheden. Dus ik kan bijvoorbeeld, als ze daarvoor open staan, met ze oefenen. Een situatie uitspelen. Dan laat ik hun hun eigen kind spelen, en dan speel ik de ouder. Zo kan ik helemaal voordoen hoe je dat zou kunnen doen en dat laat ik ouders terug kijken wat vond je ervan. Wat vond je prettig, wat vond je minder prettig, was het duidelijk? Of bijvoorbeeld informatie geven. We hebben nu een jongen op de groep waarvan zijn moeder het heel erg vindt als hij scheldt. Zij heeft dus gezegd dat als hij scheldt dat hij in het weekend niet welkom is. Wat ik dan zou kunnen doen is moeder informeren over het puber zijn, wat kun je verwachten, wat kun je niet verwachten, hoe moet je het begrenzen. Hoe kun je hem dan daarop aanspreken zonder het contact te verstoren door te zeggen dat het weekend niet door gaat?

10. Moet er eventueel nog iets veranderen aan de IG om het te optimaliseren?

Ik heb de basisopleiding IG gedaan. Die is gericht op het verbeteren van de pedagogische vaardigheden van ouders van kinderen tot 12 jaar. Bij ons zijn de kinderen vanaf 12 jaar. Dus het zou kunnen verbeteren door het ook vanaf 12 jaar te doen. Daarnaast is er een TOP opleiding (TOP PPG). Die is gericht op complexe problematiek. De basisopleiding is in principe voor de ouders die mogelijkheden hebben. De TOP PPG krijgen we helaas niet want die is te duur. Ik zou willen dat alle collega's de basis opleiding krijgen. Alleen al voor de mind-set maar ook zodat elk kind hier IG kan krijgen.

Interview medewerker afdeling nummer 3

1. Op welke manier worden ouders nu vanuit de afdeling begeleid/betrokken bij de behandeling?

We zijn erg bezig ouders meer te betrekken bij de behandeling en dat doen we door veel met ouders te overleggen maar ook ouders echt letterlijk naar binnen halen om te zien wat wij doen. We laten ouders echt dagdelen meedraaien zodat zij een beeld krijgen van wat wij hier doen. Want je brengt je kind hier en je moet maar afwachten hoe dat precies gaat. Als ouders dus meer de kans krijgen om een kijkje in de keuken te nemen dan hebben ze er een beter beeld bij. Ook vinden we het belangrijk om ouders meer te betrekken bij de ontspannen dingen, bijvoorbeeld koken. Daar zijn we groeiende in want dat deden we vroeger eigenlijk niet. De ouderparticipatie zit echt in de lift. Het gaat niet alleen om ouders maar ook het hele systeem (opa's, oma's enzovoorts).

Over het algemeen zijn ouders enthousiast om mee te draaien. Ze voelen zich dan toch meer betrokken. Als ik mijn kind hier zou brengen en achterlaten, je weet niet wat die sociotherapeuten en andere mensen met je kind doen. Ouders mogen soms ook een therapie meekijken om te kijken hoe dat gaat.

2. Op welke manier zou de afdeling in de toekomst kunnen bijdragen aan de betrokkenheid van ouders?

Het kind is natuurlijk opgenomen maar je hebt ouders ook heel hard nodig in de behandeling. Het kan niet zo zijn dat je een kind hier 6 maanden heb, ouders niet spreekt en na 6 maanden krijgen ze hun kind weer. Dus het is belangrijk dat ouders, of weer het systeem maar in de basis de ouders, betrokken worden bij de behandeling. Het kind is het lijdend voorwerp maar ook ouders, broertjes en zusjes zijn heel belangrijk. Op de afdeling meelopen, IG. We zijn nu ook aan het groeien om steeds meer thuis langs te komen.

4. Wat zijn jouw ervaringen met hoe ouders in de behandeling staan?

Ouders zijn altijd wel een beetje hopeloos met hun kind. Ouders zijn vaak dood en dood moe, helemaal radeloos. Het is natuurlijk ook ontzettend verdrietig als je het niet lukt om je kind thuis te houden en dan je kind naar een instelling moet brengen. Als jij je kind laat opnemen in een instelling als hier dan is dat niet over een nacht ijs gegaan. Daar gaat dan al een heel traject aan vooraf van (opstapelende) problemen. Over het algemeen zijn ouders wel gemotiveerd voor de behandeling omdat zij willen dat er iets veranderd. Gaandeweg de behandeling komen ouders zichzelf tegen dat zij ook iets moeten veranderen wil het thuis weer gaan lukken.

Het probleem is dat de behandeling nog maar 6 maanden is. Dus als je ouders krijgt die helemaal op zijn moeten ze eerst herstellen. Die mensen zijn zo overbelast, er moet eerst rust in het gezin komen. Dan ga je langzaam bouwen aan een gezondere situatie. Maar de tijd tikt door en voor je het weet ben je over de helft van je behandeling heen en zijn die mensen net in de staat van 'we hebben weer energie', dus dan hou je nog maar 3 maanden over om te gaan bouwen aan een goed fundament voor als het kind naar huis gaat.

Ondanks dat ouders overbelast zijn moet je een manier vinden om ouders toch te betrekken bij de behandeling en ook dat ouders zich willen laten betrekken bij de behandeling. Je hebt ook best vaak ouders die afspraken afzeggen. Het is voor ouders belangrijk dat zij zich doordringen van het feit dat ook zij iets moeten in de behandeling. Maar eerst het systeem tot rust te krijgen, dit kost tijd. Dus wat er zou moeten veranderen is dat er meer tijd is voor een behandeling. En ook meer thuis gaan begeleiden. Dus de IG ophogen, dat de IG'ers meer thuis zijn en kijken waar lopen ouders tegen aan en waar zit verbetering in.

5. Welke vaardigheden missen ouders vaak?

Het stellen van grenzen. Consequent zijn. Ik denk dat de belangrijkste vaardigheden zijn. Het kind ervaart veiligheid als je een grens stelt. Dus veiligheid bieden aan het kind.

6. Hoe zijn deze te verbeteren?

Ouderparticipatie, IG. Kijken naar concrete situaties waar ze tegenaan lopen met hun kind en oefenen hoe je die situatie goed kan aanpakken. Kijken naar de structuur bij ouders en manier van aanspreken.

8. Wat doe je precies met IG?

IG'er gaat naar de ouders thuis. Je gaat met ouders een gemiddelde dag. Er is een opvoedprobleem, op basis van dat opvoedprobleem zeggen ouders 'we hebben hulp nodig', dan nemen ze een gemiddelde dag die ze zich kunnen herinneren en ga je kijken wat de dagelijkse routine is. Dat zijn alle stappen tussen 's ochtends opstaan tot 's avonds naar bed gaan. Waar wordt er gegeten? Waar zit je aan tafel? Dit wordt besproken met ouders waarna je met ouders een hulpvraag kan filteren. Dat is voor als ouders zelf geen duidelijke hulpvraag hebben. Dan kan je dus gaan kijken van waar lopen we nou tegen aan met het kind? Dus als ouders geen duidelijke hulpvraag hebben neem je een dagelijkse routine af om daar een hulpvraag uit te filteren. Als ze bijvoorbeeld het weer gezellig willen hebben thuis kan je gaan kijken wat ze samen doen, of ze samen eten of juist iedereen ergens anders. Als ouders een duidelijke hulpvraag hebben heb je minder snel de dagelijkse routine nodig. Die heb je meer nodig om een beeld te krijgen van wat er zoal speelt. Je zou dan een video opname kunnen maken en dit terug kijken met ouders. Je kan ook een situatie naspelen, dan kan je ouders goed laten zien hoe zij op zo'n moment handelen. Dan leren ze beter naar zichzelf kijken. Het kan dan zijn dat de tips die ik geef, dat ze daar iets mee kunnen.

10. Moet er eventueel nog iets veranderen aan de IG om het te optimaliseren?

Ik ben het nog niet zo heel lang aan het doen en de gezinnen waar ik geweest ben heb ik niet volledig kunnen IG-en door verschillende redenen. Ik heb nu ook een moeder die vaak afspraken afzegt. Lijkt gemotiveerd maar ondertussen belt ze steeds af of heeft ze weer wat anders. De nazorg vanuit IG is lastig omdat het kind na ontslag wordt overgedragen naar de poli. Dus het zou mooi zijn als je als IG'er op de afdeling ouders in het natraject ook kan begeleiden. Het is voor ouders ook niet fijn als het steeds wordt overgedragen.

Hoe probeer je ouders die ongemotiveerd lijken toch te motiveren voor IG?

We moeten met ouders meebewegen. Ik kan niet tegen die moeder zeggen ik kom gewoon want we hebben een afspraak gemaakt. Het is voor de behandelrelatie goed is om toch mee te bewegen in wat ouders doen. Toch proberen om dan zo snel mogelijk een nieuwe afspraak te maken. Als ouders wil je iets, want je haalt een IG'er in huis, maar je zegt wel steeds afspraken af. Het is goed om ouders toch te proberen te motiveren en te benadrukken dat de tijd door tikt.

Interview medewerker afdeling nummer 4

1. Op welke manier worden ouders nu vanuit de afdeling begeleid/betrokken bij de behandeling?

In het voorproces worden ouders betrokken, bij de intake. Als het kind eenmaal op de afdeling is met belafspraken die de mentor onderhoudt. Evaluaties na 6 weken en daarna 3 maanden.

2. Op welke manier zou de afdeling in de toekomst kunnen bijdragen aan de betrokkenheid van ouders?

Door ouders meer uit te nodigen op de groep, meer mee te laten draaien. En misschien dat sociotherapeuten meer naar ouders toe kunnen, in de vorm van IG of meer huisbezoeken. De verbinding tussen de groep en ouders vergroten. Misschien ook wat meer uitnodigen met activiteiten op de afdeling. Bijvoorbeeld een spelletjes middag of zo iets, een soort oudermiddag.

3. Wat zijn jouw ervaringen met hoe ouders in de behandeling staan?

Dat is heel wisselend. Dat verschilt in wat voor kader de kinderen hier komen. Sommige kinderen komen lichtelijk gedwongen door Bureau Jeugdzorg hier. Dan is de insteek van ouders vaak al anders. Dan is het niet vanuit hun eigen motivatie dat ze perse hun kind hier willen hebben. Dat merk je aan dat ze toch blijven aangeven dat ze twijfelen of het kind hier op de juiste plek is, dat ze wel of niet achter bepaalde dingen kunnen staan, dat ze het kind liever vaker langer thuis hebben met verlof dan wat ons advies is. En als ouders zelf helemaal radeloos zijn en het kind hier komt dan zijn ze vaak wel positiever en hebben ze meer waardering voor wat we hier doen.

Aan het begin zijn ouders vaak opgebrand. Dan is het van 'hier is mijn kind' en willen ze vaak eerst complete rust en een beetje afstand. Die mogelijkheid is er eigenlijk niet in verband met de behandeling. Dat vind ik wel lastig tussen aan de ene kant ouders constant betrekken omdat dat belangrijk is voor de behandeling en aan de andere kant zijn ouders er helemaal klaar mee en hebben ze weken of soms maanden nodig om bij te tanken van een moeilijke tijd.

Door het logistiek goed te regelen zou het beperkt kunnen worden dat ouders vaak afzeggen. Dus dat ze niet vier keer per week op de Jutters moeten zijn maar dat de afspraken goed op elkaar aansluiten. Bijvoorbeeld aansluitend op weekendverlof of bezoek. Maar ook misschien om van te voren goed te benadrukken dat niet alleen het kind hier komt maar dat er van ouders ook veel verwacht wordt. Ouders hebben wel vaak de verwachting van hier is mijn kind en maak hem beter. Ze moeten snappen dat ouders ook heel intensief worden begeleid.

4. Welke vaardigheden missen ouders vaak?

Grenzen stellen, afstemmen op hun kind (met name als het kind een stoornis heeft dat ze daar onvoldoende vanaf weten en soms veel te hoge of veel te lage eisen stellen en niet goed aansluiten bij het kind). Dat gaat dan mis en duurt vaak heel lang waardoor er uiteindelijk ook problemen ontstaan in de relatie met het kind. Verder verschilt het heel erg per ouder. De regie houden missen ze ook vaak. Die kinderen hebben vaak volledig de regie, dus die bepalen wat er gebeurt.

5. Hoe zijn deze vaardigheden te verbeteren?

Door ouders het vertrouwen in zichzelf vergroten zodat ze het ook weer aan kunnen om grenzen te gaan stellen. Maar ook dat ze weten dat als ze grenzen stellen en het kind accepteert het niet meteen dat ze weten wat ze moeten doen. Welke consequenties kan je geven, welke insteek moet je hebben.

