



Parnassia Groep let op de kleintjes!

Opleiding Pedagogiek
Hogeschool Rotterdam

Afstudeerbegeleidster: Irene Prins



Context Haaglanden
Parnassia Groep

Begeleidster: Susanne van Birgelen

C.L. Holtkamp | 0839190 | Afstudeer onderzoek | Juni 2014

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport dat ik heb geschreven in het kader van mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Pedagogiek aan de Hogeschool van Rotterdam. Al jarenlang heb ik een affiniteit met de zorgsector. Het was daarom geen verrassing mijn stages en afstudeerplek in deze richting te zoeken. Ik heb tijdens de opleiding stage gelopen bij de Jutters, een jeugd GGZ instelling in Den Haag. Na het werken met kinderen zocht ik het contact met ouders. Ik heb mijn stage jaar 3 gelopen bij Context, waarbij ouders centraal stonden. Door het volgen van deze route heb ik voldoende kennis en ervaring opgedaan om af te kunnen studeren op het thema: ouderschap

Dit afstudeeronderzoek is bestemd voor de medewerkers van de Parnassia Groep. En dan met name de afdeling Context en de hulpverleners die met ouders te maken hebben. Vanuit de afdeling Context is er de behoefte het ouderschap van de patiënt meer aandacht te geven. De focus ligt hierbij op de behandeling van de ouder. Ik hoop met dit onderzoek de Parnassia Groep het belang aan te kunnen tonen om ouders voortdurend te bevragen naar hun rol en taken als ouder en het welbevinden van hun kinderen.

Gedurende dit onderzoek ben ik door zowel Context als de Hogeschool Rotterdam begeleid. Graag wil ik dan ook middels deze weg mijn dank uitspreken voor de bijdrage en medewerking voor de totstandkoming van dit onderzoeksrapport. Ten eerste wil ik Irene Prins, mijn afstudeerbegeleider vanuit de Hogeschool Rotterdam bedanken. Dankzij de goede inhoudelijke en opbouwende begeleiding wist ik de structuur weer terug te vinden in mijn stukken. Susanne en Sylvia wil ik vervolgens hartelijk bedanken, omdat zij mij de gelegenheid hebben gegeven dit onderzoek na mijn stage periode uit te mogen voeren. Tenslotte wil ik mijn ouders en zus bedanken voor de ondersteuning en feedback tijdens mijn onderzoeksproces.

's-Gravenhage, juni 2014
Charlotte Holtkamp

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	3
Verklarende woordenlijst.....	4
Inleiding.....	5
1 De Parnassia Groep en de probleemanalyse	6
1.1 De Parnassia Groep.....	6
1.2 Situatie en probleem analyse.....	7
1.3 Ontwikkelingen overheid.....	8
1.3.1 Landelijke ontwikkelingen	8
1.3.2 Lokale ontwikkelingen.....	8
1.3.3 Internationale aspect.....	9
2 De onderzoeksvraag en onderzoeksmethoden	9
2.1 Hoofdvraag en deelvragen.....	10
2.2 De onderzoeksmethoden.....	10
2.2.1 Deskresearch.....	10
2.2.2 Fieldresearch.....	11
2.2.3 Data analyse.....	11
3 Ouderschap en de intergenerationele overdracht.....	12
3.1 Ouderschap.....	12
3.2 KOPP-kinderen.....	12
3.3 Intergenerationele overdracht.....	13
4 De ervaringen en meningen van de hulpverleners.....	14
4.1 Resultaten interviews.....	15
4.1.1 Externe hulpverlener.....	19
5 De behoeften en vragen van de ouders.....	21
5.1 Depressie.....	21
5.2 Resultaten interviews.....	22
6 De visie van de beleidsmedewerker.....	23
7 Conclusies en aanbevelingen.....	24
7.1 Conclusies.....	24
7.2 Aanbevelingen.....	27
8 Discussie.....	28
Bibliografie.....	30
Bijlagen.....	32
Bijlage 1 Tabel zorgbedrijven.....	33
Bijlage 2 Onderzoeksmethoden.....	34
Bijlage 3 Data-analyse deelvraag 1	35
Bijlage 4 Data-analyse deelvraag 2.....	39
Bijlage 5 Data-analyse deelvraag 3.....	40
Bijlage 6 Toestemmingsformulier HBO kennisbank.....	42

Samenvatting

Momenteel bevindt de Geestelijke Gezondheidszorg zich in het overgangsjaar van de Transitie jeugdzorg. Een stelselmatige wijziging die vanuit de overheid is opgelegd. De gemeente zal verantwoordelijk worden gesteld voor de jeugdzorg. Voor opvoedondersteuning kan de ouder terecht bij het CJG. Een gevolg van de Transitie is een splitsing tussen de volwassen en jeugd GGZ. Dit betekent dat de hulpverlener binnen de volwassen GGZ een belangrijke rol krijgt met betrekking tot het ouderschap van de patiënt. Dit wordt nog belangrijker, omdat de preventieve KOPP-groepen gestopt zijn. In de praktijk blijkt dat er niet voldoende aandacht wordt geschonken aan de opvoeding en het ouderschap door de hulpverlener, aldus de opdrachtgever. Het thema ouderschap bij depressieve patiënten staat in dit onderzoek centraal. De onderzoeksvraag die daarbij hoort is, op welke manier betreft de hulpverlener van de Parnassia Groep het thema ouderschap bij de behandeling? En over welke kennis en vaardigheden moet de hulpverlener beschikken om dit te kunnen doen? Het doel van dit onderzoek was inzicht bieden in de bijdrage die de hulpverlener kan geven aan de ouderrol van de patiënt en aan het thema ouderschap. Door de theorie, de praktijk en het beleid met elkaar te verbinden zal een duidelijk beeld naar voren komen. Door middel van deskresearch en fieldresearch is de onderzoeksvraag onderzocht. Interviews zijn afgenomen bij drie doelgroepen, namelijk patiënten, hulpverleners en een beleidsmedewerker.

Uit de theorie blijkt dat kinderen die opgroeien bij ouders met psychische problemen, meer kans hebben zelf ook geestelijke gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Om dit te voorkomen is het essentieel dat de hulpverlener van de ouder het ouderschap betreft bij de behandeling. Uit fieldresearch blijkt de hulpverlener het thema ouderschap te betrekken bij de behandeling, echter dit verschilt per hulpverlener en soort behandeling. De hulpverlener met een systemische achtergrond en de hulpverlener die met een specifieke doelgroep werkt (peripartum team), namelijk vrouwen die zwanger zijn of net bevallen en hierdoor psychische problemen hebben gekregen, betrekken het ouderschap meer dan hulpverleners vanuit de reguliere behandeling. Een ouder die in behandeling is bij het peripartum team vindt het vanzelfsprekend en belangrijk dat het ouderschap wordt betrokken bij de behandeling. Een ouder die in behandeling is op de reguliere afdeling noemt dit een bijzaak, maar de aandacht hiervoor wordt als prettig ervaren. Uit de theorie blijkt dat het betrekken van het systeem bij de behandeling, essentieel is voor de kinderen en eventuele partner om steun te ontvangen en te geven. Er zijn diverse aanbevelingen gedaan. Twee belangrijke zijn: structureel overleg tussen de volwassen GGZ en de gemeente, zodat er voortdurend afstemming tussen beleid en praktijk plaats kan vinden. Tevens is het advies gegeven voor een vervolgonderzoek, omdat de gevolgen van de veranderingen nog niet te overzien zijn. Deze en de andere aanbevelingen worden uitgewerkt in een adviesrapport.

Summary

Currently the Mental Health Care is in the transition year of the Transition youth care. This is a systematic alteration, a decision made by the Dutch government. After this transition year, the municipality will be responsible for youth care, which means there will be a separation between adult and youth mental health care. Parents in need of parenting support can turn to the CJG. In addition, social workers responsible for the adult mental health care, will also need to focus on the parenthood of their patients. This will become even more important because of the discontinued preventive KOPP-groups. In reality it appears that social workers aren't paying enough attention to the education and parenthood, according to the client.

In this research the central theme is depressive patients and their parenthood. Therefore the research question will be: in what ways is the theme parenthood included in the treatment, by the social workers of Parnassia Group? And which knowledge and skills do the social workers need to master, to be able to do so?

The purpose of this research is providing insight into the contribution social workers can

provide to the parental role of their patients and the theme parenthood. To obtain a clear picture, theory, actual practice and policies will be joined together.

The research consisted of deskresearch and fieldresearch. Three different target groups have been interviewed, the patients, social workers and a policy officer.

Theory indicates that children raised by parents with psychiatric problems, have an increased chance of developing mental health issues themselves. To prevent this from happening, it is crucial that social workers working with the parents include parenthood in the treatment. From fieldresearch we learn that social workers are including parenthood in the treatment, however this varies per social worker and type of treatment. Social workers with a systemic background, or social workers with a specific target group (peripartum team), such as pregnant women or women who just gave birth and developed psychiatric problems because of that, seem to be including parenthood more than social workers with regular treatments. Parents receiving treatment from the peripartum team believe it to be important and self-evident that parenthood is included in the treatment. Parents receiving regular treatment believe this to be a side-issue, but the attention devoted to this topic is considered to be pleasant. Theory indicates that including the system in the treatment is essential for the children and partner to receive and give support.

Several recommendations have been given. One of those is a structured dialogue between adult mental health care and the municipality, which will provide continuous alignment between policies and actual practice. In addition to that, follow-up research is recommended, since the consequences of these changes are still unknown. These recommendations, as well as others are fully explained in a advisory report.

Verklarende woordenlijst

Intergenerationele overdracht

Een vicieuze cirkel binnen minstens drie generaties waarin patronen en klachten worden overdragen van ouder op kind.

KOP-model

Een model dat wordt gebruikt binnen de behandeling van depressieve patiënt. KOP staat voor: Klachten, Omstandigheden en Persoonlijke stijlen.

KOPP-kinderen

Kinderen van Ouders met Psychische Problemen.

KOPP-groepen

Preventieve cursussen voor ouders en kinderen met psychische problemen die ondersteuning nodig hadden bij het opvoeden. Deze cursus was vaak aanvullend naast de behandeling.

KVO-kinderen

Kinderen van Verslaafde Ouders.

Parentificatie

Parentificatie komt voor wanneer de rolverdeling tussen ouder en kind wordt omgedraaid.

Wanneer kinderen verantwoordelijkheden overnemen van ouders waar zij op die leeftijd nog niet mee bezig horen te zijn.

Peripartum team

Dit team is een onderdeel van de depressie afdeling van de Parnassia Groep. Peri partum psychiatrie richt zich op vrouwen met psychische problemen die zwanger of net bevallen zijn.

Transitie jeugdzorg

Een stelselwijziging waarin de verantwoordelijkheden en taken voor de jeugd GGZ (tot 18 jaar) worden overgeheveld naar het gemeentefonds van 402 gemeenten. Met als belangrijkste doel: alle zorg rondom de kinderen op alle vlakken in één hand te krijgen, één gezin 1 plan.

Vroeg detectie

Het screenen van kinderen van patiënten als preventief middel.

Inleiding

In de Geestelijke Gezondheidszorg zijn grote ontwikkelingen gaande. Onder andere de structuur, financiering, regels en verantwoording binnen de GGZ veranderen. Eén van deze veranderingen is de Transitie jeugdzorg. De verantwoordelijkheid voor de jeugd GGZ wordt overgenomen door de gemeente. Met deze overheveling naar de gemeente ontstaat een splitsing tussen de volwassen GGZ en de jeugd GGZ. Dit brengt een hoop twijfels en vragen met zich mee. Daarnaast zijn veel preventieve cursussen wegbezuinigd. Deze veranderingen worden meegenomen in het afstudeeronderzoek.

Vanuit Context is vastgesteld dat er niet voldoende aandacht wordt besteedt aan de opvoeding en het ouderschap door de hulpverlener. Uit de literatuur blijkt dat het zeer belangrijk is om het ouderschap en het systeem van psychische patiënten te betrekken bij de behandeling (Baars, 2013). Nu de splitsing tussen de volwassen GGZ en de jeugd GGZ een feit is, wordt dit belang extra benadrukt.

De vraagstelling die in dit onderzoek centraal stond is als volgt:

“Op welke manier betreft de hulpverlener van de Parnassia Groep het thema ouderschap bij de behandeling van de depressieve ouder?”

en

“Over welke kennis en vaardigheden moet de hulpverlener beschikken om dit te kunnen doen?”

Het doel van dit onderzoek was inzicht bieden in de bijdrage die de hulpverlener kan geven aan de ouderrol van de patiënt en aan het thema ouderschap.

Op deze manier kan er een bijdrage worden geleverd aan de professionalisering van de hulpverlener.

De indeling van mijn onderzoeksverslag is als volgt:

In hoofdstuk 1 wordt een beschrijving gegeven van de organisatie, de situatie en probleemanalyse en diverse ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden. Vervolgens worden in hoofdstuk 2 de onderzoeksvraag en methoden toegelicht. De theoretische onderbouwing komt in hoofdstuk 3 aan bod. In hoofdstuk 4, 5 en 6 worden de resultaten van de interviews beschreven. Hoofdstuk 7 bevat de aanbevelingen voor de praktijk. Tot slot vormt hoofdstuk 8 de kritische discussie.

1 De Parnassia Groep en de probleem analyse

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de organisatie die aanleiding gaf tot dit onderzoek en de afdeling waar de afstudeeropdracht opgezet is. Daarnaast komen de probleemanalyse en recente ontwikkelingen aan bod.

1.1 De Parnassia groep

De Parnassia is een non profit organisatie voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Een aantal Haagse GGZ-instellingen bundelden in 1999 hun krachten. Er ontstond een divers en samenhangend aanbod van hulpverlening binnen één zorgorganisatie: Parnassia. Diverse fusies hebben daarna nog plaatsgevonden met als resultaat: *de Parnassia Groep*.

Het werkgebied van de organisatie omvat een groot deel van de Randstad. Onder de Parnassia Groep vallen meerdere zorgbedrijven. Deze verschillende zorgbedrijven van de Parnassia Groep verlenen psychische zorg en verslavingszorg.

De specialismen van de Parnassia Groep richten zich op preventie, kortdurende hulp, langdurige of specialistische hulp, psycho-medische behandelprogramma's verslavingszorg, (interculturele) psychiatrie en forensische en intensieve zorg. De zorgbedrijven die onder de Parnassia Groep vallen zijn weergegeven in bijlage 1.

Zoals in de inleiding benoemd is er een hoop veranderd binnen de GGZ. *"Wij willen de kwaliteit verhogen, maar de kosten per patiënt verlagen. Want het moet doelmatiger"* aldus, Stephan Valk, voorzitter Raad van Bestuur (2013).

De Parnassia Groep vindt een drietal thema's belangrijk binnen de gezondheidszorg:

1. Minder kosten per patiënt en inzet van e-health, waar behandelprogramma's online te volgen zijn.
2. Basis GGZ en GGZ-teams in de wijk. Samenwerken met huisartsen en andere hulpverlenende instanties. Werken binnen in de wijken, zodat er bij de mensen thuis langs gegaan kan worden.
3. Vroegdetectie om zo snel mogelijk de nodige zorg te leveren. Dit houdt in: *"We screenen kinderen van patiënten op voortekenen van klachten, bieden eventueel een behandeling aan waardoor we toekomstige psychische problemen voorkomen. De patiënt maakt zich dan minder zorgen over de eigen kinderen, dit bevordert het herstel en de kinderen groeien gezonder op"* (Parnassia Groep, 2014).

Dit laatste thema sluit aan bij het onderwerp van het afstudeeronderzoek. De Parnassia Groep benoemt het belang van de aandacht aan de kinderen en het ouderschap. Preventie is waar Context zich op richt.

Afdeling Context

Context is de preventie afdeling van de Parnassia Groep. Als afdeling heeft Context expertise op meerdere terreinen, namelijk de GGZ- en verslavingspreventie en Lerend Vermogen. De expertise waar dit onderzoek zich op richt is de GGZ preventie genaamd Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen (afkorting KOPP) en Kinderen van verslaafde ouders (afkorting KVO). KOPP/KVO heeft de cursus preventieve opvoedondersteuning voor ouders en KOPP-groepen voor de kinderen die in behandeling zijn, moeten stoppen in verband met bezuinigingen.

1.2 Situatie en probleemanalyse

Deze paragraaf bevat de situatieanalyse, aanleiding van het onderzoek en probleemanalyse. Dit is toegespitst op micro-, meso-, en macroniveau.

Situatieanalyse

De situatieanalyse kan vanuit drie perspectieven worden beschouwd, namelijk uit ervaringen, het beleid en de theorie. Uit eigen ervaringen met het begeleiden van ouders met psychische problemen bleek dat ouders veel problemen ervaren bij het opvoeden. Dit waren voornamelijk onzekerheden bij het opvoeden en vragen rondom de ontwikkeling van de kinderen, zoals: “hoe moet ik mijn kindje uitleggen wat ik heb?” Opvallend was het lotgenoten contact wat veel hielp bij het herstel van de ouder. Uit het gesprek met de opdrachtgever kwam duidelijk naar voren dat ouderschap binnen de behandeling niet voldoende aan de orde kwam. Op dit moment is Context aanspreekpunt in advies en consultatie voor de behandelaren van de verschillende afdelingen. De splitsing van de Volwassen GGZ en Jeugd GGZ is een feit. De vrees heerst dat jeugd en volwassen instellingen elkaar niet meer kunnen vinden betreffende de ouderrol van de patiënt. Het aanbieden van KOPP-groepen is in 2013 gestopt (vanwege bezuinigingen). Deze ontwikkeling wordt verder toegelicht in paragraaf 1.3. Op basis van de literatuur kan worden gesteld dat aandacht geven aan het thema ouderschap wel essentieel is, gezien de mogelijke gevolgen voor de kinderen als dit niet gebeurt (Adriaens, 2011). Het probleem kan dan worden overgedragen van generatie op generatie. Dit theoretisch kader wordt verder toegelicht in hoofdstuk 3.

Aanleiding onderzoek

In de praktijk blijkt dat er niet voldoende aandacht wordt geschonken aan de opvoeding en het ouderschap door de hulpverlener, aldus de opdrachtgever.¹ In het verleden verwees de behandeling geregeld ouders naar de KOPP-groepen. Door het stoppen van de KOPP-groepen kunnen hulpverleners hier geen gebruik meer van maken en zijn zij dus genoodzaakt aandacht te besteden aan het thema ouderschap tijdens de behandeling.

Het is daarom belangrijk om ouderschap aan de orde te stellen. Er moet niet worden vergeten dat kinderen die opgroeien bij ouders met psychische problemen meer kans hebben zelf ook geestelijke gezondheidsproblemen te ontwikkelen (Trimbos Instituut, 2011).

Probleemanalyse

Het praktijkprobleem op Micro, Meso en Macro niveau

Microniveau kind/ouders: opgroeien in een gezin waarvan de ouder psychische problemen heeft is vaak niet eenvoudig. Deze Kinderen van Ouder met Psychische Problemen (KOPP kinderen) houden het gedrag van de ouder sterk in de gaten. In het behaviorisme wordt gesproken van Model Behavior. Kinderen kopiëren hierbij het gedrag van de ouder (Rigter, 2010). Dit principe wordt verder toegelicht bij de theoretische onderbouwing van de intergenerationele overdracht in hoofdstuk 3.3. Het risico bestaat dat de eigen gevoelens en behoeften naar de achtergrond verdwijnen (Baars, 2013).

Mesoniveau de organisatie: de splitsing van de Volwassen GGZ en de Jeugd GGZ moet worden geaccepteerd. Dit is een politiek besluit en recent vastgelegd in wetgeving. De hulpverlener voert de behandeling uit zoals is afgesproken, maar het aanbod voor de ouders met psychische problemen gericht op de opvoeding is er niet of nauwelijks meer. De opdrachtgever heeft aangegeven dat er te weinig aandacht besteed wordt aan het ouderschap van de patiënt binnen de organisatie.

Macroniveau de maatschappij: op maatschappelijk niveau is besloten de Jeugd GGZ over te dragen aan de gemeente. Als de negatieve gevolgen voor de kinderen plaatsvinden, kan het zo

¹ Gesprek met de opdrachtgever op 16 Januari 2014

zijn dat de kinderen van patiënten later ook psychische schade als gevolg van de verminderde aandacht voor het kind en moeder-kind relatie krijgen. Dit zorgt voor verhoogde kosten binnen de zorg.

Er is geschreven over de Parnassia Groep als overkoepelende organisatie en over Context als afdeling. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Context, maar wordt geschreven naar de Parnassia Groep toe. Daarom wordt de Parnassia Groep vanaf nu verder genoemd bij het noemen van de organisatie.

Het gaat om de patiënt die ook een ouder is. Daarom wordt de patiënt vanaf nu ouder genoemd. De psychische stoornis waar dit onderzoek zich op heeft gericht is: depressie.

1.3 Ontwikkelingen overheid

In deze paragraaf komen de recente ontwikkelingen aan bod die te maken hebben met het onderwerp van het onderzoek. Allereerst worden de landelijke ontwikkelingen toegelicht zoals de Transitie en de WMO en vervolgens de lokale ontwikkelingen binnen de Parnassia Groep zoals het wegbezuinigen van de KOPP groepen. Tot slot wordt het internationale aspect beschreven.

1.3.1 Landelijke ontwikkelingen

Er hebben meerdere actuele ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van de zorg. Namelijk de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Jeugdtransitie.

De zorguitgaven groeien al jaren harder dan de Nederlandse economie. Dit maakt ingrijpen noodzakelijk. Dit ingrijpen leidt tot maatregelen om de kosten te beperken: verhogen eigen bijdragen, inperken van het basispakket en het anders structureren van de zorg (RIVM, 2013). Over al deze maatregelen zijn verschillende uitspraken gedaan waarvoor later in dit verslag aandacht. Op het anders structureren van zorg wordt nu verder ingegaan.