6. Wat zijn de belangrijke vaardigheden met betrekking tot ODD die ouders moeten hebben?

Grenzen stellen. Dat hebben deze kinderen heel erg nodig. Ook wel belangrijk om goed te investeren dat de relatie goed blijft. Deze kinderen zijn vaak op zoek naar negativiteit dus als je hierin mee gaat

wordt het alleen negativiteit en steeds maar erger. En informatie geven aan ouders. ODD is een vrij onbekende stoornis in vergelijking met bijvoorbeeld autisme of ADHD. ODD wordt voornamelijk ook gezien als opstandig, een opstandig vervelend kind terwijl hier wel iets achter zit.

7. Zijn er misschien nog methoden die op de Walvis gebruikt werden welke op de Inktvis bij kunnen dragen aan de begeleiding van ouders?

Ja de oudermiddag. We hadden thema avonden en kennismakingsavonden. Ik weet niet of de thema avonden perse vanuit de Inktvis gedaan moet worden, misschien moet dit Jutters breed. Ik had wel het idee dat ouders er veel aan hadden. Dat ze met elkaar in contact kwamen. Daar hadden ze veel aan. De thema's gingen vaak over stoornissen en het aanspreken van je kind, competentie gerichte hulpverlening. Met de bezoeken nu komen ze elkaar ook niet meer tegen omdat het bezoek heel vrij is dus iedereen is er op een ander moment.

Interview medewerker afdeling nummer 5

1. Op welke manier worden ouders nu vanuit de afdeling begeleid/betrokken bij de behandeling?

Er is een ouderbegeleider, die heeft gesprekken op de Jutters maar gaat ook wel eens naar de ouders thuis met de mentor voor een gesprek. Er kan IG worden ingezet, systeemtherapie. De mentor belt elke week met ouders om te vertellen hoe het met het kind gaat, de week door te spreken, vragen of er vragen zijn, weekenden te bespreken. Ouders worden uitgenodigd om op de groep mee te draaien. Dit gebeurt nog niet zo veel. We hebben laatst een Nieuwjaarsborrel georganiseerd voor ouders en kinderen.

Meedraaien op de groep is op de dag dat de mentor werkt. Dan doen ze mee in de routine en zien ze hoe het er op de Inktvis aan toe gaat. Hoe de sociotherapeuten hun kind aanspreken, begrenzen en complimenten geven. Dit wordt daarna ook nabesproken. Meestal is het een keer maar het kan ook vaker. Dit zijn we nog aan het opzetten. Niet alle ouders en kinderen zien dat zitten.

2. Op welke manier zou de afdeling in de toekomst kunnen bijdragen aan de betrokkenheid van ouders?

We hebben een groep ouderparticipatie opgericht met een aantal collega's. Die zijn nu aan het kijken hoe ouders meer betrokken kunnen worden. Een ding daarvan is dat ouders standaard worden uitgenodigd op de groep, dat ouderbegeleider en mentor standaard aan het begin van de opname bij ouders langs gaan en we willen meer van dat soort 'koffieochtenden' organiseren.

Als ouderbegeleider en mentor thuis langs gaan is het als kennismaking en om te kijken waar het kind vandaan komt.

3. Wat zijn jouw ervaringen met hoe ouders in de behandeling staan?

Dit is heel wisselend. Er zijn ouders die heel gemotiveerd zijn, graag willen leren, om hulp vragen en dingen aannemen die je zegt. Maar er zijn ook ouders waarvan het kind door Bureau Jeugdzorg uit huis is geplaatst. Die ouders staan vaak niet achter de opname op de Inktvis, zijn moeilijker te motiveren. Zien ons dan als de vijand die hun kind heeft afgepakt. Staan dan niet achter bepaalde dingen van de behandeling, zien soms de problemen niet of willen op bepaalde vlakken niet samenwerken. Het zit er ook vaak tussen in, dat ouders op bepaalde punten goed kunnen samenwerken en op andere punten dat je dan vastloopt. We hebben ook vaak ouders die zelf psychiatrische problematiek hebben waardoor ze niet in staat zijn naar zichzelf te kijken. Door zoveel mogelijk uitleg te geven over wat wij doen, wat voor resultaten dit heeft, wat iets met het kind doet proberen we ouders toch te motiveren. De ouderbegeleider doet dit ook veel. Die geeft bijvoorbeeld psycho-educatie. Wat is een stoornis, wat houdt het in, waarom doet het kind dingen op een bepaalde manier, wat heeft het kind nodig?

4. Welke vaardigheden missen ouders vaak?

Verschilt per ouder, vaak afhankelijk van of ze zelf problemen hebben. Maar naar zichzelf kijken en inzien dat ze zelf ook moeten veranderen missen ouders vaak. Vaak vinden ouders dat alleen hun kind moet veranderen en dat ze het zelf goed doen. Terwijl wij dan zien dat er ook echt dingen in de thuissituatie moeten veranderen waardoor het kind zich beter zal gaan gedragen. Wat we ook vaak zien zijn gescheiden ouders met veel scheidingsproblematiek. Ouders communiceren dan slecht met elkaar en hebben niet door dat het kind hier ook de dupe van wordt.

5. Hoe zijn deze vaardigheden te verbeteren?

Gesprekken bij de ouderbegeleider. Uitleg geven, ouders proberen inzicht te laten krijgen in hun eigen gedrag. Soms werkt het, soms niet. Als het niet werkt dat blijven we het toch proberen en gaan

we dan vooral aan de slag met het kind op de Inktvis. Het is dan kleine stapjes maken en proberen daar tevreden mee te zijn. We willen graag alles is een keer oplossen maar dat kan niet.

6. Wat zijn de belangrijke vaardigheden met betrekking tot ODD die ouders moeten hebben?

Grenzen geven. Weten waar de grens ligt, die grens geven en de grens vasthouden. Kinderen met ODD hebben vaak veel ruimte gekregen thuis, geen grenzen. Als ze dan een grens krijgen accepteren ze die niet, dan krijgen ze een driftbui of worden ze agressief. Dus het is voor ouders dan lastig om de grens te stellen omdat ze zo iets hebben als ik nu nee zeg dan wordt hij weer boos en maakt hij spullen stuk, dus laat ik maar niks zeggen. Dat is ook de situatie hoe ouders hier vaak binnen komen, dat ouders geen energie meer hebben. Het kind krijgt dan op de Inktvis flinke grenzen waar ze in het begin vaak tegen op proberen te boxen wat ze later vaak wel gaan accepteren. Dan moeten ouders thuis ook weer beginnen met grenzen stellen, en dat is lastig want dat leidt tot conflicten. Maar daar moet je even over heen en dit vasthouden dan gaat het uiteindelijk vaak beter.

De laatste tijd hebben we meer kinderen die eerst een groot deel van het weekend hier zijn, waarbij het naar huis gaan wordt opgebouwd. Op de Inktvis zijn we super streng, dat hoeft thuis niet. Voor thuis moet je dan 1 eis stellen, bijvoorbeeld dat het kind goed eet, en de rest even laten. Dat komt dan in een later stadium. Er wordt ook vaak gekeken omdat ouders al vaak lang in die situatie zitten en opgebrand zijn naar het netwerk. Kijken of er iemand uit het netwerk kan ondersteunen zodat ouders dan in het weekend even rust hebben.

Interview medewerker afdeling nummer 6

1. Op welke manier worden ouders nu vanuit de afdeling begeleid/betrokken bij de behandeling?

Er is elke week een belcontact met ouders om te bespreken hoe het gaat en om te kijken of ouders vragen hebben. Ouders komen ook op bezoek. We hebben een groepje ouderparticipatie opgericht met heel veel goede ideeën, alleen is dit nog heel erg in het begin stadium. We willen ouders veel op de groep hebben. Er is ook ouderbegeleiding.

2. Op welke manier zou de afdeling in de toekomst kunnen bijdragen aan de betrokkenheid van ouders? Waar zijn jullie nu mee bezig met de ouderparticipatiegroep?

Wat we sowieso willen doen is ouders betrekken op een leuke manier, door bijvoorbeeld een paasontbijt. Dus ouders meer uitnodigen met leuke dingen op de groep. Er is bij de ouderparticipatie afgesproken dat we echt wekelijks bellen en dat ouders mee kunnen draaien op de groep. Binnen de eerste drie weken van de opname gaat mentor met ouderbegeleider op huisbezoek. Dan gaan ze kijken hoe het daar gaat, waar ouders tegen aan lopen en dergelijke. Dit staat allemaal nog in de steigers.

3. Wat zijn jouw ervaringen met hoe ouders in de behandeling staan?

Heel wisselend. Het zijn eigenlijk ouders die heel veel moeite hebben met de behandeling. Of ze willen heel graag maar zijn veel te moe door alles wat er is gebeurd, of ze willen niet. Er zijn ouders die heel boos zijn en die het nergens mee eens zijn hoe het hier gaat. Ouders willen er soms wel voor gaan maar dat gaat niet even makkelijk omdat ze zo uitgeput zijn.

4. Welke vaardigheden missen ouders vaak?

Je ziet vaak, doordat het zo lang moeilijk is geweest, dat ouders geen grenzen stellen. Het kind gaat steeds over grenzen heen. Misschien hebben ze ook wel angst voor hun kind dus laten ze het maar gaan omdat ze niet willen dat het weer mis loopt. We hebben ook vaak ouders met eigen psychiatrische problematiek of ouders met scheidingsproblematiek.

5. Hoe zijn deze vaardigheden te verbeteren?

Ouderbegeleiding. Daar krijgen ze veel tips. Systeemtherapie, meedraaien op de groep om het vervolgens zelf te oefenen. Ze observeren eerst en doen het daarna zelf. Het kan ook met IG.

6. Wat zijn de belangrijke vaardigheden met betrekking tot ODD die ouders moeten hebben?

In ieder geval begrenzen. Ook consequent zijn. Echt doen wat ze zeggen.

Interview poli-medewerker nummer 1

1. Wat doet de poli precies?

De poli biedt diagnostiek, behandeling en nazorg in een multidisciplinair team. We hebben als behandelingen PMTO. PMTO is een therapie vorm waarin je werkt met ouders, je ziet het kind niet. Doordat je opvoedvaardigheden leert bij ouders verandert het gedrag van het kind. Dat is het uitgangspunt. Je werkt aan 5 opvoedvaardigheden, bijvoorbeeld grenzen stellen, duidelijke instructies geven, informatie geven. We oefenen veel met ouders door middel van rollenspellen. We doen ook IG en IAG.

Bij IAG krijg je een extra onderdeel wat je niet bij IG krijgt. IG is meer gericht op hoe je ouders kan versterken in de thuissituatie. Het aanvullende stuk van IAG is dat je je wat meer kan inleven in ouders, het gesprek aan kan gaan en om leert gaan met weerstand bij ouders. Je leert dan wat meer vragen te stellen en op een bepaalde manier naar de situatie kijken (dus ook naar de omstandigheden van ouders). De poli geeft verder ouderbegeleiding, individuele behandeling met het kind, therapieën (beeldende therapie, speltherapie, psycho-motorische therapie).

PMTO kan het best bij ouders waarvan de kinderen veel thuis zijn omdat ouders veel moeten kunnen oefenen. Het is het best bij kinderen die ambulant zijn. Het is geen vaste afspraak dat het niet op de kliniek wordt gegeven. Maar het kind moet dan wel vaak genoeg thuis zijn dat ouders goed kunnen oefenen.

Mijn ervaring met IG is dat er ouders zijn die niet weten of hun kind na de behandeling naar huis komt. Dat is heel verwarrend voor ouders omdat je toch aan het oefenen bent voor als je kind naar huis komt, terwijl deze dan misschien nog een vervolg behandeling of vaste vervolgplek krijgt. Dan kan je wel oefenen met ouders om hun kind los te laten en meer afstand van het kind te nemen. Je moet dus goed kijken met welk doel je dan IG geeft.

2. Wat zie jij vaak terug waar ouders in tekort komen qua opvoedingsvaardigheden?

Duidelijke instructies. Vaak geven ouders een lang verhaal en is het niet concreet. Ouders zitten vaak in een negatieve spiraal. Het eerste thema wat binnen de PMTO aan bod komt is het thema aanmoedigen. Dan leer je ouders meteen hoe ze hun kind op een goede manier kunnen prijzen. Je ziet dat ouders daarop veel positieve feedback krijgen van hun kind. Ouders worden ook positiever aangesproken door hun kind. Dus de negatieve spiraal wordt doorbroken. Ze stellen ook vaak hoge eisen aan hun kind, het moet allemaal perfect. Ze hebben er veel aan als wij benadrukken dat kinderen niet altijd hoeven te luisteren.

3. Welke vaardigheden met betrekking tot ODD moeten ouders volgens jou beheersen?

Grenzen stellen is een hele belangrijke. En hoe je dat dus op een neutrale manier kan doen zonder in de emotie te schieten. Met emoties kunnen kinderen met ODD niets. Als de ouder met emotie of teleurstelling praat schieten die kinderen vaak omhoog in hun spanning. Je kan beter zeggen 'je hebt dit gedaan, kan gebeuren, maar dan is dit het gevolg'. Dus duidelijk, consequent en op een zakelijke manier.

4. Hoe zijn de opvoedingsvaardigheden en vaardigheden met betrekking tot ODD volgens jou aan te leren binnen de Jutters?

Psycho-educatie zodat ouders begrijpen waar het gedrag vandaan komt. Veel oefenen met bijvoorbeeld rollenspellen. Kleine, haalbare stappen nemen. Meedraaien op de groep om te kijken wat de houding is van de sociotherapeuten naar het kind. Hoe ze het zakelijk aanpakken en toch het kind positief benaderen.

5. Zijn er misschien nog methoden die op de Walvis gebruikt werden welke op de Inktvis bij kunnen dragen aan de begeleiding van ouders?

Mentorcontacten tussen mentor en ouders, meekijken op de groep. Ook de oudermiddagen zodat ouders zich thuis voelen op de afdeling waardoor ze ook minder het gevoel krijgen dat ze bekeken/beoordeeld worden. Als het kind net opgenomen was was er altijd veel contact tussen ouders en de ouderbegeleider. Omdat het toch erg moeilijk is voor ouders. En de ouderbegeleider koppelde dus terug aan de afdeling hoe het met ouders ging. Het is bij ouders vaak zo dat als de start goed is dat dat al heel veel scheelt met de rest van de behandeling.

Na de zes maanden opname zou je eigenlijk een traject moeten hebben om de overstap van de groep naar huis soepel te laten verlopen. Dat je het natraject dus een duidelijkere vorm geeft. Door bijvoorbeeld nog wel contact te houden tussen ouders en de Jutters. Anders heb je van de een op de andere dag je kind weer helemaal thuis. Er zijn ook ouders die er na 6 maanden nog niet helemaal klaar voor zijn om hun kind weer helemaal thuis te hebben dus die zouden dan nog bij de poli in behandeling kunnen blijven.

Ik heb een ouder die het moeilijk en eng vindt om het lijntje met de Jutters door te knippen. Het is ook goed voor een kind als de behandeling op een gegeven moment ook stopt, als het goed gaat met een kind. Het is vooral de angst bij ouders dat het niet goed gaat. Ouders hebben toch vaak nog ondersteuning nodig na de opname om niet terug te vallen in hun oude gedrag.

Interview poli-medewerker nummer 2

1. Wat doet de poli precies?

De poli werkt in een multidisciplinair team. Tijdens de intake wordt gekeken of er een kort of lang zorgpad nodig is. Dit heeft te maken met de intensiviteit van de zorg. We doen diagnostiek, IG, individuele begeleiding, MTFC, PMTO.

PMTO is voor de leeftijd 4-12 jaar. We krijgen nu een module waarmee we ook de oudere kinderen PMTO kunnen geven.

2. Wat zie jij vaak terug waar ouders in tekort komen qua opvoedingsvaardigheden?

Ouders schieten het meest tekort in het kunnen aansluiten bij hun kind. Ze stellen dan te hoge of te lage verwachtingen aan hun kind, of kunnen niet goed inschatten wat het kind aan kan of dat ze niet kunnen inschatten op welke manier ze kunnen aansluiten.

Het is heel wisselend. De een stelt te veel of juist te weinig grenzen. Of het kind heeft de regie. Het gebeurt vaak dat ouders in een negatieve spiraal zitten en alleen maar horen wat ze allemaal fout doen. Dan neemt de motivatie af bij de kinderen omdat het toch niet uitmaakt wat ze doen, het is toch altijd fout. Het positief opvoeden zijn ze vaak kwijt door de problematiek, het niet weten hoe ze er mee om moeten gaan.

3. Welke vaardigheden met betrekking tot ODD moeten ouders volgens jou beheersen?

Regie houden. Het is ook belangrijk dat ouders blijven aanmoedigen, positief stimuleren. Om te voorkomen dat je in een negatieve spiraal terecht komt.

4. Hoe zijn de opvoedingsvaardigheden en vaardigheden met betrekking tot ODD volgens jou aan te leren binnen de Jutters? (bv. therapieën of iets dergelijks)

Voornamelijk met PMTO. Er zijn veel andere manieren maar om ouders echt iets aan te leren is PMTO het best. Het is heel praktisch, je leert ouders stap voor stap nieuwe vaardigheden, je gaat dit oefenen door rollenspellen met ouders, je gaat in op emotie regulatie. Het gebeurt vaak dat ouders boos worden wat zijn wisselwerking heeft op de kinderen. Met PMTO heb je wekelijks een uur face-to-face contact en een belafsprake van 15 minuten. In de belafsprake vraag je heel gericht naar de thuisopdracht, je zit er met je neus bovenop om te horen hoe het gaat zodat je het eventueel ook nog kan bijsturen. In de thuisopdracht krijgen ouders de opdracht om een vaardigheid te oefenen thuis. Ik denk dat er wat dat betreft geen betere manier is om vaardigheden aan te leren aan ouders.

Kan PMTO ook ingezet worden tijdens een klinische opname op de Inktvis?

Ik denk dat de kracht van de kliniek is dat je ouders even rust kunt geven zodat ze weer met afstand kunnen kijken. Wat mijn ervaring is met de kliniek is dat de kinderen thuis komen maar dat ouders geen nieuwe vaardigheden hebben geleerd in die tijd. Met PMTO moeten ouders wel kunnen oefenen dus het kind moet dan wel regelmatig thuis zijn.

5. Zijn er misschien nog methoden die op de Walvis gebruikt werden welke op de Inktvis bij kunnen dragen aan de begeleiding van ouders?

De kracht van de kliniek is dat je alle verschillende interventies bij elkaar hebt, een ouderbegeleider, een speltherapeut, een psychiater. Ik denk dat je dat meer kan integreren op de kliniek. Als een kind bijvoorbeeld speltherapie heeft gehad kan je dit dan integreren op de groep door er als sociotherapeut naar te verwijzen. Als ouders dingen bespreken met de ouderbegeleiding dat dit dan ook wordt terug gekoppeld naar de afdeling. Het moet niet zo zijn dat iedereen op zijn eigen eilandje werkt. Je kan gaan werken met mensen die de praktische ondersteuning doen van de kinderen en een team die zich meer richt op de behandeling van de kinderen. Dat je dus meer de inhoud en de praktijk van de behandeling gaat scheiden.

Ik denk dat het goed was dat we op de Walvis oudermiddagen, ouderavonden en thema avonden hadden. Ouders konden ook meelopen op de groep, er werd meer meegedacht met ouders, er werd meer afgestemd op de behoefte en wensen van ouders. Ik denk dat het belangrijk is voor ouders om te weten dat ze niet de enige zijn, dat ze ervaringen uit kunnen wisselen en dat ze zich gesteund voelen.

PMTO is echt vrijwillig. Je werkt met doelen dus je kan het ze niet opdringen. IG is wel meer gedwongen.

Verschil tussen PMTO en IG?

IG zijn huisbezoeken, PMTO is op locatie. Met PMTO werk je volgens een vaste agenda en ga je aan de hand daarvan vaardigheden aanleveren. IG is meer aanhoren wat er speelt, is minder constructief werken aan dingen die ouders willen verbeteren. Met PMTO draag je de onderwerpen aan en doen ouders vervolgens. Met IG zijn ouders meer aan het woord. Ze stellen wel doelen maar willen eigenlijk heel graag hun verhaal kwijt. Bij PMTO parkeer je onderwerpen en ga je door met de therapie, je hebt daar veel meer een kader.

Interview poli-medewerker nummer 3

1. Wat doet de poli precies?

De poli verbindt de afdeling en thuis. Die leert ouders op een goede manier met de problematiek van hun kind om te gaan zodat het beter gaat thuis. Dat is dan nadat het kind opgenomen is geweest. We behandelen ook kinderen die niet opgenomen zijn. We geven psycho-educatie, je gaat ouders handvaten geven om te leren omgaan met de problematiek, je ondersteunt ouders bij alles wat er bij komt kijken (leerlingen vervoer e.d.). Officieel doen we dit niet maar in de praktijk wel. We geven ook trainingen aan kinderen (Rots en Water, emotie regulatie training, sova-training, agressie regulatie training, individuele begeleiding). Bij individuele begeleiding staat niet echt vast wat je doet maar kan je bijvoorbeeld psycho-educatie geven. Behandelingen zijn PMTO, MTFC, ouderbegeleiding, systeemtherapie en alle therapieën voor kinderen. Er zijn ook heel veel nieuwe behandelingen. Je zit met heel veel disciplines bij elkaar.

2. Wat zie jij vaak terug waar ouders in tekort komen qua opvoedingsvaardigheden?

Grenzen stellen. Ik merk dat heel veel ouders moeite hebben met regels. Dat de regels zowel voor ouders als voor het kind niet duidelijk zijn. Ouders voeren de regels niet adequaat uit, de ene keer is de regel er wel en de andere keer niet. Dit is voor ouders en voor het kind natuurlijk heel onduidelijk. Ik merk dat ouders heel erg in een negatieve spiraal komen, ze richten echt op het negatieve in plaats van het positieve. Ouders weten niet echt meer wat hun kinderen uitspoken als ze buiten zijn bijvoorbeeld (zicht en toezicht). En de relatie tussen ouders en kind is vaak niet goed.

3. Welke vaardigheden met betrekking tot ODD moeten ouders volgens jou beheersen?

De effectieve opvoedingsstrategieën van PMTO: aanmoedigen, grenzen stellen, positieve betrokkenheid, zicht en toezicht en samen problemen oplossen. Daarnaast ook het consequent zijn, niet in discussie gaan met je kind, kijken waar je je kind kan ondersteunen. Dus dat je kind niet altijd iets doet om je te irriteren maar dat dit door de problematiek komt.

PMTO is voor kinderen met gedragsproblemen dus naast ODD ook ADHD, PDD-NOS en dergelijke.

4. Hoe zijn de opvoedingsvaardigheden en vaardigheden met betrekking tot ODD volgens jou aan te leren binnen de Jutters? (bv. therapieën of iets dergelijks)

Ja toch door PMTO. Met de IG zit je heel erg in de praktische kant zoals bijkomende zaken regelen als school, vervoer en dergelijke, dingen leer je vaak aan de hand van een bepaalde situatie. Binnen PMTO richt je je echt alleen op die vijf vaardigheden dus daar kan je goed mee aan de slag. Van de ouders waarmee ik nu PMTO doe heb ik alleen maar positieve verhalen gehoord, ze vinden echt dat er eindelijk iets is wat werkt.

Wat is het verschil tussen PMTO en IG?

PMTO is evidence-based, het is echt een stappenplan. Ouders en behandelaar weten echt waaraan ze gaan werken. Je stelt aan het begin een agenda op met ouders. Je oefent door middel van rollenspellen met ouders. Bij elke ouder wordt hetzelfde behandeld, er zit ook maar 1 volgorde in het behandelen van de opvoedingsstrategieën. Dus als ouders een andere hulpvraag hebben is daar hier geen plek voor. Ze oefenen eerst in een veilige situatie met jou wat ze vervolgens thuis met hun kind gaan oefenen. Ze krijgen een thuisopdracht mee en er is een belcontact om te vragen hoe het gaat. Je richt je heel erg op de krachten van ouders waardoor ook het zelfvertrouwen van ouders groeit. Met IG staat dit niet vast en is er veel meer ruimte om bijvoorbeeld in een zware week het over de week te hebben. IG is meer gericht op de hulpvraag van ouders. Ik denk dat je door je je te richten op wat er niet lukt en vanuit daar te werken dat dit minder goed werkt dan vanuit het positieve. Maar ik heb geen IG opleiding gedaan dus ik kan dit niet met zekerheid zeggen.

6. Zijn er misschien nog methoden die op de Walvis gebruikt werden welke op de Inktvis bij kunnen dragen aan de begeleiding van ouders?

Oudermiddagen, meekijken op de afdeling, IG vanuit de afdeling, een keer mee eten, ouders vooral heel erg betrekken bij wat er op een afdeling gebeurt. Ik denk dat het belangrijk is om aan te sluiten op ouders wat haalbaar voor hun is. Ik denk dat veel ouders zich op de afdeling niet gehoord voelen, dus het is belangrijk om als afdeling te laten merken dat ze wel gehoord zijn en dat hun de ouders blijven en dat wij het belangrijk vinden om ze te betrekken omdat we willen dat het beter gaat thuis. En dat ze daar zelf ook het belang van inzien.

PMTO voor, tijdens of na de klinische behandeling?

Ik denk voor of na de behandeling. Voor de behandeling om te kijken of er nog iets te bereiken valt met PMTO om een opname te voorkomen. Of na de behandeling om ouders te ondersteunen in het natraject. Tijdens is denk ik geen goede optie omdat ouders veel de mogelijkheid moeten hebben om te oefenen wat natuurlijk niet lukt als het kind weinig thuis is. Daarnaast is de afdeling meer van het gezag en accepteren hoe het daar gaat en draait PMTO meer om de goede keuze maken als kind. Dit kan dan wel verwarrend worden voor het kind.