Transitie Jeugdzorg

In februari 2014 is de jeugd wet aangenomen in de Tweede Kamer die leidt tot de Transitie Jeugdzorg. Deze stelselwijziging ziet er als volgt uit: de verantwoordelijkheden en taken voor de jeugd GGZ (tot 18 jaar) worden overgeheveld naar het gemeentefonds van 402 gemeenten. Met als belangrijkste doel alle zorg rondom de kinderen op alle vlakken in één hand te krijgen. Hiermee vervalt het verzekerde recht op zorg voor kinderen tot 18 jaar, betreffende psychische en psychiatrische stoornissen (Parnassia Groep, 2014). Hierdoor wordt de volwassen GGZ en de jeugd GGZ gesplitst. Deze splitsing en de consequenties ervan komen ook aan de orde bij de interviews met de hulpverleners en de beleidsmedewerker en is daarmee een belangrijk aandachtspunt voor dit onderzoek geworden.

Volgens het expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Ontwikkeling (JSO) staan de gemeenten drie grote opdrachten te wachten, namelijk:

1. Transitie: de gemeenten zijn verantwoordelijk voor de Jeugd GGZ. En moeten de taken overnemen en uitvoeren.
 2. Besparing: deze transitie bespaart een hoop geld in het kader van de bezuinigingen.
 3. Transformatie: het omzetten van de organisatie van het aanbod voor de Jeugd GGZ (JSO, n.d.)
- Extra argument: Gemeenten staan dicht bij de burgers.

De komende 3 jaar wordt uitgetrokken om vanuit de zorgverzekeringswet de Jeugd GGZ over te hevelen naar de gemeenten om een 'zachte landing' voor de Jeugd GGZ mogelijk te maken (Parnassia Groep, 2014).

De Transitie brengt vele meningen en vragen met zich mee. Dit onderzoek is mede ontstaan uit een zorg over deze Transitie. Dit is zichtbaar te zien in een krantenartikel van dit jaar:

*“Daan heeft een nierziekte. Thijs heeft autisme.
Allebei krijgen ze medische zorg, vergoed uit het basispakket van hun zorgverzekering.
Maar voor Thijs dreigt er een probleem...”
(NRC, februari 2014).*

Toelichting: Afhankelijk van de gemeente waar Thijs woont, wordt er een hoge of lage vergoeding verstrekt. Voor Daan die een nierziekte heeft, maakt het niet uit waar hij woont, omdat de zorgverzekering garant staat voor zijn kosten.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De “Wet Maatschappelijke Ondersteuning” trad op 1 januari 2007 in werking. Het doel van de WMO is ‘meedoen’. Deze wet zorgt ervoor dat mensen binnen de samenleving meer zelf moeten gaan doen voordat professionele hulp ingeschakeld wordt. Hulp wordt eerst gezocht bij vrienden, burens, familie of bekenden. Pas als dit niet lukt, wordt professionele hulp aangevraagd bij de gemeente (Holtkamp, 2013).

1.3.2 Lokale ontwikkeling

Een lokale ontwikkeling die voortkomt uit de transitie en die begin 2014 heeft plaatsgevonden binnen de Parnassia Groep, is de wegbezuiniging van de KOPP-groepen. Deze KOPP-groepen waren preventieve cursussen voor ouders met psychische problemen die naast hun behandeling ondersteuning nodig hadden bij het opvoeden en voor de kinderen de kindergroepen. Dit gebeurde in groepsverband en bestond uit 10 bijeenkomsten.

1.3.3 Internationale aspect

In Denemarken zijn de gemeenten sinds een aantal jaren verantwoordelijk voor jeugdvoorzieningen. De taak van de gemeenten is om een integraal jeugdbeleid op te stellen waarbij de voortgang goed verloopt tussen algemene voorzieningen en specifieke voorzieningen (NJI, 2012). De redenen voor deze overgang in Denemarken waren: helderheid bieden, terugbrengen van kosten en verhogen van de kwaliteit van voorzieningen.

Maar heeft de transitie tot succes geleid? Na vijf jaar kunnen de Denen dit bevestigen. De eerste periode was dit niet te zien, de kosten stegen en het aantal kinderen dat zorg nodig had ook. Pas na een aantal jaren waren er positieve veranderingen zichtbaar. Kinderen en gezinnen werden sneller geholpen. Het advies van de Denen is dus, neem de tijd voor dit overgangsproces (Vink, n.d.).

Samenvatting

Binnen de gezondheidszorg vinden tal van veranderingen plaats. Zo wordt de Jeugd hulpverlening overgedragen per 1 januari 2015 naar de gemeenten. Dit levert veel vragen op bij zowel de gemeenten als de GGZ instellingen. Is de zorg voor het kind met psychiatrische problemen nog wel gewaarborgd?

Daarnaast heeft de WMO zijn intrede al een aantal jaar geleden gedaan, met de nodige gevolgen. Het doel van de WMO is ‘meedoen’. Pas wanneer het oplossen binnen het eigen netwerk niet lukt wordt professionele hulp aangevraagd. Het KOPP-aanbod is in de GGZ wegbezuinigd. Deze cursussen waren aanvullend voor een ouder naast de behandeling. Momenteel bevindt de GGZ zich in het overgangsjaar rondom de Transitie en andere veranderingen. Dit brengt onzekerheden en vragen met zich mee waarover dagelijks berichten zijn te lezen in kranten. In Denemarken heeft een aantal jaar geleden vanwege dezelfde redenen de Transitie van de jeugdzorg al plaatsgevonden. De uitkomst blijkt na 5 jaar positief te zijn.

2 De onderzoeksvraag en onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk worden de doelstelling, hoofdvraag en deelvragen beschreven.

2.1 Hoofdvraag en deelvragen

Doelstelling van het onderzoek

Het doel van het onderzoek was inzicht bieden in de bijdrage die de hulplener kan geven aan de ouderrol van de patiënt en aan het thema ouderschap. Door de theorie, de praktijk en het beleid met elkaar te verbinden zal een duidelijk beeld naar voren komen.

Een duidelijk beeld over hoe op dit moment het ouderschap de aandacht krijgt binnen de behandeling. De meningen en ervaringen van de hulpverlener over haar rol hierin, de behoeften van de ouders tijdens de behandeling en hoe de gemeente denkt te handelen rondom de Transitie en de eventuele gevolgen voor de volwassen GGZ.

Naar aanleiding van het eerder beschreven probleem en de doelstelling kan de hoofdvraag worden geformuleerd. De hoofdvraag luidt als volgt:

“Op welke manier betreft de hulpverlener van de Parnassia Groep het thema ouderschap bij de behandeling van de depressieve ouder?”

en

“Over welke kennis en vaardigheden moet de hulpverlener beschikken om dit te kunnen doen?”

Om antwoord te krijgen op bovenstaande hoofdvraag beantwoord ik in het onderzoek de volgende deelvragen:

1. Op welke manier krijgt het thema ouderschap op dit moment aandacht in de behandeling van de ouder?
 - 1.1. Welke kennis en vaardigheden hebben de hulpverleners op dit vlak?
 - 1.2. Wat mist de hulpverlener op dit vlak?
2. Welke behoeften en vragen hebben ouders op het gebied van ouderschap tijdens de behandeling?
 - 2.1. Hoe wordt volgens de ouders op dit moment aandacht besteed aan het thema ouderschap tijdens de behandeling?
 - 2.2. Wat missen ouders rondom het thema ouderschap tijdens de behandeling?

3. Wat zijn de gevolgen van de transitie van de Jeugd GGZ voor de ouder?

Toelichting: Deze deelvraag was reeds in het Plan van Aanpak opgesteld, omdat de Transitie jeugdzorg een belangrijk aandachtspunt was voor dit onderzoek. De Transitie benadrukt de splitsing tussen de volwassen en jeugd GGZ. Of de gemeente de gevolgen vanuit het perspectief van de hulpverlener en de ouder bekijkt, is voorgelegd aan één van de beleidsmedewerkers van de gemeente.

2.2 Onderzoeksmethoden

In deze paragraaf zullen de verschillende methoden die zijn ingezet worden toegelicht. Er is gekozen voor een beknopte toelichting van de onderzoeksmethoden. De uitgebreide versie is terug te vinden bijlage 2.

2.2.1 Deskresearch

Om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden en als voorbereiding op het verzamelen van data is er deskresearch uitgevoerd.

Publieke bronnen als vakliteratuur, landelijke beleidsdocumenten, internet en kranten zijn verzameld en gebruikt. Interne bronnen als organisatie gebonden beleidsdocumenten zijn gebruikt om het huidige beleid van de organisatie na te lezen.

Allereerst is er vooronderzoek gedaan naar de theorie over dit onderwerp. Vervolgens is deze

kennis gebruikt voor het opstellen van interview vragen en het analyseren hiervan. De data zijn gebruikt voor de theoretische onderbouwing in het verslag. Tot slot werd de literatuur geraadpleegd bij het schrijven van het onderzoeksverslag, denk hierbij aan het onderbouwen van resultaten en de conclusies.

2.2.2 Fieldresearch

Naast het verrichten van deskresearch is fieldresearch nodig geweest voor het specifiek beantwoorden van de deelvragen. Fieldresearch is uitgevoerd in de vorm van interviews.

Interviews

Voor iedere deelvraag hebben er semi gestructureerde interviews plaats gevonden. In dit onderzoek ging het voornamelijk om ervaringen, behoeften en het huidige beleid. Van te voren zijn er topics opgesteld als leidraad voor het interview. Er is voor deze manier van interviewen gekozen, zodat er veel data verzameld konden worden met verschillende antwoorden. Om te voorkomen dat respondenten elkaar kunnen beïnvloeden en het voor de patiënten om gevoelige thema's kunnen gaan is er gekozen voor individuele interviews met verschillende doelgroepen (Donk, 2011).

Populatie interviews

De populatie van dit onderzoek bestaat uit meerdere personen. De hulpverleners en de patiënten zijn van dezelfde organisatie, namelijk de Parnassia Groep. De achtergrond van de hulpverleners is verschillend. Hulpverlener 1 en 2 hebben een sociaal psychiatrisch verpleegkundige opleiding en hulpverlener 3 is verpleegkundig specialist. Hulpverlener 1 en 2 zijn werkzaam op de reguliere behandel afdeling en hulpverlener 3 is werkzaam in het peripartum team van de depressie afdeling. De extern deskundige is afkomstig van een soort gelijke instelling, de Riagg. De extern deskundige hulpverlener is geïnterviewd ter vergelijking. Om te kijken hoe er bij een soort gelijke GGZ organisatie aandacht wordt gegeven aan het thema ouderschap tijdens de behandeling zijn dezelfde interview vragen afgenomen als bij de andere hulpverleners. De externe hulpverlener is ook sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maar met een systeem theoretische vervolgopleiding. De beleidsmedewerker is werkzaam bij de gemeente Den Haag.

- Voor deelvraag 1 zijn vier hulpverleners geïnterviewd waarvan één extern deskundige,
- Voor deelvraag 2 zijn twee patiënten geïnterviewd,
- Voor deelvraag 3 is een beleidsmedewerker van de gemeente Den Haag geïnterviewd.

Drie verschillende doelgroepen zorgen voor drie verschillende perspectieven op het thema van dit onderzoek.