Interview management

1. Wat is jouw visie op de terugval van jongeren na een klinische opname?

Mijn visie is dat het niet helemaal te voorkomen is. Zeker bij de orthopsychiatrische doelgroep. We hebben een klimaat waar de kinderen veel leren en waar het klimaat veilig voor hun is maar wat ook een steun en structuur is welke sommige langere tijd nodig hebben. De helft kan door met wat ze geleerd hebben en de rest heeft langer orthopedagogische setting nodig, niet zozeer orthopsychiatrisch. Dit zijn vaak de kinderen die terugvallen omdat er geen goede aansluiting is met een vervolgbehandeling. We zijn al jaren bezig om te kijken hoe we de vervolgplek/ondersteuning voor ouders goed kunnen laten aansluiten op het einde van de behandeling van het kind. De orthopsychiatrische problematiek is over het algemeen een langdurig iets. Wij hanteren nu een half jaar waarna het vaak nog niet is opgelost. Je moet dus met elkaar zorgen dat je een continuïteit van zorg biedt.

2. Hoe wordt er besloten hoe het natraject vormgegeven wordt?

Soms wordt er al voor de opname of bij aanvang van opname besloten hoe het natraject eruit ziet. Dan wordt er gekeken waar we naar toe werken, willen ouders dat het kind naar huis komt of moeten we al een aanmelding doen bij een andere instelling. Uiterlijk 3 maanden voor het eind van de behandeling moet er een plan zijn voor de laatste fase van de behandeling. Welke onderdelen hebben we nog nodig zodat dit kind weer verder kan functioneren. Vanaf opname moeten we dus al een plan hebben. De klinische opname is maar een tussen stuk van de gehele behandeling.

3. Op welke punten is het vormgegeven van/het natraject te verbeteren?

Een verbeterpunt is de aansluiting op het natraject. Als je naar ambulante hulpverlening moet overschakelen. De planning loopt over het algemeen goed. Er zou verbeteren zitten in intensievere vormen van thuis begeleiding. Die intensieve thuis begeleidingsvormen zijn nog meer te ontwikkelen. Het is afhankelijk van het kind en ouders welke vormen begeleiding in worden gezet. Er moet zorg geboden worden voor het kind en voor ouders. Het kan verschillende vormen hebben.

De ouderbegeleider van de kliniek kan niet ambulant ouders blijven begeleiden omdat hij weer tijd moet maken voor de ouders van kinderen die op dat moment klinisch opgenomen zijn. Het kan wel overgedragen worden naar de ouderbegeleider van de poli. We proberen wel zoveel mogelijk continuïteit te houden in de personen die hen begeleiden. Wat ook kan is dat de ouderbegeleider van de kliniek ook een aantal uren heeft voor ouders van kinderen welke ambulant in behandeling zijn. Zo kan voorkomen worden dat ouders steeds nieuwe behandelaren krijgen.

Aan de hand van de aard van de problematiek wordt gekeken welk zorgpad er nodig is voor het kind en ouders. Het is afhankelijk van het zorgpad welke behandelduur er dan geldt. Dit is voor ambulante hulpverlening.

4. Zijn er cijfers over: terugval, aantal ODD en aantal opnames? Kan ik daar bij en waar kan ik die dan vinden?

Het monitoren van kinderen welke met ontslag zijn gegaan om de terugval te bekijken doen we niet. We zeggen wel al langer tegen elkaar dat dit goed zou zijn om te doen. Tot nu toe is dat niet gedaan. Uit mijn ervaringen kan ik zeggen dat er rond 10% terugvalt na een klinische opname. Ze vallen dan terug in een soortgelijke vorm van behandeling als dat ze dan op de Jutters hebben gehad. Ze hebben zo een ingewikkelde problematiek dat ze het met de lichtere hulpverleningsvormen niet redden. Dit zijn vaak kinderen welke gedragsstoornissen of autisme hebben. Het percentage dat op een andere vorm van hulpverlening terugvalt ligt hoger.

Het aantal kinderen met ODD op de Inktvis is eigenlijk wel 100%. Soms hebben ze er wel nog een andere stoornis bij. Het aantal opnames is ongeveer 16 per jaar (elke 6 maanden 8 plekken).

5. PMTO is voor 4-12 jaar, wordt er ook vanaf 12 jaar gegeven? Weet jij hoe waar dan de verschillen in aanpak in zitten?

We zitten nog in het certificeringstraject met de PMTO'ers. Bij oudere kinderen met een lager mentaal functioneren kan je ook de aanpak van 4-12 jaar toepassen. Dan moet je het officieel anders noemen dan PMTO omdat ze boven de 12 jaar zijn. Ik denk dat het dan tot 15 jaar geschikt is. Voor kinderen boven de 12 jaar is MDFT zeer geschikt. En er kan altijd IAG worden ingezet.

6. Is het qua financiën mogelijk om na een klinische opname een traject te starten bij de poli? Hoe worden deze financiën geregeld?

Ja dat kan. In de zorgverzekeringswet krijgen wij maximaal een jaar klinische behandeling. Wij doen dan een half jaar. Op het moment dat je andere zorg biedt dan de klinische zorg komt dat weer uit een andere stroom. De ambulante zorg blijft dan gefinancierd. De ambulante zorg wordt bekeken vanuit een aantal minuten dat er behandeling mag zijn. Vorig jaar was dat 180.000 minuten en nu is het iets meer.

7. Wat is het verschil tussen IG en IAG?

Het heeft te maken met het opleidingsinstituut. In de praktijk heeft het weinig verschil. IAG heeft wat meer systeemtherapeutische kennis dan IG. IG sluit meer aan bij het competentiemodel. De theoretische bagage bij IG is iets minder dan bij IAG maar in de praktijk zie je hier geen verschil in.

Interview ouders nummer 1

1. Wat vindt u van de begeleiding die u krijgt vanuit de Jutters?

Dit is heel erg afhankelijk van welke persoon je begeleiding krijgt. Wij vinden de begeleiding van de ouderbegeleider erg fijn.

2. Ziet u verbeterpunten in de begeleiding die u krijgt, zo ja welke zijn dit?

In de beginfase van de behandeling van X. werd er niet goed naar ons geluisterd. Wij waren erg overbelast en er werd al meteen veel van ons gevraagd in de gesprekken. Het is natuurlijk ook lastig om in te schatten wat ouders aankunnen maar hier had beter naar gekeken kunnen worden.

X. deed het goed op de afdeling. En er waren veel andere kinderen die veel aandacht vroegen. X. zei tegen ons dat hij soms helemaal geen aandacht kreeg. Hij sloop er vaak tussendoor. Wij hebben toen gezegd dat we vonden dat er meer aandacht naar hem toe moest gaan. Dat hij het op de afdeling goed doet betekend niet dat hij geen aandacht nodig heeft. Wij hebben dit toen gezegd maar hier werd toen niet genoeg naar geluisterd. Er werd op de afdeling niet actief iets met de behandeling van X. gedaan.

Er werd ons ook dubbelzijdige informatie gegeven. Eerst kregen wij te horen dat het een behandeling was van minimaal 6 maanden. Dus dachten we dat er eventueel nog tijd bij kon komen. Daarna hoorden we dat het maximaal 6 maanden is. Je kan niet van te voren al zeggen of een probleem in maximaal 6 maanden opgelost kan worden. Dit is niet te kaderen. We denken dat er dus een verbeterpunt zit in het verstrekken van eenduidige informatie. Ook is er dan wel voor de 6 maanden een plan bedacht maar voor de periode daarna is het onduidelijk. Als ouders moet je zelf veel nadenken over de informatie die je krijgt. Als je dan vervolgens erop terug komt bij iemand blijkt het niet te kloppen.

3. Welke manier van begeleiding spreekt u aan (bijvoorbeeld gesprekken met OB, meelopen op de afdeling, IG, therapieën)?

De ouderbegeleidingsgesprekken vinden wij erg fijn. Op de afdeling is ook altijd veel openheid. Als je er binnenkomt voel je je welkom. Als wij op bezoek komen bij X. met bijvoorbeeld een neefje wil die ook niet weg omdat het zo leuk is op de afdeling. Nou ziet dat neefje dan natuurlijk ook niet dat er op de afdeling veel regels en structuur zijn. En dat dat een stuk minder leuk is. De familie komt dus graag op bezoek op de afdeling.

Het meelopen op de afdeling spreekt ons minder aan.

4. Wat zou u ervan vinden als u bij een onderdeel van het programma meedraait op de afdeling (bijvoorbeeld tijdens een eetmoment)? Denkt u dat u hier iets aan heeft?

Wij hebben dit een keer op eigen initiatief gedaan met X. zijn verjaardag. Wij denken dat dit heel leerzaam kan zijn voor ouders. Maar voor ons heeft het geen toegevoegde waarde. We komen vaak op bezoek dus dan zien we al heel veel. Bijvoorbeeld op donderdag avond wanneer alle kinderen er zijn en het druk is op de afdeling. Ook zie ik (moeder) het al vaak op mijn werk (onderwijs). We denken dat het wel heel zinvol is als je als ouders een bepaalde hulpvraag hebt. Als je het bijvoorbeeld moeilijk vindt om je kind aan te spreken. Als je dan bij een moment bent kan je zien hoe de socio's dit doen.

5. Waarin wilt u graag ondersteuning krijgen?

Wij hadden meer ondersteuning willen ervaren toen X. niet terug wilde naar de afdeling waarop hij door de politie gebracht is. Dit was een traumatische ervaring. Wij hebben de afdeling gebeld welke zeiden 'als hij thuis is kunnen wij niks doen'. Dit is later nog een keer gebeurd en hier hebben wij wel

hulp ervaren maar dit had beter gekund. We voelde ons erg machteloos omdat X. gewoon niet ging en er werd door de telefoon gezegd dat als hij niet naar de afdeling wilde, dat dat dan niet ging lukken terwijl wij met X. zaten die een driftbui had.

We voelen ons ook machteloos dat het een 'vrijwillige' opname is. X. wil hier natuurlijk niet zijn, maar wij als ouders willen dat hij hier wel is. De deur van de afdeling is altijd open en er lopen vaak kinderen weg. Dan zie je weer dat er een kind vermist is en dan leef je mee met de ouders van het kind. X. is te bang om weg te lopen maar het idee dat het wel kan en dat het kind dan niet tegen gehouden mag worden geeft je een gevoel van machteloosheid.

Interview ouders nummer 2

1. Wat vindt u van de begeleiding die u krijgt vanuit de Jutters?

De begeleiding vind ik prima.

2. Ziet u verbeterpunten in de begeleiding die u krijgt, zo ja welke zijn dit?

Ik zou graag meer handvatten willen krijgen voor het gedrag van X.

3. Welke manier van begeleiding spreekt u aan (bijvoorbeeld gesprekken met OB, meelopen op de afdeling, IG, therapieën)?

Ik vind de gesprekken met de ouderbegeleider fijn. Ook de tips en begeleiding over hoe het beste om te gaan met X.

4. Wat zou u ervan vinden als u bij een onderdeel van het programma meedraait op de afdeling (bijvoorbeeld tijdens een eetmoment)? Denkt u dat u hier iets aan heeft?

Nee. Ik heb de indruk dat X. zich niet heeft opengesteld voor begeleiding op de afdeling. Dat hij alleen zijn energie erin heeft gestopt om duidelijk te maken dat hij niet op de afdeling wil zijn. Dus dan heb ik er niets aan om mee te draaien tijdens een programma onderdeel.

5. Waarin wilt u graag ondersteuning krijgen?

-

6. Had u, toen uw kind na de behandeling terug naar huis kwam, naar uw mening genoeg begeleiding gehad/voldoende geleerd?

Hier ben ik nog mee bezig. Ik ben tevreden met 1x per week face 2 face gesprekken en de andere week telefonisch contact. Ik voel de ruimte om het aan te geven als ik meer vragen heb of meer gesprekken nodig heb.

Interview ouders nummer 3

1. Wat vindt u van de begeleiding die u krijgt vanuit de Jutters?

Goed, we zijn tevreden.

2. Ziet u verbeterpunten in de begeleiding die u krijgt, zo ja welke zijn dit?

De belafspraken met mentor, deze gaan vaak niet door. De individuele behandelaar is slecht te bereiken.

3. Welke manier van begeleiding spreekt u aan (bijvoorbeeld gesprekken met OB, meelopen op de afdeling, IG, therapieën)?

Gesprekken bij de Jutters wanneer X. klinisch is en gesprekken thuis als ze thuis woont.

4. Wat zou u ervan vinden als u bij een onderdeel van het programma meedraait op de afdeling (bijvoorbeeld tijdens een eetmoment)? Denkt u dat u hier iets aan heeft?

Nee, lijkt ons niet prettig voor X.

5. Waarin wilt u graag ondersteuning krijgen?

Evalueren hoe je kunt omgaan met gedragsproblemen en tip hoe om te gaan met X.

Interview ouders nummer 4

1. Wat vind u van de begeleiding die vanuit de Jutters geboden wordt?

De begeleiding is goed. We krijgen veel informatie via de mentor en via de systeemtherapeut.

2. Ziet u verbeterpunten in de begeleiding die u krijgt, zo ja welke zijn dit?

Ik zie geen grote verbeterpunten.

3. Welke manier van begeleiding spreekt u aan (bijvoorbeeld gesprekken met OB, meelopen op de afdeling, IG, therapieën)?

Systeemtherapie spreekt mij aan. In verleden hebben wij ouderbegeleiding gehad maar dit is vanwege de huidige gezinssituatie nu geen optie. Daarnaast spreken de gesprekken met mentor mij aan.

4. Wat zou u ervan vinden om bij een onderdeel van het programma mee te draaien op de afdeling (bijvoorbeeld tijdens een eetmoment)? Denkt u dat u hier iets aan heeft?

Ik vind het een interessant idee.

5. Tegen welke dingen loopt u thuis aan met uw kind?

Bij een behoorlijke verandering heeft X. het moeilijk. Een ander punt is dat hij behoorlijk bepalend kan zijn en onvoldoende bereid om taakjes uit te voeren.

6. Zijn er bepaalde vaardigheden die u graag meer onder de knie zou willen hebben? Welke?

Vaardigheid om veel meer consequent te zijn.

Interview ouders nummer 5

1. Wat vind u van de begeleiding die vanuit de Jutters geboden wordt?

Ik vind de hulp die ik krijg vanuit de Jutters krijg goed. Ik had in het begin wat moeite met de aanpak, maar het gaat nu toch zijn vruchten afwerpen. Dus mij hoor je niet echt meer.

2. Ziet u verbeterpunten in de begeleiding die u krijgt, zo ja welke zijn dit?

Ja, ik vind dat we steeds dichterbij het doel van de behandeling komen. Het contact met X. is intenser, gevoeliger, niet meer afstandelijk, heel wat minder strijd, aan spreekbaar, eerlijker en opener. En zijn lichaamstaal is minder agressief.

3. Welke manier van begeleiding spreekt u aan (bijvoorbeeld gesprekken met OB, meelopen op de afdeling, IG, therapieën)?

Ik vind de vormen die ik/we gebruikt hebben goed. Bij het IPG was het fijn om een neutraal iemand te hebben. Pleegzorgbegeleiding voor mijn moeder is top. Gezinsvoogd goed contact mee. Nu met de Jutters is het team ook goed aangesloten. En de samenwerking is goed. Een goedwerkend netwerk, hulpverlening of familie, is nodig om rust te krijgen. Ik weet dat S. gesprekken heeft met een gedragswetenschapper. Contact met de sociotherapeuten is goed, open en ook begeleidend voor mij.

4. Wat zou u ervan vinden om bij een onderdeel van het programma mee te draaien op de afdeling (bijvoorbeeld tijdens een eetmoment)? Denkt u dat u hier iets aan heeft?

Voor nu zou het moeilijk zijn om ergens in mee te draaien. Ik heb door mijn eigen problematiek zelf nog moeite met een aantal dingen die ik zelf eerst weer moet aanleren. Maar als de tijd er is voor mij, dan zou ik graag eens op de groep meelopen. Ik ben best kritisch naar mezelf en weet waar mijn aandeel in het hele gebeuren ligt. Dus ik zou meer opletten welke aanpak de sociotherapeuten toepassen en het zelf thuis dan ook proberen als het zich thuis voordoet.

5. Tegen welke dingen loopt u thuis aan met uw kind?

De laatste paar weken eigenlijk nergens extreems. Meer puberproblemen dan "oud" gedrag.

6. Zijn er bepaalde vaardigheden die u graag meer onder de knie zou willen hebben? Welke?

Ik zou wat minder snel door de bocht willen komen. Op een meer tactische manier nee kunnen zeggen, zonder angst dat X. weer boos wordt. En ik zou graag weer vertrouwen willen krijgen in X., al groeit dat op dit moment heel erg.

16.2 Originele onderzoeksopzet

Inleiding

In het derde studiejaar van de opleiding 'Sociaal Pedagogische Hulpverlening' heb ik stage gelopen bij Stichting de Jutters. Het eerste deel van mijn stage vond plaats op de afdeling de Walvis, welke gesloten werd vanwege de bezuinigingen. Hierna heb ik mijn stage afgerond op de afdeling de Inktvis. Het was voor mij al snel duidelijk dat ik mijn eindschrijving wilde schrijven voor de Jutters. Ik heb met meerdere werknemers gesprekken gehad waar vele verbeterpunten uit kwamen. Na een gesprek met de manager behandelzaken en mijn studieloopbaan begeleider heb ik besloten welk onderwerp ik zou gaan onderzoeken.

In dit document zal ik mijn onderzoeksopzet voor mijn eindschrijving beschrijven. In de omschrijving en verantwoording van de opdracht is de context van het probleem, de probleemanalyse en de afbakening van het onderzoek terug te vinden. Daarna bespreek ik de hoofd- en deelvragen en de doelstelling in het hoofdstuk vraag- en doelstelling. Hierna volgt het onderzoeksontwerp waarin de wijze van informatieverzameling en informatieverwerking naar voren komt. Vervolgens bespreek ik de relevantie, bruikbaarheid en vernieuwendheid van het onderzoek. Om een duidelijke planning te hebben om tot het eindproduct en eindgesprek te komen beschrijf ik vervolgens hoe ik dit ga aanpakken. Als laatste is er een voorlopige inhoudsopgave van mijn eindproduct en de literatuurlijst.

1 Omschrijving en verantwoording van de opdracht

1.1 Context van het probleem

1.1.1 Beschrijving opdrachtgevende instelling

De Jutters

Mijn bachelorproef zal ik gaan uitvoeren bij Stichting de Jutters. Dit is een centrum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie in de regio Haaglanden. Deze instelling richt zich op kinderen en jongeren (en hun ouders/verzorgers) van 0 t/m 22 jaar met psychische of psychiatrische klachten of het risico om deze te ontwikkelen. De Jutters biedt observatie, diagnostiek en behandeling op klinisch, deeltijd en ambulant niveau. Daarnaast vallen preventieve zorg en consultatie ook onder de taken van de Jutters. De Jutters is een instelling voor kinderen en jongeren met een IQ van 80 of hoger. Wanneer de kinderen binnen komen wordt in de eerste weken hun IQ getest. Naast het hebben van een IQ van 80 of hoger is het een vereiste voor een opname dat er een (vermoeden van) een psychiatrische of psychische stoornis is. Wanneer dit vermoeden of de stoornis ontbreekt kan de Jutters geen behandeling bieden. Ook is het van belang dat kind en ouders toegankelijk zijn voor de behandeling.

De afdeling

Mijn onderzoek zal plaats gaan vinden op de afdeling de Inktvis, waar ik tevens mijn derdejaars stage heb volbracht. De Inktvis is een gestructureerde klinische behandelafdeling welke valt onder het behandelcentrum voor de orthopsychiatrie. De Inktvis is voor jongeren van 9 tot 15 jaar die te kampen hebben met forse gedragsproblemen, samenhangend met een andere psychiatrische stoornis of voortkomend uit een dusdanig samenspel van complexe factoren dat specialistische hulp noodzakelijk is. Er is plek voor 8 jongeren. Op de Inktvis worden jongeren opgenomen met onder andere de volgende stoornissen: PDD-NOS, autisme, ADHD, ODD, Asperger en angststoornissen. Daarnaast is er veelal sprake van studie/scholingsproblemen, gedragsproblemen, relatie ouder-kind problemen en problemen binnen de primaire steungroep (ouders/verzorgers).

1.1.2 Verwachtingen van de opdrachtgever

Tijdens een eerste gesprek met de opdrachtgever kwam naar voren dat de opdrachtgever, door middel van mijn onderzoek, duidelijkheid wilde krijgen welke methoden, therapieën, en dergelijke de overgang van een klinische opname van zes maanden naar thuis wonen zo goed mogelijk zouden laten verlopen. De opdrachtgever dacht aan onder andere ouderbegeleiding, ouderparticipatie op de afdeling, ambulante hulp en verschillende therapieën (onder andere intensieve gezinsbegeleiding, intensieve ambulante gezinsbehandeling en parent management training oregon). Door de verschillende uitkomsten naast elkaar te leggen en te bekijken wat wanneer wordt ingezet en wat de effecten ervan zijn hoopte de opdrachtgever een duidelijk overzicht te krijgen.

Na overleg met mijn begeleider was ik van mening dat bovenstaand onderwerp veelal op het beleid- en behandelniveau neer zou komen. Eerder in het proces van komen tot een onderwerp bleek dat meerdere werknemers een mogelijkheid tot verbetering zagen in de betrokkenheid van ouders bij de behandeling. Omdat ik mijn onderzoek op de praktijk wil richten heb ik besloten om mijn onderzoek te richten op het ontwikkelen van vaardigheden bij de ouders van jongeren met ODD welke opgenomen zijn op de Inktvis. Deze vaardigheden zullen betrekking hebben op de omgang met de jongere. Na het kiezen van dit onderwerp verwacht ik als eindresultaat van mijn bachelorscriptie een aanbeveling te kunnen doen over welke vaardigheden ouders moeten beschikken, op welke manier ouders deze kunnen leren en op welk moment van de behandeling dit moet gebeuren. Dit moet resulteren in dat de jongere na de behandeling met succes thuis kan blijven wonen. Ik verwacht dat onder andere de genoemde onderwerpen van de opdrachtgever hierin naar voren komen.

1.2 Probleemanalyse

1.2.1 Het probleem

In een lezing aan de Haagse Hogeschool van Nel Verhoeven (2012, directeur van het centrum voor externe onderzoeksprojecten Eleanor en docent aan de Roosevelt Academy) vertelt Nel Verhoeven over 'een onderzoek in 90 minuten'. Zij vertelt dat een probleemanalyse gemaakt kan worden door middel van de zogenoemde 'zes W-formule'. Deze formule geeft antwoord op de volgende vragen: 'Wat is het probleem?', 'Wie heeft het probleem?', 'Wanneer is het probleem ontstaan?', 'Waarom is het een probleem?', 'Waar doet het probleem zich voor?' en 'Wat is de aanleiding voor het probleem?'. Deze methode zal ik als structuur aanbrengen in mijn probleemanalyse.

Wat is het probleem?

Het probleem is dat er met regelmaat jongeren van de Jutters, nadat zij hun behandeling hebben afgerond en thuis wonen, zij toch wederom terecht komen in de hulpverlening.

Wie heeft het probleem?

Dit probleem betreft de ouders en de jongere. Voor ouders is het belangrijk dat het thuis wonen van hun jongere goed verloopt. Het heeft een grote impact op het gezinsleven wanneer een lid van het gezin zes maanden in een kliniek verblijft. Van der Harten en van Rijn (2008) beschrijven dat een residentiële opname van een kind een grote emotionele impact heeft op de ouders.

Schuldgevoelens, angst, spanning en verdriet kunnen optreden bij ouders. Het is van belang om tijdens de behandeling al een aantal handvatten aan te reiken welke zij kunnen toepassen. Door deze met succes te kunnen toepassen zal het gevoel van succes overheersen over het gevoel van falen.

Wanneer de jongere na het afronden van zijn behandeling terug keert naar huis is het belangrijk dat dit een succeservaring wordt voor de jongere. Wanneer het een succeservaring is zal dit positief effect hebben op het zelfbeeld en zelfvertrouwen van de jongere. (Vink 2007)

Wanneer is het probleem ontstaan?

Het probleem ontstaat zodra de jongere na de opname thuis gaat wonen.

Waarom is het een probleem?

Het doel van een klinische behandeling van zes maanden is dat de jongere en ouders voldoende behandeling en begeleiding krijgen zodat de jongere, na de behandeling, weer thuis kan wonen. Als blijkt dat dit niet lukt betekent dat dat er ergens in het behandelingstraject iets beter of anders had gekund. Er zitten dus verbeterpunten in het behandelingstraject. Daarnaast is het, zolang de thuisomgeving een veilige omgeving is, het best voor de jongere wanneer deze bij zijn gezin woont en niet op een afdeling. Wanneer dit niet lukt moet er gekeken worden naar de oorzaken hiervan.

Waar doet het probleem zich voor?

Het probleem zal tot uiting komen zodra de jongere naar huis gaat. Hier zal dan wel of niet blijken of dit goed verloopt. In deze fase zal blijken of de jongere en ouders tijdens de behandeling voldoende geleerd hebben.

Wat is de aanleiding van het probleem?