2.2.3 Data analyse

De interviews hebben inzicht gegeven in de behoeften, ervaringen, meningen en gedachten over de huidige situatie en aandacht die aan het ouderschap wordt besteed tijdens de behandeling van de ouder. De interviews zijn geanalyseerd door middel van: transcriberen (verbatim), belangrijke informatie selecteren, dit is vervolgens opgesplitst in fragmenten om samen te vatten wat er in het kort werd gezegd en ter vergelijking met de andere respondenten. Op deze manier kon er een antwoord worden geformuleerd per deelvraag.

Voor deze methode is gekozen, omdat het data betreft die wat minder gestructureerd zijn. Dit betekent dat er veel informatie verzameld is met diverse antwoorden. Op deze manier kon ik tekstfragmenten weg laten die geen relatie hadden met de onderzoeksvraag (Donk, 2011). De uitgewerkte data analyse is deels bijgevoegd in de bijlagen. De uitgebreide data analyse en verbatims kunnen worden opgevraagd bij de auteur. De resultaten en topics van de interviews zijn onderverdeeld in drie hoofdstukken zullen worden toegelicht in hoofdstuk 4, 5 en 6.

Voorbeeld: de data terugbrengen tot betekenisvolle fragmenten is als volgt gedaan:

Interview vraag 1: Op welke manier krijgt het thema ouderschap op dit moment de aandacht tijdens de behandeling?

Antwoord hulpverlener 1:

tekst fragment 1:

Nou, ik krijg patiënten toebedeeld, dan hebben ze een intake gehad bij iemand anders. En dan wordt tijdens de intake wel gevraagd of er kinderen zijn en hoe oud ze zijn. Dat is de informatie die ik dan krijg als ik patiënten voor het eerst zie.

-> Maatregel: Informatie uit de intake gesprekken.

Dit wordt ook op deze manier bij de andere hulpverleners uitgewerkt.

3 Ouderschap en de Intergenerationele overdracht

Dit hoofdstuk bevat de theoretische onderbouwing van drie belangrijke thema's van dit afstudeeronderzoek. Allereerst het ouderschap, het thema waar het onderzoek om draait. Vervolgens komen de kinderen van ouders met psychische problemen (vanaf nu KOPP kinderen) aan bod en tot slot de intergenerationele overdracht, de overdracht die plaats kan vinden tussen ouder en kind.

3.1 Ouderschap

Ouderschap is voor de meeste mensen een mijlpaal in het leven. De geboorte van het eerste kind is ook de geboorte van het ouderschap.

Bij het ouderschap komt meer kijken dan alleen het opvoeden van je kind. Bij het ouderschap:

- Komen herinneringen naar boven aan de eigen kindertijd.
- Wordt een nieuwe emotionele dyadische relatie aangegaan. Dit houdt in dat het kindje zich geliefd, gezien en gehoord voelt.
- Ontstaat een triadische verhouding ten opzichte van elkaar. Dit houdt in een driehoeksverhouding ten opzichte van elkaar, vader – moeder – kind.
- Er ontstaat een nieuwe relatie ten opzichte van het gezin van herkomst (Baars, 2013).

Naast de psychische klachten zijn patiënten vaak ook vader of moeder. Iedere ouder wil een goede ouder zijn. Iedere ouder wil dat het goed gaat met de kinderen. En iedere ouder voelt zich schuldig wanneer het kind angstig reageert of schrikt. Hier zit geen verschil tussen een gezonde of zieke ouder. Maar de onzekerheden over de opvoeding en het ouderschap die hierbij komen kijken worden vaak onderschat, zeker wanneer de ouder psychische klachten heeft (Baars, 2013).

Opvoeden kan extra lastig zijn in dit soort situaties. KOPP-kinderen hebben een verhoogd risico zelf ook psychische problemen te ontwikkelen. Juist daarom zouden deze kinderen extra aandacht nodig hebben. Het ouderschap kan ook een beschermende factor zijn voor patiënten, om te willen vechten voor de kinderen. Van der Pas (2006) definieert het ouderschap als een tijdloos en onvoorwaardelijk besef van verantwoordelijk zijn voor een kind. Geen enkele ouder kan dit waar maken.

Om deze redenen behoort begeleiding bij het ouderschap van patiënten met kinderen bij de behandeling in de GGZ (Baars, 2013).

3.2 KOPP-kinderen

Gesteld wordt dat KOPP kinderen een kans hebben die 1,5 keer groter is om zelf psychische problemen te ontwikkelen. Bij kinderen waarvan beide ouders bekend zijn met psychische problemen is deze kans nog groter (Padt, 2010).

Dit risico hangt samen met verschillende factoren, namelijk:

- De leeftijd, hoe jonger, hoe kwetsbaarder.
- Hoe ernstig de stoornis is en hoelang al aanwezig.
- De band van de ouders onderling.
- De sterkte van de partner.
- (Dis)functionele ouder-kind interactie.

Naar aanleiding van een onderzoek is vastgesteld dat ouders met een depressie hun kinderen vaak anders opvoeden. Dit kan zich uiten in: vlakker, minder fysiek contact, afkeuring, minder spontaniteit en eerdere boosheid (Padt, 2010).

Als de ouder zich niet goed kan verplaatsen in de emotionele belevingswereld van het kind kan het kind niet goed zijn eigen identiteit ontwikkelen. Het ontwikkelen van mentale beelden van gevoelens blijft bij deze kinderen dan ook vaak achter. Het ontbreken van beschermende factoren als sociale steun, ruimte voor relaties en een realistisch beeld van de psychische klachten van de ouder kunnen de gevolgen groot zijn. Per leeftijdsfase kunnen de gevolgen anders zichtbaar zijn. Baars (2013) stelt, hoe jonger het kind ten tijde van de psychische problemen van de ouder, des te groter is de invloed op de ontwikkeling van het kind. Deze kinderen kunnen de situatie thuis erg goed aanvoelen (Baars, 2013). De kinderen kunnen de ouderrol overnemen en raken hierdoor geparentificeerd. Dit is wanneer een kind de verantwoordelijkheid neemt over dingen waar het op die leeftijd nog niet mee bezig zou moeten zijn. Zoals de zorg voor ouders, huishoudelijke zorg, troosten van de ouders etc. Het kind neemt hier de taak over van de ouder (Adriaens, 2011). Een voorbeeld van een geparentificeerd kind:

“Het werd mijn tweede natuur om me aan te passen en altijd bezig te zijn met de stemming van mijn moeder. Ze gedroeg zich volkomen onvoorspelbaar en elk verantwoordelijkheidsgevoel ontbrak bij haar. Je moest altijd maar afwachten of ze eten in huis had gehaald. Als oudste van de drie kinderen heb ik vanaf mijn negende voor het huishouden en mijn jongere broer en zus gezorgd.

Als er iets is wat ik in die periode leerde, dan is het wel dat mijn gevoelens en gedachten van geen enkel belang waren. Geen erkenning dus” (Baars, 2013).

3.3 Intergenerationele overdracht

Het thema Intergenerationele overdracht speelt al jaren binnen de psychiatrie. Het betreft op zijn minst drie generaties, grootouders – ouders – kinderen.

Volgens Nagy (2004) heeft de relatie van ouders met hun ouders veel impact op het gezin van nu. Zo ook op het disfunctioneren van een gezin (Adriaens, 2011). De overdracht blijft ook van invloed wanneer grootouders niet meer in beeld zijn.

Een belangrijk gegeven in de contextuele benadering is het rekening houden met de belangen van het nageslacht. Dit is een dwingend en noodzakelijk proces, omdat de toekomstige generatie, het kind, zichzelf niet kan beschermen en afhankelijk is van de ouder. Nagy beschrijft dit als: *“zij zijn uiterst kwetsbaar voor de consequenties van de prioriteiten en handelingen van vorige generaties”* (Nagy, 2004).

Veel ouders met psychische problemen zijn zelf ook kind van een ouder die psychische problemen heeft (gehad). De ouder zit in een vergelijkbare situatie als de eigen ouder vroeger. Hierdoor lijkt het alsof het gedrag geïnternaliseerd is. Zodra de ouder met psychische problemen in aanraking komt met de hulpverlening is het van belang dat de kinderen en partner bij betrokken worden. *“Zo krijgt de patiënt erkenning in zijn ouderschap en de kinderen en de partner krijgen erkenning van de moeilijke situatie”* (Baars, 2013). Wanneer het systeem niet wordt betrokken kan dit een negatief effect hebben. Zodra de patiënt vooruitgang maakt, kan dit voor het thuisfront onwennig zijn. De veranderingen vinden dan geïsoleerd plaats. Waardoor een terug val kan plaatsvinden of de partner klachten kan ontwikkelen. Het systeem betrekken bij de behandeling draagt ook risico's met zich mee namelijk, het pathologiseren van relaties en

gezinnen. Dus het zoeken naar problemen binnen relaties en interacties en het ontkennen van het bestaan van de individuele pathologie (klacht) (Baars, 2013).

Samenvatting

Naar aanleiding van hetgeen hierboven is beschreven, blijkt het ouderschap een bijzondere beleving te zijn en dat het opvoeden van kinderen een lastige taak kan zijn. Dit kan als extra lastig worden ervaren wanneer er sprake is van een psychische ziekte bij de ouder. In dit geval zouden de kinderen extra aandacht nodig hebben. Het hebben van kinderen wordt ook beschouwd als krachtfactor in dit soort situaties. De kinderen van deze patiënten worden KOPP kinderen genoemd. Er wordt gesteld dat deze kinderen meer kans hebben zelf psychische problemen te ontwikkelen, wel 1,5 keer zoveel. De ouders van deze kinderen zijn vaak zelf ook kind van een ouder met psychische problemen. Deze overdracht van generatie op generatie noemen we de intergenerationele overdracht, en betreft op zijn minst drie generaties. De impact die een ouder vroeger heeft meegemaakt, heeft impact op het gezin van nu. Zodra een ouder in behandeling is voor zijn psychische klachten is het van belang dat het systeem wordt betrokken. Het krijgen van erkenning kunnen de naasten ondersteunen. Met naasten worden partner en kinderen bedoeld.

4 De ervaringen en meningen van de hulpverleners

In dit hoofdstuk staat de hulpverlener centraal. De respondenten, topics en resultaten worden toegelicht. De resultaten van het interview met de externe hulpverlener wordt in paragraaf 4.1.1 beschreven.

Respondenten

Hulpverlener 1, is werkzaam bij de acute dienst in Rotterdam.

Hulpverlener 2, is werkzaam als therapeutisch medewerker bij PsyQ.

Hulpverlener 3, is werkzaam op de afdeling depressie in het peripartum team.

Het peri partum team is speciaal voor zwangere of net bevallen vrouwen, waar depressieve en angstklachten te maken hebben met de zwangerschap.

Naast deze drie hulpverleners is er gekozen om een extern deskundige te interviewen, namelijk:

Hulpverlener 4, is werkzaam als systeemtherapeut bij een soort gelijke GGZ organisatie, het RIAGG. Deze externe hulpverlener wordt in paragraaf 4.1.1 toegelicht.

Topics interviews

Zoals eerder benoemd in het hoofdstuk onderzoekmethoden zijn van te voren topics opgesteld en een aantal open en gesloten vragen gelden als leidraad. De topics die tijdens dit interview centraal stonden waren:

- Behandeling
- Vaardigheden
- Ouderschap
- Evenwicht
- KOPP
- Bezuinigingen

De deelvraag waar ik met deze resultaten antwoord op heb gegeven:

Op welke manier krijgt het thema ouderschap op dit moment aandacht bij de behandeling van de ouder?