Uit gesprekken met professionals en uit eigen ervaring komen de volgende oorzaken naar voren als mogelijke aanleiding van het probleem. De overgang van een klinische opname van zes maanden naar thuis wonen kan te groot blijken. Op de website van de Jutters wordt aangegeven dat de overgang (te) groot kan zijn (www.dejutters.com). Op de afdeling is sprake van structuur, duidelijkheid en een consequente aanpak naar de jongeren toe. Het kan zijn dat het missen van deze structuur thuis aanleiding geeft tot het terugvallen van de jongere. Daarnaast kan het zijn dat de oude omgeving een negatieve invloed heeft op het gedrag van de jongere. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan vrienden welke een negatieve invloed hebben op de jongere. Uit mijn eigen ervaring tijdens mijn stage bleek dat het regelmatig voorkomt dat het systeem (bijvoorbeeld ouders) onvoldoende vaardigheden heeft om de jongere thuis op te kunnen vangen danwel te kunnen begeleiden. Als laatste is het mogelijk dat de behandeling niet effectief genoeg is geweest voor de jongere.

De Radboud Universiteit Nijmegen en onderzoeksbureau Praktikon hebben onderzoek gedaan naar welke factoren meespelen in het slagen van het thuis wonen van jongeren met ernstige gedragsproblemen. Zij kwamen met de volgende aanbevelingen, te weten: de gezinnen van de jongeren nog meer betrekken bij de behandeling, investeren in de ontwikkeling van passend onderwijs, het versterken van het pedagogische leefklimaat in de leefgroep en het aanbieden van nazorg vanuit de instelling. (Germa Lourens, n.d.)

American Psychological Associations schrijft in een artikel dat onderzoek heeft uitgewezen dat het sociale netwerk als sociaal ondersteunend systeem kan dienen om de geestelijke gezondheid te stimuleren en psychologische stress op te vangen. Ze adviseren om het sociale netwerk van de cliënt te stimuleren, met de familie van de cliënt te werken en een goede nazorg op te zetten. Daarnaast is het bieden van sociale vaardigheidstraining van belang. (psycnet.apa.org)

Op de Jutters zijn meerdere vormen van begeleiding aan ouders beschikbaar. Zo zijn er nu meerdere werknemers bezig met opleidingen om therapieën/begeleiding aan ouders te geven. Er is nog niet gekeken naar hoe deze ingezet kunnen worden.

Uit bovenstaande informatie blijkt dat er meerdere factoren mee kunnen spelen met betrekking tot de terugval van jongeren. Daarnaast worden er een aantal beschermende factoren weergegeven van het succesvol verlopen van het thuis wonen. In de volgende paragraaf zal er een afbakening van het onderwerp volgen waarin deze oorzaken en beschermende factoren wederom naar voren komen.

1.3 Afbakening van het probleem

1.3.1 Afbakening van het probleem

Zoals eerder beschreven zijn er meerdere mogelijke oorzaken van het feit dat jongeren na hun behandeling wederom terecht komen in de hulpverlening. Omdat deze verschillende oorzaken verschillende oplossingen nodig hebben zal ik mij richten op één mogelijke oorzaak, namelijk (het gebrek aan) vaardigheden bij ouders. In het onderzoek zal naar voren gaan komen op welke manier ouders voldoende vaardigheden kunnen verkrijgen om hun jongere, na de behandeling, thuis op te kunnen vangen/te begeleiden. Dit zal als resultaat moeten krijgen dat de jongere (met uitzondering van al ingezette hulpverlening thuis tijdens de behandeling) niet wederom met de hulpverlening in aanraking komt. De keuze voor het onderzoeken van deze oorzaak is gebaseerd op eigen ervaring met betrekking tot het belang van betrokkenheid van ouders. In de praktijk is gebleken dat de vaardigheden van ouders een grote rol spelen in het thuis kunnen wonen van het kind. Ik verwacht, door hier onderzoek naar te doen, een belangrijke risicofactor voor terugval te verkleinen.

Daarnaast is het van belang om na te denken over de mogelijkheid om onderzoek te doen gericht op problematiek gerichte aanpak. Op de afdeling de Inktvis worden jongeren opgenomen met uiteenlopende stoornissen. Ouders zullen een aantal opvoedvaardigheden moeten beheersen welke bij ieder ouderpaar gewenst is. Daarnaast is het belangrijk dat ouders over vaardigheden beschikken welke specifiek gericht zijn op de omgang met de stoornis van hun jongere.

Verschillende stoornissen hebben verschillende aanpakken nodig. Om mijn onderzoek zo bruikbaar als mogelijk te maken voor de beroepspraktijk ben ik van mening dat ik mij moet richten op een bepaalde stoornis. In mijn onderzoek zal ik mij richten op jongeren met een oppositionele gedragsstoornis (verder ODD genoemd) en ouders.

In mijn onderzoek spreek ik meerdere malen van jongeren welke na hun behandeling thuis gaan wonen waarna dit fout gaat. In dit onderzoek richt ik mij op jongeren welke hun behandeling succesvol afgerond hebben. Als ik ook de mogelijkheid zou meenemen dat de behandeling niet succesvol was zal het onderzoeksgebied een stuk breder worden waardoor ik niet specifiek mijn onderwerp kan onderzoeken.

Aan het begin van de opname van de jongere zullen de ouders per jongere verschillen in welke mate zij reeds vaardigheden hebben om met hun jongere om te gaan/hen te begeleiden. In mijn onderzoek zal ik rekening moeten houden met deze verschillen. Daarnaast zal het begeleidingstraject voor ouders intensief zijn. Het is van belang voor mij om ook rekening te houden met de haalbaarheid van het begeleidingstraject voor ouders. Deze twee punten zal ik in mijn onderzoek verder uitwerken.

Kortom, door onderzoek te doen naar welke vaardigheden ouders nodig hebben om de jongere met ODD na behandeling te kunnen opvangen/begeleiden en door onderzoek te doen naar op welke manier dit geleerd kan worden en in welke periode wil ik een aanbeveling doen waarin duidelijk wordt welke vaardigheden ouders moeten beheersen en hoe deze aan te leren zijn.

1.3.2 Operationalisatie

Terugval	Terugvallen in het oude problematische gedrag waarbij genoodzaakt is om wederom de hulpverlening in te schakelen.
Succesvol	Wanneer de jongere na de behandeling thuis kan wonen zonder extra hulpverlening, met uitzondering op eventueel reeds ingezette hulpverlening tijdens de behandeling.

Voldoende
vaardigheden Opvoedingsvaardigheden en omgangsvaardigheden met betrekking tot ODD waar ouders over beschikken zodat de jongere zonder hulpverlening (met uitzondering van hulpverlening welke ingezet is tijdens de behandeling) thuis kan wonen.

2 Vraag- en doelstelling

2.1 Hoofdvraag en deelvragen

2.1.1 Hoofdvraag

Hoe is de terugval van jongeren met ODD, na afronding van een klinische behandeling van zes maanden, te verkleinen gekeken naar de verbetering van vaardigheden bij ouders?

2.1.2 Deelvragen

Deelvraag 1

Welke opvoedingsvaardigheden moeten ouders in het algemeen beheersen?

Deelvraag 2

Welke omgangsvaardigheden met betrekking tot ODD moeten ouders beheersen?

Deelvraag 3

Welke methoden en technieken biedt de Jutters in het algemeen aan met betrekking tot de begeleiding van ouders?

Deelvraag 4

Welke methoden en technieken bestaan er voor het aanleren van vaardigheden aan ouders van kinderen met ODD?

Deelvraag 5

Door middel van welke methoden en technieken zijn deze vaardigheden aan te leren aan ouders binnen de Jutters?

Deelvraag 6

Waaruit bestaat een klinische behandeling voor jongeren met ODD bij de Inktvis?

Deelvraag 7

In welke fase van de behandeling van de jongere zouden ouders welke vaardigheden moeten kunnen beheersen?

2.1.3 Operationalisatie

Terugval	Wanneer jongeren na afronding van hun behandeling wederom in de hulpverlening terecht komen.
Vaardigheden	Opvoedkundige bekwaamheden en omgangsbekwaamheden gericht op ODD.
Afronding	Behandeling welke met succes doorlopen is en waarvan de coördinerend behandelaar verwacht dat het thuis wonen goed zal verlopen.
Voldoende	Jongere zodanig kunnen opvangen en begeleiden dat de jongere niet wederom in aanraking komt met de hulpverlening.
In het algemeen	Beschikking over minimale vaardigheden welke bij elk ouderpaar gewenst zijn.

2.2 Doelstelling

2.2.1 Verwachtingen van het eindresultaat

In mijn onderzoek wil ik onderzoeken welke vaardigheden ouders moeten beheersen om hun jongere, na afronding van de klinische behandeling van zes maanden, thuis voldoende te kunnen opvangen/begeleiden. Ik wil in mijn onderzoek ook kijken naar wat de jongere in welke fase leert en wat ouders tegelijkertijd in deze fase kunnen leren. Hierdoor wil ik een aanbeveling geven waarin duidelijk wordt op welke manier, op welk moment in de behandeling, welke vaardigheden aangeleerd kunnen worden aan ouders. Van dit eindproduct verwacht ik dat dit duidelijkheid over de aanpak naar ouders toe gaat bieden.

2.2.2 Theoretische en/of praktische relevantie van het eindresultaat

Tijdens het onderzoek zal ik gebruik maken van literatuuronderzoek wat de theoretische relevantie verhoogd. Daarnaast verwacht ik dat er een aantal nieuwe elementen waar de Jutters momenteel mee bezig is naar voren komen (net opgeleide medewerkers, nieuwe therapieën). Hierover zal ik theoretisch onderzoek doen wat bruikbaar kan zijn voor de Jutters. De praktische relevantie is ook aanwezig. Bij instellingen zijn vaak meerdere methoden beschikbaar om ouders te ondersteunen of begeleiden. Het kan voorkomen dat het door de vele mogelijkheden niet meer duidelijk is wat op welk moment het meest effectief is. Doordat mijn onderzoek een aanbeveling zal bevatten waar beschreven staat op welke manier, op welk moment in de behandeling, welke vaardigheden aangeleerd worden aan ouders met een kind met ODD hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan de praktijk.

3 Onderzoeksontwerp

3.1 Wijze van informatieverzameling en informatie verwerking

3.1.1 Onderzoekstype

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek houdt in dat er het beschrijven en begrijpen van verschijnselen in voor komt. Daarnaast worden er verbanden ontdekt met andere verschijnselen. Het richt zich op de inhoud en kwaliteit van het onderwerp.

3.1.2 Dataverzameling

Om tot het eindproduct te komen worden er verschillende methoden van dataverzameling gebruikt.

Migchelbrink (2005) beschrijft in zijn boek 'Praktijkgericht onderzoek in Zorg en Welzijn' verschillende databronnen en dataverzamelingstechnieken. Er komt naar voren dat de mogelijke databronnen bestaan uit individuele personen, documenten, mediaproducten, sociale werkelijkheid, fysieke sporen, literatuur en databanken en registratiesystemen. Voor dataverzamelingstechnieken benoemd Migchelbrink de methoden ondervragen, observeren en inhoudsanalyse. Voor mijn onderzoek zal ik gebruik gaan maken van de volgende databronnen, te weten; individuele personen, documenten, sociale werkelijkheid en literatuur. Hieronder zal ik deze omschrijven, de bijpassende methode van dataverzameling bespreken en mijn keuze verantwoorden.

Individuele personen

De individuele personen zal ik benaderen door middel van de dataverzamelingstechniek ondervragen (interviewen). Ik zal hen individueel ondervragen. Door een individueel interview is er sprake van een eigen mening en wordt het antwoord dus niet beïnvloed door een groep. De interviews zal ik face-to-face uitvoeren. Met deze techniek bestaat er de mogelijkheid om diep in te gaan op redeneringen

en motieven van de respondent (doorvragen). Daarnaast is er een kans dat de respons op een schriftelijk interview erg laag is, om de respons zo hoog mogelijk te houden zal ik de interviews dus persoonlijk en face-to-face afnemen. Mocht blijken dat er door omstandigheden geen mogelijkheid is voor een face-to-face interview zal ik deze telefonisch of schriftelijk afnemen om alsnog mijn benodigde informatie te kunnen verkrijgen.

Migchelbrink (2005) beschrijft drie varianten op methoden van interviewen namelijk een sterk gestructureerd interview, halfgestructureerd interview en een open interview. Ik zal gebruik maken van half gestructureerde interviews. Op deze manier kan ik zelf richting geven aan het gesprek maar heeft de geïnterviewde ook de ruimte om zijn/haar verhaal te vertellen. Door deze keuze wil hoop ik de mogelijkheid voor het verkrijgen van informatie zo groot mogelijk te houden. Voor interviews met medewerkers zal ik, waar mogelijk, een open interview houden. Hierin bepaal ik welke onderwerpen er aan bod moeten komen en kan de geïnterviewde vertellen. Er is nog wel de mogelijkheid voor mij om door te vragen of om verheldering te vragen. Omdat er een redelijke kans is dat de informanten over meer kennis over het onderwerp beschikken dan ik is het effectiever om hun te laten vertellen. Mijn interviews zullen bestaan uit open vragen.

Voor mijn interviews zal ik drie doelgroepen respondenten aanhouden. Ten eerste zal ik medewerkers van de afdeling bevragen over hoe de begeleiding van ouders nu werkt en wat zij als verbeterpunten zien. Als medewerkers van de afdeling wil ik in ieder geval de senior sociotherapeut en een aantal sociotherapeuten (waaronder IG'ers en IAG'ers) interviewen. De tweede doelgroep zijn de overige werknemers (de manager behandeldzaken, ouderbegeleider, coördinerend behandelaar) interviewen over wat er zoal nog meer wordt geboden vanuit de Jutters en wat hier de ervaringen van zijn. Als laatste doelgroep zal ik ouders van kinderen met ODD interviewen. In deze interviews zal ik vragen wat hun mening is van de begeleiding die zij krijgen, waar zij behoefte aan hebben en waarin zij ondersteund willen worden.

Daarnaast wil ik de manager behandeldzaken interviewen over wat de Jutters te bieden heeft aan begeleiding/therapieën en dergelijke. De ouderbegeleider zal ik interviewen over haar ervaringen met ouders en wat haar mening is over de vaardigheden welke ouders moeten beschikken. De senior van de Inktvis en de sociotherapeuten kunnen mij informatie geven over wat zij op de afdeling ziet en hoe ouders hier meer in betrokken kunnen worden. Van alle disciplines wil ik weten in welke punten zij verbetering zien met betrekking tot de begeleiding van ouders. Ook wil ik van alle disciplines weten wat hun eigen ervaring is met terugval van jongeren en begeleiding van ouders.

De verkregen informatie zal ik analyseren door na het interview deze uit te werken en samen te vatten. Uit de verkregen informatie zal ik conclusies trekken welke ik kan koppelen aan mijn onderzoek.

Documenten

Met documenten als databron worden geschreven en gedrukte teksten bedoeld (bijvoorbeeld dagboeken, beleidsnota's en verslagen van vergaderingen). In mijn onderzoek zal ik ook onderzoek doen naar eventuele bestaande beleidsnota's, protocollen en dergelijke. Door dit te gebruiken krijg ik een beeld van wat er aan beleid bestaat en of er in vergaderingen bepaalde zaken spelen welke voor mij nuttig zijn om te weten.

De dataverzamelingstechniek die ik hierbij zal gebruiken is de inhoudsanalyse. In een inhoudsanalyse is er volgens Migchelbrink (2005) sprake van een kwalitatieve inhoudsanalyse (aanduiden, begrijpen en weergeven) en een kwantitatieve inhoudsanalyse (hoe vaak, hoeveel, hoelang). Door deze analyses te combineren hoop ik een duidelijke analyse te kunnen maken van de informatie uit de documenten.

In het onderzoek zal ik kijken naar verschillende documenten namelijk: protocollen, beleidsdocumenten, vergaderdocumenten en eventuele documenten op het intranet van de Jutters.

Sociale werkelijkheid

De databron 'sociale werkelijkheid' betreft de sociale situatie van de mensen waarover of van wie je iets wil weten. Mijn onderzoek heeft ook betrekking op ouders dus is het van belang onderzoek te doen naar hun. Ik wil ongeveer zeven interviews houden met ouders, zowel telefonisch als face-to-face. Hierin zal ik vragen stellen over de mening van ouders over de behandeling, de betrokkenheid van ouders en waarin/op welke manier ouders ondersteund willen worden gedurende de behandeling. Ook de samenwerking tussen professionals valt onder sociale werkelijkheid. Naar verwachting zal dit ook naar voren kunnen komen.

De sociale werkelijkheid zal naar voren komen door middel van de dataverzamelingstechniek ondervragen. Zoals hierboven beschreven zal ik half gestructureerde interviews afnemen. Uit deze interviews zullen ook onderwerpen naar voren komen welke betrekking hebben op de sociale werkelijkheid.

De analyse hiervan zal meegenomen worden in het analyseren van de interviews, ook hierboven beschreven.

Literatuur

Met literatuur wordt de talige en cijfermatige literatuur bedoeld. Het grootste gedeelte van mijn onderzoek zal bestaan uit literatuuronderzoek. Om een correcte conclusie te trekken over een onderwerp is het van belang dat dit gebaseerd is op (wetenschappelijke) literatuur. Dit is ook de reden dat ik voor de databron literatuur heb gekozen. Ik wil gebruik maken van (internationale) boeken, vakliteratuur, artikelen en wetenschappelijke literatuur.

De dataverzamelingstechniek inhoudsanalyse zal ik gebruiken om de literatuur te verkrijgen en analyseren. Door mijzelf bewust te zijn van wat ik wil weten kan ik hier gericht literatuur over zoeken en de gevonden informatie analyseren.

Het literatuuronderzoek/analyse zal als doel hebben om de deelvragen en daarna de hoofdvraag te kunnen beantwoorden.

3.1.3 Betrouwbaarheid en geldigheid van het onderzoek

In mijn onderzoek verkrijg ik mijn informatie uit verschillende databronnen. Er is sprake van databronnen-triangulatie (combineren van meerdere databronnen). Door meerdere databronnen te gebruiken wordt de betrouwbaarheid en geldigheid van mijn onderzoek vergroot omdat mijn analyses gebaseerd zijn op meerdere meningen en beschrijvingen. Door middel van peer-debriefing (verslagen en interpretaties bespreken met collega studenten) en member-checking (verslagen en interpretaties bespreken met betrokkenen zoals mijn begeleider) voorkom ik dat er een zogenoemde bedrijfsblindheid optreedt. Hierdoor zal ik alles vanuit meerdere perspectieven bekijken en een betrouwbaar en geldig onderzoek kunnen doen. Om de betrouwbaarheid van mijn onderzoek te waarborgen is het van belang om mijn onderzoeksconclusies controleerbaar en inzichtelijk te laten zijn. Als mijn eindresultaat overdraagbaar is op andere, vergelijkbare, situaties bij bijvoorbeeld andere instellingen draagt dit bij aan het vergroten van de externe geldigheid. (Baarda et al. 2005)

4 Relevantie, bruikbaarheid en vernieuwendheid van het onderzoek

4.1 Relevantie

Er is een grote relevantie van onderzoek naar hoe ouders meer vaardigheden kunnen ontwikkelen met betrekking tot de omgang met hun kind met als doel dat de kinderen na een klinische opname thuis kunnen blijven wonen. Het is relevant omdat er bij De Jutters gestreefd wordt naar het zoveel mogelijk thuis behandelen van het kind. Het motto 'Beter worden doe je thuis' van de Jutters sluit aan bij deze visie. Door dit onderzoek uit te voeren en een bruikbaar product te leveren kan het aantal gevallen waarbij het, na een klinische opname, thuis wederom mis gaat verkleind worden.

4.2 Bruikbaarheid

Dit onderzoek is bruikbaar omdat er momenteel nog geen stappenplan is waarin beschreven staat op welke manier ouders het meest effectief vaardigheden kunnen aanleren. Daarnaast zal het product zelf bruikbaar zijn omdat het een product betreft wat overzicht geeft in wat op welk moment geschikt is om ouders aan te bieden. Het product leent zich eveneens om gebruikt te worden in andere instellingen.

4.3 Vernieuwendheid

Momenteel is er nog geen eenduidige methode hoe ouders het best begeleid kunnen worden tijdens de opname van hun kind. Door dit onderzoek uit te voeren en met een stappenplan te komen over deze begeleiding zal het duidelijker worden hoe dit zo effectief mogelijk gedaan kan worden. Daarnaast zijn in 2012 meerdere werknemers gestart met een opleiding voor therapieën welke begeleiding aan ouders en kind betreft. Deze therapieën worden nog niet lang gegeven op de Jutters. Door deze therapieën mee te nemen in dit onderzoek zal er duidelijkheid komen over hoe en wanneer deze het best in te zetten zijn. Wanneer blijkt dat dit onderzoek succesvol is kan dit ook op andere afdelingen of andere instellingen toegepast worden.

5 Stappenplan

5.1 Werkzaamheden tot en met het eindresultaat

Om mijn scriptie en eindgesprek tot een positief resultaat te laten komen is het van belang dat ik een duidelijk stappenplan heb met, waar mogelijk, ook een tijdsplanning. Het is afhankelijk van wanneer ik een 'GO' krijg voor mijn onderzoeksopzet wanneer ik kan starten met het stappenplan. Hieronder zal ik eerst beschrijven hoe ik tot mijn eindproduct wil komen. Daarna zal ik beschrijven hoe ik mijn eindgesprek positief wil afsluiten.

5.1.1 Stappenplan product

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 6) is een voorlopige inhoudsopgave van mijn eindverslag te zien. Nadat ik goedkeuring heb voor mijn onderzoeksopzet zal ik het volgende stappenplan volgen om tot mijn scriptieverslag en eindproduct te komen.

0. Vooronderzoek doen

Ik zal beginnen met vooronderzoek doen naar wat ODD inhoudt, wat de Jutters biedt aan therapieën en begeleiding van ouders en waaruit de behandeling aan jongeren met ODD bestaat.

1. Concept document maken voor het eindverslag

Door een concept document te maken voor het eindverslag heb ik voor mijzelf duidelijk hoe ver ik ben en wat er nog moet gebeuren.

2. Kijken wat ik kan overnemen vanuit mijn onderzoeksopzet

Een aantal dingen (zoals de probleemstelling, onderzoeksvragen en dergelijke) zal ik kunnen overnemen uit mijn onderzoeksopzet. Dit zal ik doen en waar nodig aanvullen of uitbreiden.

3. Onderzoeksopzet → inleiding

Nu zal ik beginnen met het schrijven van mijn scriptie. In de inleiding komt naar voren wat de aanleiding is voor het onderzoek en wat de context van het onderzoek is. De aanleiding is reeds beschreven in de onderzoeksopzet, deze zal ik eventueel aanvullen. In de context zal ik uitgebreider dan in de onderzoeksopzet beschrijven wat de Jutters is en om welke doelgroep het onderzoek gaat. Dit ga ik schrijven door middel van literatuuronderzoek en eigen kennis en ervaringen bij de Jutters.

4. Onderzoeksopzet → probleemanalyse, onderzoeksvragen

De probleemanalyse en onderzoeksvragen zal ik ook kunnen overnemen uit de onderzoeksopzet. Ook hier zal ik, indien nodig, aanvullingen in de tekst verwerken. De onderzoeksvragen zal ik hier alleen weergeven, het antwoord op deze vragen komt later in de scriptie aan bod.

5. Onderzoeksopzet → verantwoording van het onderzoek

Ook dit is reeds beschreven in de onderzoeksopzet en kan ik dus overnemen. Ik verwacht dat ik gedurende het onderzoek toevoegingen weet op de verantwoording van het onderzoek welke ik dan zal verwerken.

6. Het onderzoek → de deelvragen

Ik verwacht dat ik aan meerdere deelvragen tegelijkertijd werk. Ik ga eerst per deelvraag kijken of ik contacten/interviews moet houden zodat ik hier meteen afspraken voor kan maken. Daarna zal ik de inleiding, methoden van dataverzameling, het theoretisch kader en een literatuuranalyse schrijven. Zodra eventuele bevindingen uit de praktijk bekend zijn zal ik deze uitkomsten omschrijven en vervolgens de conclusie/het antwoord op de deelvraag schrijven. Deze manier ga ik bij elke deelvraag toepassen. Mocht ik een interview gehouden hebben zal ik deze direct uitwerken op de computer aangezien er op deze manier de meeste informatie bewaard blijft. Daarnaast weet ik uit ervaring dat als het een paar dagen later wordt uitgewerkt er al veel informatie is weg gezakt bij de interviewer.

7. Conclusie → conclusie

In de conclusie geef ik antwoord op de hoofdvraag. Door middel van de antwoorden op de deelvragen geeft ik hier antwoord op. Ook trek ik een conclusie uit alle bevindingen.

8. Conclusie → discussie

Hierin wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek besproken. Door met mijn begeleiders en andere derden in gesprek te gaan en in discussie te gaan wil ik toetsen of ik alles besproken heb. Mocht dit niet zo zijn, kan ik in dit hoofdstuk deze punten naar voren laten komen zodat ik daar rekening mee kan houden met het uiteindelijke product.

9. Aanbevelingen

In mijn aanbevelingen zal ik de uitkomsten van mijn onderzoek bespreken en een aanbeveling doen.

10. Het schrijven van het voorwoord, de samenvatting en nawoord

Zodra mijn eindverslag (bijna) af is zal ik het voorwoord, de samenvatting en het nawoord gaan schrijven. Dit doe ik aan het einde omdat er dan pas duidelijk is wat precies besproken kan of moet worden in deze drie stukken tekst.

11. Bijlagen → interviews

Zoals ik al aangaf werk ik de interviews direct uit om te voorkomen dat ik zaken vergeet. Deze uitwerkingen komen in de bijlagen van het eindverslag.