De sub vragen die hierbij horen om het totale plaatje van de behandeling te creëren zijn: Welke kennis en vaardigheden hebben de hulpverleners op dit vlak?

Wat mist de hulpverlener op dit vlak?

4.1 Resultaten Interviews

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven die een antwoord zullen vormen op de deelvraag die hierboven staat vermeld. De resultaten worden als volgt toegelicht: een interviewvraag die in relatie staat tot de deelvraag wordt beantwoord met overeenkomsten en verschillen in de antwoorden van de hulpverleners. Deze overeenkomsten en verschillen worden toegelicht. Zie pagina 12 bij de data analyse. Tot slot volgt er een algemene samenvatting.

Op welke manier krijgt het ouderschap op dit moment aandacht tijdens de behandeling.

Hulpverlener 1	Hulpverlener 2	Hulpverlener 3
- Informatie uit de intake gesprekken - Hulp inschakelen indien nodig - Vragen stellen	- Informatie uit de intake gesprekken - Hulp inschakelen indien nodig - Vaak vragen stellen. Tijdens kennismakings-gespreken - Houdings-aspecten	- Informatie uit de intake gesprekken - Hulp inschakelen indien nodig - Vragen stellen - Peripartum team: ouderschap staat centraal

Overeenkomsten hulpverleners:

Door alle hulpverleners wordt de informatie uit het intake gesprek gelezen. De hulpverlener verkrijgt hierdoor de algemene informatie zoals of er kinderen zijn, leeftijd, de woon situatie. Zodra er signalen zijn waarvoor directe hulp moet worden ingeschakeld dan wordt dit ook gedaan. Dit varieert van het consultatie bureau, psychiatrische thuiszorg, bureau basiszorg en in het verleden de KOPP groepen. Deze hulp is vaak specifiek gericht op de opvoedondersteuning. Hulpverlener 3 geeft aan dat het tegenwoordig verplicht is deze vragen te stellen. Dit noemt zij de kind check list. De andere twee hulpverleners noemen deze check list niet, maar geven aan wel te vragen naar de kinderen in het intake gesprek.

Verschillen hulpverleners:

De verschillen die tussen de hulpverleners naar voren komen zijn: de frequentie van het vragen stellen. Hulpverlener 1 gaf aan dat het wel blijft bij het intake gesprek. Vervolgens gaat het vaak over vragen als: 'hoe gaat het thuis en met de kinderen', die worden gesteld tijdens de behandeling. Hulpverlener 2 gaf aan hier wel vaker op terug te komen. Dit hield in: vaker advies geven. Hulpverlener 3 maakt hierin het verschil, omdat er sprake is van, net bevallen of zwangere patiënten staat het ouderschap samen met de klachten centraal binnen de behandeling. Hierin zie je het verschil met hulpverlener 1 en 2. Er worden situaties uitgevraagd en advies gegeven. De klachten zijn ontstaan na of tijdens de zwangerschap.

Hoe komt de hulpverlener het ouderschap tegen.

Hulpverlener 1	Hulpverlener 2	Hulpverlener 3
- Door het stellen van vragen - Opvoedingsvragen - Isoleren: de ouder denkt dat zij de enige is met deze problemen - Veiligheid van het kind	- Door het stellen van vragen - Opvoedingsvragen - Isoleren: de ouder denkt dat zij de enige is met deze problemen - Houdingsaspecten	- Door het stellen van vragen - Opvoedingsvragen - Isoleren: de ouder denkt dat zij de enige is met deze problemen - Onzekerheid & agitatie bij de ouder

Overeenkomsten hulpverleners:

Alle drie de hulpverleners stelden vragen over hoe het verloopt thuis en er komen zaken aan bod zoals opvoedingsvragen, onzekerheden en het isoleren van zichzelf. De ouders denken dan dat ze de enige zijn die deze problemen ervaren. De hoeveelheid van vragen stellen is verschillend en niet te meten. Hulpverlener 3 uit het peri partum team stelde wel veel vragen, omdat het kindje en de opvoeding te maken hebben met de klachten. Bijvoorbeeld wat de ouder doet wanneer het kindje gaat huilen.

Verschillen hulpverleners:

De verschillen die naar voren kwamen waren: de veiligheid van het kind, naast de schuldgevoelens die de ouder kan hebben, volgens hulpverlener 1. Hulpverlener 2 noemde houdingsaspecten van de ouder. Hiermee bedoelde zij het gedrag en de houding die de ouder naar de hulpverlener had. Zo kon de hulpverlener inschatten hoe de ouder zich zou gedragen naar haar kind toe. De agitatie kwam hulpverlener 3 tegen, bijvoorbeeld als de ouder een huil baby had en hier niet mee om kon gaan. De interactie tussen de ouder en het kindje is iets waar hulpverlener 3 zich ook mee bezig houdt binnen het peripartum team.

Welke kennis en vaardigheden heeft de hulpverlener nodig.

Hulpverlener 1	Hulpverlener 2	Hulpverlener 3
- Kennis over de fases van kinderen - Patiënt in zijn context zien - Niet blind staren op pathologie - Systeem betrekken - Signaleren	- Leeftijd - Ervaring - Kennis van de behoeften van een kind - Mensenkennis - Algemeeniseren - Signaleren	- Basale kennis - Signaleren - Inschakelen van hulp - Gehele systeem kunnen zien - Informatie opdoen

Overeenkomsten hulpverleners:

Belangrijk bij dit onderdeel is dat het gaat om de kennis en vaardigheden welke een hulpverlener zou moeten hebben, niet of ze dit ook allemaal zelf moeten bezitten.

De twee vaardigheden die alle hulpverleners benoemden waren signaleren en het bezitten van basale kennis over kinderen en hun behoeften.

Verschillen hulpverleners:

Het betrekken van het systeem werden genoemd door hulpverlener 1 en 3.

Het inschakelen van hulp en informatie opdoen werd alleen benoemd door hulpverlener 3.

Informatie opdoen werd wel benoemd als vaardigheid die wordt gedaan door alle drie de hulpverleners. Ervaring en leeftijd werd alleen benoemd door hulpverlener 2. Hulpverlener 3 vond dit juist niet van toepassing, omdat een jonge afgestudeerde psycholoog dit ook zou moeten kunnen. De hulpverleners benoemden dat ze strenger moeten worden in het meebrengen van de partner, de patiënt meer moeten zien in zijn gehele context. En meer aandacht moeten besteden aan het ouderschap, dit waren twee van de drie hulpverleners van mening.

Hoe kijkt de hulpverlener aan tegen de intergenerationele overdracht.

Hulpverlener 1	Hulpverlener 2	Hulpverlener 3
- Heeft veel invloed - Ziet dit terug tijdens de behandeling en kan dit ook benoemen - Kinderen als beschermende factor inzetten tijdens de behandeling	- Heeft veel invloed - Ziet dit terug tijdens de behandeling en kan dit ook benoemen - Kennis van de behoeften van een kind - Leeftijd van het kind speelt mee	- Heeft veel invloed - Ziet dit terug tijdens de behandeling en kan dit ook benoemen - Preventie belangrijk - Ook bij criminaliteit en drugsgebruik

Overeenkomsten hulpverleners:

Alle hulpverleners konden beamen dat de invloed op de kinderen groot kan zijn. Ze maken dit ook wel mee tijdens de behandeling, bijvoorbeeld geparentificeerde kinderen. Dit kunnen zij ook alle drie benoemen naar de ouder toe. Belangrijk vinden zij hierbij dat de partner ook betrokken wordt als deze er is. De partner heeft ook een rol in de opvoeding en kan eventueel dingen overnemen benoemde hulpverlener 3.

Verschillen hulpverleners:

Een van de hulpverleners benoemde de leeftijd die hierin belangrijk was. Zij had een ervaring met geparentificeerde kinderen die zelf al moesten douchen etc. Dit ging om kinderen van basisschoolleeftijd. Hulpverlener 3 zei over de leeftijd, dat dit niet uitmaakt, zelfs voor baby's heeft een depressieve opvoeder al impact. Hulpverlener 2 benoemde de kinderen bij haar patiënten juist als beschermende factor. Dat ouders hier juist voor willen vechten. De gevoeligheid voor criminaliteit en drugsgebruik noemde een van de hulpverleners ook als risico. Preventie zou goed werken voor de KOPP kinderen.

De volgende antwoorden van de hulpverleners die nog een belangrijke toevoeging hebben voor dit onderzoek waren:

Rondom de splitsing volwassen GGZ en Jeugd GGZ, wegbezuiniging KOPP groepen.

- Zorgelijk
- Tegenstrijdig, omdat er wordt veel aandacht besteed aan preventie en de meld code, maar toch wordt er dan minder gefaciliteerd op het gebied van preventie.
- Tijdsdruk die meespeelt tijdens de behandeling. Minder tijd, dus prioriteiten.
- Consequenties voor de maatschappij: de volgende generatie zou weer meer in de psychiatrie terecht kunnen komen, dit kost weer meer geld.
- Onduidelijkheid; waar moeten we nu terecht betreft opvoedingsvragen van de ouders.
- Houvast nodig en duidelijkheid: zitten nu nog in het overgangsjaar.

- Belangrijk dat er een aanbod blijft voor het hele systeem. Dus voor ouder, kind en partner.

Krijgt het ouderschap voldoende aandacht binnen de behandeling?

De antwoorden op deze vraag werd verschillend bekeken. Individueel vonden twee hulpverleners dat zij voldoende aandacht besteden aan het ouderschap door het regelmatig terug te laten komen in de gesprekken. Bij het peripartum team staat het ouderschap sowieso centraal. Hulpverlener 3 gaf aan dat het ouderschap niet bij elke collega van de afdeling centraal staat. Er is nu verplicht gesteld om bij de intake te vragen of er überhaupt kinderen aanwezig zijn. Wel moet er strenger worden gehamerd op dat de partner mee moet komen naar de behandeling, dit dient een voorwaarde te zijn voor de behandeling. Met andere woorden: wij als hulpverleners weten wat goed is voor het herstel van de patiënt dus hier moet wel aan meegewerkt worden. Dit thema is een topic binnen de zorg. Het werken met een kind- check list bij de intake gesprekken is niet voldoende om aandacht te besteden aan het ouderschap beargumenteert hulpverlener 3.

Samenvatting

Naar aanleiding van hetgeen hierboven is beschreven, blijkt dat het ouderschap wordt betrokken door de informatie uit de intake gesprekken, informeren naar de situatie thuis en de kinderen en opvoedingsvragen beantwoorden. Zodra er signalen zijn waarbij het kind of de ouder extra begeleiding nodig heeft wordt doorverwezen. Bij het peripartum team worden deze aspecten betrokken en staat het ouderschap meer centraal dan bij de reguliere behandeling. Bij het peripartum team wordt het ouderschap vaker betrokken, door de interactie met het kind te bespreken. De kennis en vaardigheden die de hulpverleners vinden dat ze moeten hebben zijn: basale kennis over de ontwikkelingsfasen van kinderen, signaleren, ervaring, leeftijd en de ouder in zijn of haar context kunnen plaatsen. Het systeem betrekken werd benoemd om verder te ontwikkelen, want dit is zeer belangrijk. Uit de theorie van Baars blijkt dat de invloed op de ontwikkeling van het kind groot is ten tijden van de psychische problemen van de ouder (Baars, 2013). Er zal strenger moeten worden gewezen op het mee brengen van de partner naar de behandeling. Uit de interviews is gebleken dat de situatie rondom de Transitie en het wegbezuinigen van de KOPP groepen zorgelijk en tegenstrijdig is. De KOPP-groep was een goed concept volgens de hulpverleners. Het gevolg van deze wegbezuiniging is dat de hulpverleners nu niet goed weten waar ze terecht kunnen voor opvoedondersteuning voor hun patiënt. Het bezuinigen op preventie kan resulteren tot een hoger patiënten percentage in de toekomst, door de intergenerationele overdracht, en dit brengt kosten met zich mee. De Contextuele benadering houdt rekening met de belangen van het nageslacht (Nagy, 2004).

4.1.1 Externe hulpverlener

Voor een vergelijking met een soortgelijke GGZ organisatie is hetzelfde interview afgenomen met een externe hulpverlener. Deze is werkzaam bij het Riagg. Een kleine GGZ instelling in Rotterdam. De resultaten worden beschreven aan de hand van overeenkomsten en verschillen met de antwoorden van de hulpverleners van de Parnassia Groep.

Overeenkomsten en verschillen tussen externe hulpverlener en Parnassia.

Overeenkomsten	Verschillen
- Informatie uit de intake gesprekken - Opvoedings-vragen en tijdsdruk - Vragen stellen over de thuis- situatie - Vaardigheden als kennis, signaleren en communiceren - Preventie groepen wegbezuinigd	- Het maken van een genogram - Intake gesprekken altijd zelf voeren - Behandelen door middel van het KOP model - Systeem actiever betrekken bij de behandeling - Pathologie kennen

Overeenkomsten:

De antwoorden die overeenkomen met de hulpverleners van de Parnassia groep liggen vooral op het verkrijgen van informatie van de ouder uit de intake gesprekken. De vragen die de hulpverlener tegen komt, zijn voornamelijk opvoedingsvragen. De hulpverlener stelt ook regelmatig vragen over hoe het thuis gaat en het opvoeden. Dezelfde vaardigheden die naar voren kwamen zijn: kennis hebben over de ontwikkelingsfasen van kinderen, signaleren en communicatie naar de ouder toe. Bij het Riagg zijn de groepsactiviteiten ook gestopt vanwege bezuinigingen. Dit vond de hulpverlener zonde en hij zou nu ook niet goed weten waar hij terecht kan met vragen of om ouders door te verwijzen. Tijdsdruk speelt ook een grote rol tijdens de behandeling, waardoor er prioriteiten worden gesteld. Dan wordt er eerder gekozen de klachten waarvoor de ouder zich heeft aangemeld dan het ouderschap voorop te stellen.

Verschillen:

De verschillen die naar voren komen hebben te maken met de inhoud van de behandeling. De hulpverlener maakt vaak een genogram om de thuissituatie helder te krijgen van de ouder en brengt zo drie generaties in kaart. De intake gesprekken worden altijd door hem zelf gedaan en niet door een andere collega. Tijdens de behandeling wordt er gebruik gemaakt van het KOP model. Dit staat voor Klachten, Omstandigheden en Persoonlijke stijl. Bij de Omstandigheden komen de kinderen aan bod. De ouder wordt ook gevraagd thuis feedback te vragen van de kinderen en partner. Dit materiaal wordt meegenomen in de behandeling. Zo wordt het systeem betrokken bij de behandeling.

Een opvallende uitspraak was: *“zodra de pathologie versterkt, verengt je blik”*. Dit hield volgens de hulpverlener in, zodra de klachten heftiger worden, vernauwt je blik. Dan ben je als hulpverlener gefocust op de klacht en niet op het systeem en omstandigheden eromheen. Kennis van de pathologie is onontbeerlijk.

Samenvatting

Naar aanleiding van het interview met de extern deskundige is te concluderen dat over het algemeen de behandeling er op dezelfde manier uitziet als bij de Parnassia Groep. Er vindt een intake gesprek plaats en er volgt een behandeling. Het ouderschap wordt op dezelfde wijze betrokken bij de behandeling, namelijk door middel van vragen stellen, vragen beantwoorden en rekening houden met het feit dat er een kind thuis is. Het verschil zit hem in de inhoud van het betrekken. Er wordt dieper ingegaan op de thuis situatie, het systeem wordt indirect betrokken door middel van het KOP model waardoor het ouderschap en de omgeving standaard thema's zijn binnen de behandeling. Op basis van deze informatie wordt bij de extern deskundige het ouderschap consequenter betrokken in de behandeling dan bij de hulpverleners van de Parnassia Groep. Belangrijk verschil is de hulpverlener uit het peri partum team, waarbij het ouderschap centraal staat.

5 De behoeften en vragen van de ouders

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de behoeften en vragen die ouders hebben op het gebied van ouderschap tijdens de behandeling. In het plan van aanpak was gekozen om te specificeren tot de psychische stoornis depressie. Deze stoornis wordt eerst toegelicht en daarna volgen de resultaten van de interviews met de ouders, waarbij de gegevens van de patiënten anoniem blijven.

De respondenten van deze interviews waren twee patiënten van de Parnassia Groep. Patiënt 1 was in behandeling bij het peripartum team. Het peripartum team is bestemd voor vrouwen die zwanger zijn of net bevallen.

Patiënt 2 was vanwege een depressie in behandeling, bij de depressie afdeling van PsyQ. Beide behandelingen zijn hetzelfde, maar in het peripartum team wordt extra aandacht besteed aan de klachten die te maken hebben met het ouderschap en de veiligheid van het kindje.

Topics interviews

De topics die tijdens deze interviews centraal stonden waren:

- Ouderschap
- Behandeling
- Behoeften
- Vragen

De deelvraag die ik met deze interviews wilde beantwoorden was:

Welke behoeften en vragen hebben de ouders op het gebied van ouderschap tijdens de behandeling?

De sub vragen die bij deze deelvraag horen zijn:

Hoe wordt volgens de ouders op dit moment aandacht besteed aan het thema ouderschap tijdens de behandeling?

Wat missen ouders rondom het thema ouderschap tijdens de behandeling?

5.1 Depressie

Diagnostische kenmerken van een depressieve episode volgens de DSMIV:

“Een episode van depressie wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van vijf of meer van de volgende kenmerken of symptomen tijdens een periode van twee weken, die verandering ten opzichte van het eerdere functioneren betekenen. Ten minste één van de kenmerken moet betrekking hebben op ofwel een sombere stemming ofwel verlies van belangstelling voor of plezier in activiteiten. Bovendien moeten de symptomen een klinisch significant niveau van lijden of van belemmering op ten minste een belangrijk terrein van het functioneren tot gevolg hebben, bijvoorbeeld het sociale of beroepsmatige functioneren. De stoornis mag geen direct gevolg zijn van het gebruik van middelen of een behandeling, van een lichamelijke stoornis of verklaarbaar zijn door een andere psychische stoornis. Ook mag de episode geen normale

reactie zijn op de dood van een dierbare, ofwel een periode van rouw.

Frans van Mierlo (2010) stelt in zijn hoofdstuk “gevolgen voor de omgeving van depressie” het volgende: *“Jonge kinderen van een depressieve ouder kunnen schuldgevoelens ontwikkelen over de ziekte van hun ouder en lopen uiteindelijk zelf een verhoogd risico op een depressie”* (Mierlo, 2010).

5.2 Resultaten interviews

In deze paragraaf zullen de resultaten van de interviews met de ouders worden toegelicht. Deze resultaten zullen het antwoord vormen op de tweede deelvraag: welke behoeften en vragen hebben de ouders op het gebied van ouderschap tijdens de behandeling?

Hoe vaak komt de rol als ouder aan bod tijdens de behandeling.

Ouder 1: vaak, speelt een belangrijke rol.

Ouder 2: regelmatig, meer als bijzaak.

Bij ouder 1 van het peri partum team komt het ouderschap vaak aan bod. Omdat de klachten verbonden zijn aan het ouderschap. Dus de prioriteit ligt bij het ouderschap. Bij ouder 2 is dit niet de aanleiding van de depressie.

Op welke manier wordt het ouderschap betrokken.

Hoe de rol van ouder wordt betrokken is bij beide ouders verschillend. Bij ouder 1 wordt echt gekeken naar hoe reageert de ouder op het kindje als hij gaat huilen bijvoorbeeld. De angst en klachten liggen bij ouder 1 vooral bij het feit dat ze bang is dat haar kindje dood gaat. Bij ouder 2 blijft het betrekken van het ouderschap bij het stellen van vragen zoals, hoe is het met het kindje, lukt het met de opvoeding naast de klachten.

Wat vindt de ouder ervan dat dit besproken wordt.

Ouder 1: prima. Omdat ze ook daarvoor komt vind ze het noodzakelijk.

Ouder 2: fijn, maar het had niet perse gehoeven. Het was een fijne bijzaak dat het meegenomen werd. Vooral de erkenning die dit met zich meebrengt, voelde goed.

Wat wordt er verwacht van de behandelaar?

De verwachtingen van beide ouders waren wel verschillend.

Ouder 1 vond het belangrijk dat de behandelaar haar in bepaalde zaken ondersteunde.

Daarnaast kwam het normaliseren van onzekerheden naar voren.

Ouder 2 noemde het mee kunnen denken met de situatie zoals: *“ik heb heel specifiek gekozen om geen medicijnen te krijgen. Hij zei je kan daar heel erg bijwerkingen van krijgen, dat is niet handig als je voor een kleuter in huis moet zorgen”*. En het goed kunnen doorverwijzen indien nodig.

Zodat je niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Ook kwam het geven van erkenning en het stellen van vragen (informerend) wel sterk naar voren bij ouder 2. Beide ouders konden geen punten opnoemen die ze op dit moment misten bij de behandeling rondom het ouderschap. Ouder 2 benoemde het feit dat een hulpverlener niet alles hoeft te weten rondom kinderen en fases, dan zou hij wel heel gespecialiseerd zijn. In haar geval waren er volgens haar ook geen zorgen rondom de kinderen en het opvoeden.