12. Literatuurlijst

Dit houdt ik gedurende het gehele proces in de gaten. Zodra ik een bron heb gebruikt noteer ik deze en zal ik deze in de APA-literatuurverwijzing zetten.

13. Controleren van het verslag/product en laten lezen door derden

Ook dit punt zal ik gedurende het gehele proces blijven doen. Zo kunnen fouten of andere zaken tijdig opgemerkt worden. Uiteraard zal ik zelf ook regelmatig alles doorlezen en eventueel aanpassen. Zodra mijn definitieve versie van het eindverslag er ligt zal ik het nogmaals van begin tot eind doorlezen. Met derden bedoel ik: begeleiders, beoordelaar, mede-studenten en eventueel familie.

5.1.2 *Stappenplan eindgesprek*

Het eindgesprek is nog ver weg, desondanks zal ik proberen om een zo helder mogelijk beeld te geven hoe ik dit ga voorbereiden en hoe ik dit gesprek wil gaan doen.

1. Voorbereidingsopdracht

De voorbereidingsopdracht bestaat uit het geven van maximaal drie stellingen met betrekking tot het innovatieve, onderzoekende en professionaliserende karakter van het eindresultaat. Dit richt ik op de beroepspraktijk en op mijzelf als individu. Door (literatuur)onderzoek te doen naar de achtergrond van de stellingen en hier verslag van te leggen wil ik duidelijk hebben welke standpunten er zijn met betrekking tot de stellingen. Dit vergroot mijn mogelijkheden voor onderbouwing van de stellingen.

2. Het eindgesprek

Voorbereidend op het eindgesprek heb ik de voorbereidingsopdracht gemaakt. Na het maken van het theoretische verslag wil ik mijn eigen mening maken en deze kunnen beargumenteren. Dit is op individueel niveau en in relatie tot de beroepspraktijk. Mijn mening ga ik verdedigen in het eindgesprek. In het eindgesprek is het van belang dat de student een leidende rol heeft. Ik weet van mijzelf dat ik dit lastig vind, daarom zal ik ook hiervoor wat tips voor mijzelf op papier zetten en eventueel oefenen met het onderbouwen van mijn mening.

3. Gedurende beide bovenstaande punten

Ik zal in gesprek blijven met mijn begeleiders en het eindgesprek voorbespreken. Eventueel kan ik oefenen met mijn begeleiders of mede-studenten. Gedurende het hele proces is het van belang dat ik kritisch ben en naar mijn eigen mening durf te kijken en deze dus kan bekritisieren. Door dit te doen versterk ik mijn mening wat goed is voor het eindgesprek.

6 Concept inhoudsopgave eindverslag

Voorwoord

Samenvatting

Begrippenkader

Onderzoeksopzet	
Inleiding	
Aanleiding van het onderzoek	
Context van het onderzoek	
De Jutters	
De doelgroep	
Vooronderzoek	
Probleemanalyse	
Onderzoeksvragen	
Doelstelling	
Hoofdvraag	
Deelvragen (<i>alleen korte weergave</i>)	
Verantwoording van het onderzoek	
Relevantie	
Bruikbaarheid	
Vernieuwendheid	
Het onderzoek	
Deelvraag <i>Dit aanhouden per deelvraag</i>	
Inleiding	
Methoden van dataverzameling	
Theoretisch kader	
Uitkomsten onderzoek	
Conclusie (<i>antwoord op deelvraag</i>)	
Conclusie	
Conclusie (<i>antwoord op hoofdvraag</i>)	
Discussie	
Aanbevelingen	
Nawoord/dankwoord	
Literatuurlijst	
Bijlagen	
Interviews	

Literatuurlijst

Anoniem. *De Inktvis*. <https://www.dejutters.com/over-ons/over-ons/Inktvis> Beschikbaar: 20-01-2013

Anoniem. *De Jutters*. <https://www.dejutters.com/> Beschikbaar: 20-01-2013

Anoniem (2012). Interactieve bijdrage van Nel Verhoeven. *Anoniem*

Anoniem. *Kwaliteit en onderzoek*. <https://www.dejutters.com/over-ons/over-ons/kwaliteit-en-onderzoek> Beschikbaar: 15-02-2013

Anoniem. *Terugval Preventie Centrum voor Psychisch Herstel*.
<http://www.vanklachtenaarkracht.nl/media/2297/terugvalpreventiecentrumvoorpsychischherstel.pdf>
 Beschikbaar: 20-01-2013

Baarda, D.B. et al. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen-Houten: Stenfert Kroese/Wolters.

Bil., P. de (2004). *Observeren, registreren, rapporteren en interpreteren*. Barneveld: Nelissen. Derde druk.

Greenblatt, M., R. Becerra et al. *Social network and mental health*.
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1982-30887-001> Beschikbaar: 15-02-2013

Hans., H. van (2006). *Voor het onderzoek: het formuleren van de probleemstelling*. Amsterdam: Boom.

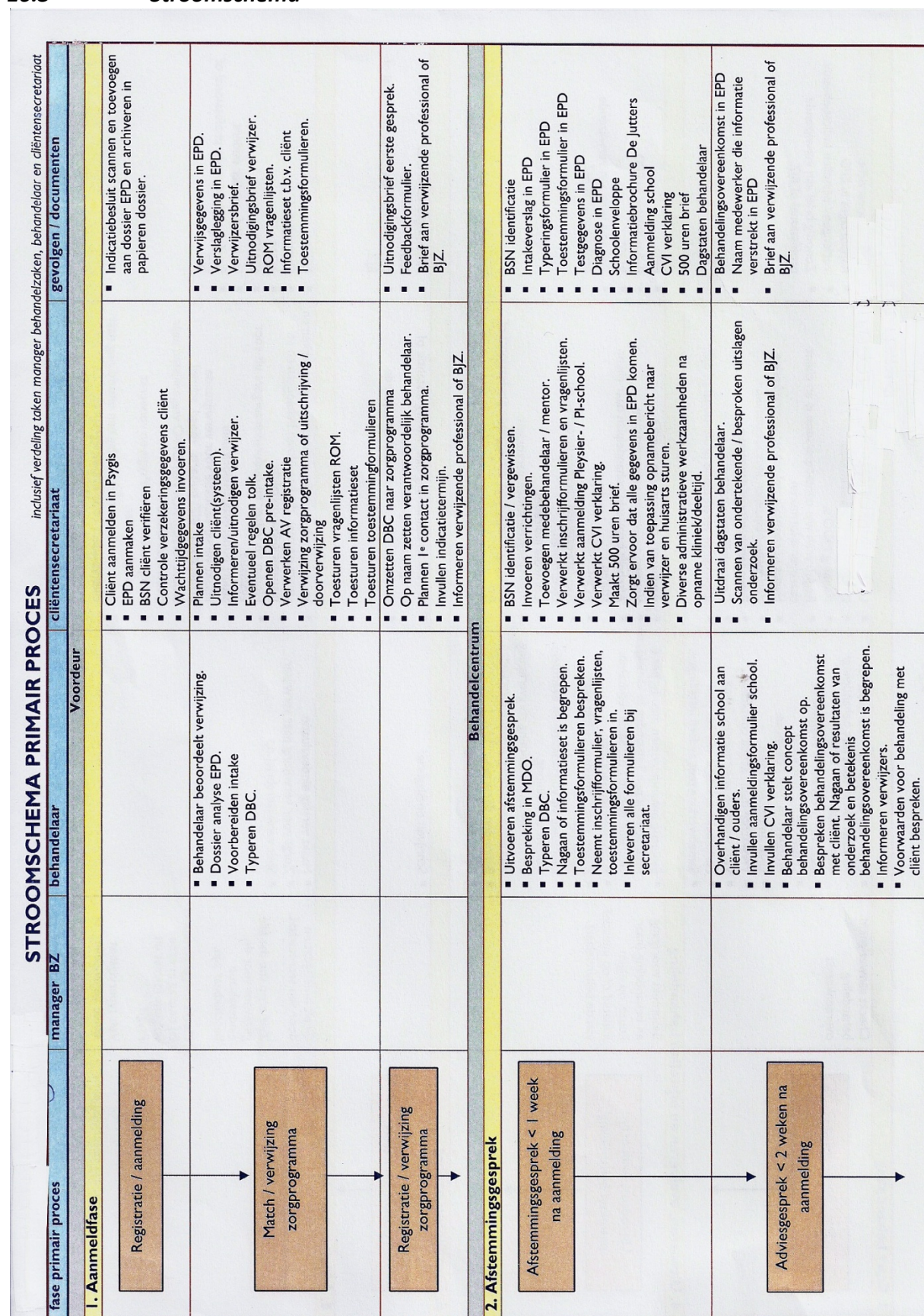
Harten, M. van der, E. van Rijn (2008). *Behandelend opvoeden: groepswork in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV. Vierde druk.

Heerink, M. et al. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Lourens, G. (2010). Jongeren met ernstige gedragsproblemen. *Maatwerk: vakblad voor maatschappelijk werk*, n.b., n.b., pagina 18.

Migchelbrink, F. (2005). *Praktijkgericht onderzoek in Zorg en Welzijn*. Amsterdam: SWP.

Vinck., R., J. Leonard (2007). *Dit ben ik. Zie jij mij?: Zelfbeeld bij kinderen*. Antwerpen: Garant.



3. Start behandeling				
Start behandeling	Checkt aanwezigheid behandeling overeenkomst	- Geeft aan secretariaat door waar en wanneer cliënt start met behandeling/ diagnostiek. - Inzet van programma's / modules. - Ontwikkelingsanamnese. - Problemanalyse / diagnose. - Eind- en tussendoelen. - Verwachte duur, aantal contacten - Voorwaarden voor zorgverlening - Periodieke evaluatie van het plan - Samenwerking met andere instellingen.	- Uitzetten zorgpaden. - Planning agenda behandelaar. - Planning MDO's. - Registreren wie contactpersoon is en cliënt daarover informeren. - Jaarlijkse controle ziektekostenverzekering. - Verlengen / bijstellen indicatiebesluit. - Bewonersoverzicht aanpassen. - Controlelijsten uitdraaien. - Informeren verwijzende professional of BJZ.	- Bewonersoverzicht - Rapportages in EPD - Verlengen / bijstellen Indicatiebesluit - Zonodig brief aan verwijzende professional of BJZ.
4. Uitvoeren, evalueren en bijstellen behandeling				
Uitvoeren, evalueren, bijstellen behandeling	Bespreekt voortgang en behandeling (naar keuze, op eigen initiatief of op initiatief van de behandelaar).	- Evaluatie behandeldoelen min. 1x per 6 maanden (1x per 3 maanden in kliniek) - Gestelde doelen / behaalde resultaten. - Aanpassen behandelplan. - Indien aanpassing dan bericht naar verwijzer. - Eventuele vervolginidicatie en eventuele afbouw en afsluiting. - Uitvoering en afstemming zorgverlening. - Schrijft onderzoeks- /behandelverslagen. - Bijhouden decursus. - Bijhouden verrichtingenregistratie	- Archiveert documenten in EPD. - Verwerkt verrichtingenregistratie. - Afschrift bijgesteld behandelplan naar cliënt sturen. - ROM - Aan/afwezigheid cliënten invoeren en controleren. - Controle indicaties. - Voortgangsberichten verzorgen. - Zonodig Informeren verwijzende professional of BJZ.	- EPD - Behandelplan in EPD - ROM - Zonodig brief aan verwijzende professional of BJZ.
5. Formuleren nazorg				
Formuleren nazorg		Schrijven ontslagbrief	- Versturen aanmelding naar nazorg instantie of terugverwijzing naar huisarts. - Ontslagbrief versturen naar verwijzende professional of BJZ.	- Afsluitingsbrief in EPD - ROM - Brief aan verwijzende professional of BJZ.
6. Afsluiten van de zorg				
Afsluiten nazorg	Geeft ontslagdatum door aan secretariaat. Ziet erop toe dat alle gegevens voor de eindevaluatie beschikbaar zijn. Maakt zorggegevensset bij ontslag in orde volgens format uit Psygis. Vult typeringslijst 'einde behandeling' in.	- Maakt verslag eindevaluatie. - Zorgt voor verwijzing naar verwijzer. - Stelt verwijzersbrief op	- Maakt totaaloverzicht evaluaties en gesprekken en stuurt dit naar alle betrokken behandelaren en manager behandelzaken. - Nodigt verwijzer en ouders/verzorgers uit voor evaluatie. - Stuurt ouderevaluatieformulier. - Maakt versie evaluatie voor verwijzende professional, BJZ, huisarts, voogd, school. - Stuurt verslag, ROM en CWO vragenlijsten naar ouders en cliënt. - Schrijft cliënt uit uit Psygis en verwerkt ontslagformulier. - Stuurt 3 maanden na ontslag een uitnodiging naar cliënt/ouders voor evaluatiegesprek.	- EPD - Ontslagbrief. - ROM - CWO - Evaluatieformulier ouders. - Brief aan verwijzende professional of BJZ.