Samenvatting

Naar aanleiding van de bovenstaande resultaten blijkt dat bij beide ouders het ouderschap wordt betrokken bij de behandeling. De hoeveelheid en kwaliteit verschilt hierin. Bij het peri partum team komen ouders in behandeling met als oorzaak het ouderschap, logischer wijs dat het ouderschap dan ook een belangrijk thema was en had ook de behoeften om over het kindje te praten. Een opvallende uitspraak van de ouder vanuit het peri partum team was: *“Ja ik voel me altijd wel schuldig, dan denk ik oh moet ik nu niet over mezelf praten. Maar dat mag dan natuurlijk ook. Dat hoort er ook bij. Dat is dan gewoon zeg maar. Maar dat ik dan denk oh god dan zit ik haar vol te kletsen over een baby, dat moet ik helemaal niet doen.”*

Bij de reguliere behandeling was het ouderschap meer een bijzaak, maar de aandacht werd

prettig ervaren. De verwachtingen en behoeften die ouders hierin hadden verschilden dan ook. Een aantal aspecten die de ouders noemden waren: normaliseren van de situatie, meedenken met de ouder, niet van het kastje naar de muur worden gestuurd, kunnen doorverwijzen indien nodig, erkenning geven en interesse tonen. Uit de interviews blijkt dat het betrekken van het ouderschap belangrijk is en als steunend ervaren wordt. Een opvallend citaat hierbij was: *“Ja ik vind eigenlijk wel heel belangrijk, want ik denk zeker als alleenstaande moeder dat het snel wordt weggeveegd, van ach, je bent moeder en het is allemaal niet zo zwaar. Maar ik denk zeker dat het opvoeden van een kind en het combineren van een fulltime baan, er wel heel erg inhakt en dat wordt toch vaak over het hoofd gezien. Toch wel heel goed dat ze dat erbij betrekken”*.

6 De visie van de beleidsmedewerker

In dit hoofdstuk staat het beleid rondom de Transitie jeugdzorg centraal. Deze ontwikkeling is in hoofdstuk 1.3 eerder beschreven. De signalen die hulpverleners hebben gegeven tijdens de interviews zijn voorgelegd en besproken met één van de beleidsmedewerkers Jeugd van de gemeente Den Haag.

Resultaten interview

Wat zijn de gevolgen van de Transitie van de Jeugd GGZ voor de patiënt die ook ouder is?

Aanleiding van de Transitie

Teveel kinderen vielen tussen wal en schip. Er waren veel soorten zorg en regelingen die ervoor zorgden dat het onoverzichtelijk was, er was geen samenhang tussen de verschillende soorten zorg. Dit werd door de overheid niet langer geaccepteerd.

Signalen die hulpverleners hebben gegeven over het beleid, zijn voorgelegd aan de beleidsmedewerker die daarop een reactie geeft.

Signaal: Tegenstrijdig/jammer: wegbezuiniging van de KOPP-groepen terwijl in het beleid van de gemeente en van Parnassia staat beschreven hoe essentieel preventie is.

Reactie: Verbaasd, niet de bedoeling dat dit niet in overleg met de gemeente gegaan is. (Tenzij collega's hier wel van op de hoogte zijn). Gaat hier achteraan.

Signaal: Hulpverleners moeten signaleren, maar waar zij terecht kunnen met zorgen over de kinderen is nu onduidelijk. Behoeften aan een stroomlijn of overzicht.

Reactie: Er is veel aan het veranderen, er wordt begrepen dat hulpverleners behoefte hebben aan een nieuwe sociale kaart. Anderzijds kunnen zij altijd terecht bij de Centra voor Jeugd en Gezin en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Een advies van de beleidsmedewerker naar de hulpverlener toe is: *“Allereerst een gesprek tussen de ouder en de behandelaar. Dat er aandacht is voor het kind. Als dit onvoldoende blijft, dan kan eventueel het advies zijn om eens te praten met iemand van het CJG”*.

Signaal: Opgroeien met een psychisch zieke ouder kan slecht zijn voor de kinderen. Zo komt deze generatie ook terecht in de psychiatrie. Dit moet preventief worden aangepakt.

Reactie: *“Dit wordt onderkend. Op dit moment is mijn collega A.T bezig met deze groep, met name de KOPP/KVO kinderen. Dit is heel essentieel. Als risico groep. Ze gaat de hele keten binnen deze groep bekijken en hoe dat eruit moet komen te zien. En dan ga ik ervanuit, daar heb ik de volle vertrouwen in dat dit weer een aansluitende keten wordt. Specifiek voor deze doelgroep”*.

Signaal: heeft de gemeente wel genoeg expertise en kennis in huis van de GGZ?

Reactie: Samenwerking met drie opleidingsinstituten. *“We hebben gevraagd of zij de modules willen uitwerken hiervoor. Zodat de CJG medewerkers hierop worden getraind. En daar komen al die principes daar aan bod en worden uitgewerkt”*.

Wat kan de Volwassen GGZ betekenen binnen deze Transitie. Hierover zouden de gemeente en volwassen GGZ eens moeten praten. Een belangrijke uitspraak hierbij was:

Met name hoe kunnen we de relatie tussen de Volwassen psychiatrie versterken met het CJG en hoe ze elkaar vinden. Dat groeit ook, maar dat willen we op dit moment nog wel even behouden. Persoonlijk heb ik wel zoiets van dat moet zich wel verbreden. Ik vind het kwetsbaar als 1 of 2 personen de sleutel zijn tussen de behandelaars die de ouders behandelen en de zorg om de kinderen. Dan denk ik nee dat zou ik graag op breder termijn ingebed willen zien in de CJG's. Waardoor het ook voor de behandelaar ook natuurlijker is om naar het CJG te stappen". Hiernaast geeft de beleidsmedewerker aan dat het grote verschil nu is dat we altijd met de ouders praten en nooit over de ouders.

Wat zijn de gevolgen van de Transitie voor de ouders die in behandeling zijn?

Deze vraag is voor de beleidsmedewerker lastig te beantwoorden, omdat de ouder altijd als eerste aan zet is. Zij zijn verantwoordelijk. De hulpverlener moet op de juiste manier vragen stellen om signalen te kunnen ontvangen. Bij zorgen moet de hulpverlener in staat zijn deze uit te spreken naar de ouder toe.

"Om de gemeente hierop voor te bereiden zullen Ambtenaren die verantwoordelijk worden voor de jeugdzorg een basiscursus jeugdpsychiatrie krijgen. Om te kunnen beoordelen of jongeren psychiatrische hulp nodig hebben of niet" (De Telegraaf, 2014).

Het bovenstaande krantenartikel werd ook besproken tijdens het interview. Dit artikel klopte niet zei de beleidsmedewerker. Middels dit soort artikelen wordt een negatief beeld gecreëerd van de Transitie en de gemeente die niet juist is.

Samenvatting:

"Er vielen teveel kinderen tussen wal en schip" gaf de beleidsmedewerker aan. De beleidsmedewerker vindt preventie essentieel. Uit de theorie blijkt preventie noodzakelijk, omdat het kind zichzelf niet kan beschermen en afhankelijk is (Nagy, 2004). Een collega doet momenteel onderzoek naar de KOPP/KVO kinderen. Het CJG krijgt een belangrijke sleutelpositie en worden geschoold in het onderkennen van psychiatrische problemen. Hulpverleners van de volwassen GGZ kunnen altijd overleggen met het CJG. De hulpverlener krijgt signalen door wanneer er in de opvoeding problemen zijn. Overleg tussen de volwassen GGZ en gemeente is wenselijk. De beleidsmedewerker geeft aan dat de Transitie en alle andere veranderingen enige tijd in beslag nemen. Tientallen kinderziekten moeten worden overwonnen, aldus de beleidsmedewerker. Zoals de ervaring leert in Denemarken kan dit mogelijk wel vijf jaar in beslag nemen (Vink, n.d.).

7 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen beschreven.

7.1 Conclusies

Per deelvraag wordt hieronder een conclusie geschreven die met elkaar uiteindelijk antwoord geven op de hoofdvraag van dit onderzoek.

1. Op welke manier krijgt het thema ouderschap op dit moment aandacht in de behandeling van de ouder?

Sub vragen: Welke kennis en vaardigheden hebben de hulpverleners op dit vlak?

Wat mist de hulpverlener op dit vlak?

Op dit moment krijgt het thema ouderschap op verschillende wijzen aandacht binnen de behandeling van de ouder. Dit verschil hangt af van de soort behandeling die de ouder krijgt en de hulpverlener die de ouder treft. In dit onderzoek zijn twee soorten behandelingen naar voren gekomen: de reguliere behandeling en het peripartum team. Bij de reguliere behandeling komt

het thema ouderschap onder de aandacht bij de intake gesprekken, waar de thuissituatie wordt uitgevraagd. Dit moeten de hulpverleners sinds kort doen aan de hand van een kind-check list. Dit betekent dat deze check list hiervoor niet vanzelfsprekend was. Bij het peripartum team wordt dit op dezelfde wijze gedaan. Tijdens de reguliere behandeling staat vanzelfsprekend de klacht van de ouder voorop. Vanwege tijdsdruk is hierdoor minder aandacht voor het systeem om de ouder heen. Dat resulteert in het feit dat het ouderschap wordt betrokken door het stellen van vragen betreffende het ouderschap tussendoor en het beantwoorden van vragen die de ouder omtrent opvoeding stelt. Bij het peripartum team is dit anders. Hier staat het ouderschap meer centraal tijdens de behandeling. Concluderend kan worden gezegd dat bij het peripartum team het thema ouderschap meer wordt betrokken dan bij de reguliere behandeling, omdat dit een standaard thema is in de behandeling. Per hulpverlener verschilt dit principe ook. Een hulpverlener met een systemische achtergrond of specifieke doelgroep zoals, moeders of zwangere vrouwen betrekken het ouderschap meer dan een hulpverlener die gespecialiseerd is in een psychische stoornis en de pathologie hiervan. Daarnaast wisten niet alle hulpverleners hoe collega's dit thema aanpakken. Dit gegeven zegt iets over de onderlinge communicatie, er wordt geen informatie of advies uitgewisseld. De hulpverleners in het algemeen hebben vaardigheden als: kennis over de fases van kinderen, signaleren van problemen, in een enkel geval ervaring en leeftijd en de ouder in zijn of haar gehele context nodig om het ouderschap te kunnen betrekken. Opvallend was dat de hulpverleners vanuit de reguliere behandeling het systeem betrekken bij de behandeling als verbeterpunt benoemden. Dit betekent dat een systemische achtergrond van een hulpverlener toch van belang is. Kijkend naar de theorie wordt dit bevestigd. Het volgen van het therapieproces voor naastbetrokkenen zorgt ervoor dat zij begrijpen waar de ouder/partner meemaakt. En zo steunen en gesteund kunnen worden, wat één van de essentiële voorwaarden voor het herstelproces is (Baars, 2013). Naast deze vaardigheid noemden zij kennis hebben van de nieuwe sociale kaart ook als een verbeterpunt. Dit refereert aan het feit dat de hulpverleners nu niet weten waar zij terecht kunnen met vragen of doorverwijzingen. De oplossing is volgens de beleidsmedewerker gemakkelijk, namelijk het CJG. Maar blijkbaar is dit voor de hulpverlener nog niet duidelijk.

2. Welke behoeften en vragen hebben ouders op het gebied van ouderschap tijdens de behandeling?

Sub vragen: Hoe wordt volgens de ouders op dit moment aandacht besteed aan het thema ouderschap tijdens de behandeling?

Wat missen ouders rondom het thema ouderschap tijdens de behandeling?

De behoeften en vragen die ouders hebben tijdens de reguliere of peripartum aanpak verschillen niet veel van elkaar. Bij beide behandelingen wordt verwacht dat er: erkenning wordt gegeven, normaliseren en bevestigen van problemen, interesse wordt getoond, ondersteund, vragen worden gesteld rondom de opvoeding, wordt meegedacht met de ouder en het ouderschap wordt betrokken.

Hieruit blijkt dat het betrekken van het ouderschap als goed wordt ervaren. Het verschil tussen de ouders, waarvan de één in behandeling is op de reguliere afdeling en de ander in het peripartum team is de vanzelfsprekendheid en behoefte dat het ouderschap wordt betrokken. Een ouder die in behandeling bij het peripartum team is zal het vanzelfsprekender vinden dat het ouderschap wordt betrokken, want daar komt de ouder voor en mede door het ouderschap zijn de klachten ontstaan. De ouder vanuit de reguliere behandeling had niet verwacht dat het ouderschap zou worden betrokken, maar heeft dit als goed ervaren en kon hierdoor ook aanvullen dat het juist goed was, maar als bijzaak blijft worden gezien. Concluderend kan worden gezegd dat het betrekken van het ouderschap een eis is bij het peripartum team en bij de reguliere behandeling als bijzaak, maar niet moet worden vergeten bij de behandeling. Hoe het thema ouderschap daadwerkelijk wordt betrokken bij de behandeling is verschillend, blijkt uit de antwoorden van de ouders. Bij het peripartum team wordt inhoudelijk ingegaan op situaties die de moeder met het kindje meemaakt. Deze interactie wordt besproken en de klacht wordt bekeken. Hoe de moeder het ouderschap ervaart is bepalend voor het herstel. Bij de

reguliere behandeling is dit niet het geval. Hier staat het ontstaan van de klacht los van het ouderschap, maar de gevolgen voor het ouderschap niet. Tijdens deze behandeling wordt erkenning gegeven voor het ouderschap wat als zwaar wordt ervaren in combinatie met psychische problemen en gevraagd naar de kinderen en eventuele onzekerheden of opvoedvragen worden weggenomen en beantwoord. Uit de theorie blijkt dat de onzekerheden bij ouders waar sprake is van psychische klachten kunnen worden onderschat (Baars, 2013). Dit is terug te zien in de praktijk waarbij één van de ouders nogmaals bevestigde hoe zwaar het kan zijn om de opvoeding en een fulltime baan te combineren als alleenstaande moeder en last heeft van psychische klachten.

3. Wat zijn de gevolgen van de Transitie van de Jeugd GGZ voor de ouder?

De preventieve KOPP-groepen zijn er niet meer, vanwege bezuinigingen binnen de GGZ. Dit wordt als zorgelijk ervaren door de hulpverleners. Uit de theorie blijkt ook dat preventie een effectief hulpmiddel is, want preventief handelen kan de negatieve consequenties voor kinderen die opgroeien met een depressieve ouder voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat KOPP-kinderen 1,5 keer zoveel groter de kans hebben om zelf psychische problemen te ontwikkelen als hier niks aan gedaan wordt (Trimbos, n.d.). Hier is vooralsnog geen alternatief aanwezig. Deze groepen waren aanvullend naast de behandeling en voor ouders laagdrempelig. Het CJG biedt deze opvoedondersteuning ook, maar de hulpverleners zijn hier niet goed van op de hoogte. Een depressieve ouder stapt minder gemakkelijk het CJG binnen om te vragen naar opvoedondersteuning dan de hulpverlener die dit intern regelt voor de ouder. Door deze bezuiniging is de hulpverlener nu meer verantwoordelijk voor het signaleren van problemen bij en het welzijn van de kinderen. Ook wanneer de ouder niet veel los laat over de kinderen en de opvoeding. Belangrijk hierbij is dat de hulpverlener ook het eerste aanspreekpunt en vertrouwenspersoon van de ouder is. De hulpverlener heeft de taak om door te verwijzen naar het CJG. Vooralsnog blijft dit voor een depressieve ouder moeilijk, omdat er sprake is van weinig belangstelling, verlies interesse en gespannen gevoelens (Nevid, et al., 2012). De onzekerheid van de hulpverleners over de Transitie heeft zijn uitwerking op de behandeling van de ouder. Ervaringen vanuit Denemarken wijzen op de tijd die deze verandering inneemt (Vink, n.d.). Geduld is hierbij van belang.

Hieruit blijkt dat de gevolgen voor de ouder afhankelijk zijn van het handelen van de hulpverlener en niet op korte termijn kan worden vastgesteld. Als er een alternatief voor de KOPP-groep en een houvast voor de hulpverlener ter beschikking komt zullen de gevolgen beperkt worden voor de ouder. Een hoopgevend punt is dat de beleidsmedewerker verrast was te horen dat de KOPP-groepen zijn wegbezuinigd en hier actie voor wil gaan ondernemen.

Hoofdvraag

“Op welke manier betreft de hulpverlener van de Parnassia Groep het thema ouderschap bij de behandeling van de depressieve ouder?”

en

“Over welke kennis en vaardigheden moet de hulpverlener beschikken om dit te kunnen doen?”

Uit de interviews en conclusies op de deelvragen is gebleken dat het thema ouderschap wordt betrokken bij de behandeling. Dit vinden de hulpverleners ook belangrijk. Er is een duidelijk verschil te zien op welke manier de hulpverlener dit doet. Dit verschil heeft te maken met de achtergrond van de hulpverlener en de soort behandeling die de hulpverlener uitvoert. Ten eerste is het belangrijke verschil te zien bij het peripartum team. De hulpverlener hierbij is gespecialiseerd op de klachten in combinatie met het ouderschap. De hulpverlener betreft hierdoor het ouderschap standaard tijdens de behandeling. Het staat centraal. Door dit duidelijke verschil wordt deze hulpverlener los gezien van de hulpverleners die werkzaam zijn op de reguliere behandeling. Hier wordt het ouderschap stukken minder betrokken. Het vragen naar de kinderen en opvoedvragen beantwoorden kwam het duidelijkst naar voren. Opvallend was de vergelijking met de externe hulpverlener die ook de reguliere behandeling uitvoert. Maar

middels zijn systemische achtergrond werd het ouderschap opvallend meer betrokken tijdens de behandeling, terwijl dezelfde problematiek en tijd wordt gehanteerd. Dit betekent dat het hebben van een systemische achtergrond leidt tot het meer interactief betrekken van het ouderschap, zelfs wanneer dit niet wordt verwacht door de ouder zelf. De hulpverleners moeten beschikken over basale kennis van de ontwikkelingsfasen van kinderen, signaleren van problemen, erkenning geven en de ouder in zijn gehele context kunnen plaatsen. Dit wordt ook gedaan door de hulpverleners. Daarnaast moet een hulpverlener het systeem kunnen betrekken bij de behandeling en de sociale kaart kennen om snel en effectief door te kunnen verwijzen. Deze laatste twee vaardigheden werden door de hulpverleners, die het ouderschap het minst betrekken, benoemd als verbeterpunt. Het kennen van de sociale kaart is te verklaren vanwege het overgangsjaar en nog niet duidelijk is voor hen waar de hulpverlener terecht kan. Belangrijk is dat alle hulpverleners het belang van het betrekken van het ouderschap inzien en hier ook aan willen werken. Zij zijn zich bewust van de negatieve gevolgen die kunnen ontstaan voor de kinderen.

De theorie bevestigt dit. Het ouderschap betrekken bij de behandeling is essentieel, omdat op deze manier grip en zicht kan worden gegeven op het welzijn van de kinderen. De hulpverlener kan de ouder uitleggen wat de invloed op de kinderen kunnen zijn (Baars, 2013). Dit wordt extra benadrukt in de theorie van Nagy, de intergenerationele overdracht; de kinderen zijn uiterst kwetsbaar voor de consequenties van het handelen van de vorige generatie (Nagy, 2004).

7.2 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten van de deelvragen en belangrijke aspecten die tijdens het onderzoek zijn tegengekomen.

Er zijn 5 aanbevelingen opgesteld. Deze zijn kort toegelicht. Er is gekozen om een adviesrapport op te stellen als beroepsproduct. Hier zal een aanbeveling worden gedaan op de hoofdvraag en komen de andere aanbevelingen nogmaals aan bod en hoe dit kan worden aangepakt. Ik wilde een onderzoeksverslag nalaten waarmee Context aan de hulpverleners van de Parnassia Groep kan aantonen waarom het betrekken van het thema ouderschap zo belangrijk is en er gelet moet worden op de kleintjes. Daarnaast dient het verslag als vooronderzoek voor een vervolg onderzoek, waar aanbeveling 5 meer over toelicht.

Aanbeveling 1: verbinding tussen de praktijk en het beleid.

De Transitie jeugdzorg brengt een splitsing aan tussen de volwassenen en jeugd GGZ. Belangrijk is dat de verbinding tussen beiden blijft. De hulpverlener binnen de volwassen GGZ moet kunnen doorverwijzen naar het CJG voor bijvoorbeeld opvoedondersteuning. Het is gewenst dat beide partijen rond de tafel gaan zitten om dit te overleggen. Er dient te worden overlegd over de taak die de volwassen GGZ inneemt tijdens de Transitie en hoe de hulpverlener 'natuurlijker' kan doorverwijzen naar het CJG.

Aanbeveling 2: partner van de patiënt betrekken als voorwaarde voor de behandeling.

Hulpverleners hebben aangegeven meer het systeem te willen betrekken bij de behandeling. Een eventuele partner hoort hier ook bij. Het komt voor dat de ouder die in behandeling is, dit weigert of liever niet heeft. Het is belangrijk voor het herstel van de ouder, de relatie met de partner en het bespreken van het thema ouderschap dat de partner erbij is. Zodra het meebrengen van de partner bij één van de behandelafspraken als voorwaarde voor de behandeling kan een ouder hier niet onderuit komen.

Aanbeveling 3: kind – check list is niet voldoende.

Het invoeren van een kind – check list is al een stap in de goede richting om meer zicht op het welzijn van de kinderen te krijgen. Door dit vanaf het begin bespreekbaar te maken, wordt al

informatie over de thuissituatie verzameld. Een hulpverlener *moet* op de hoogte zijn of er sprake is van kind(eren) bij de patiënt. Het is een dwingend en noodzakelijk proces om rekening te houden met de belangen van het nageslacht (Nagy, 2004). Maar na het voltooien van de checklist houdt het niet op tijdens. De gehele behandeling moet aandacht worden besteedt aan het ouderschap en gelet worden op de kinderen. De hulpverlener moet blijven signaleren, ook als de ouder vooruitgang maakt in het behandelproces. Dit kan voor het thuisfront onwennig zijn, waardoor een terug val kan plaatsvinden of de partner of kinderen klachten ontwikkelen (Baars,2013).

Een voorbeeld is het maken van een genogram, hierbij breng je drie generaties in kaart en bespreek je de intergenerationele overdracht (Nagy, 2004). In het peripartum team is het betrekken van het ouderschap logisch en noodzakelijk, maar juist wanneer dit niet noodzakelijk is, moet de hulpverlener altijd alert blijven. De hulpverleners kunnen van elkaar leren en de kennis delen. Zij hebben vaak verschillende soorten opleidingen achter de rug, hier kan gebruik van worden gemaakt.

Aanbeveling 4: Juist in het overgangsjaar mogen geen kinderen tussen wal en schip belanden.

De jeugdzorg bevindt zich momenteel in het overgangsjaar. Er moet nog veel geregeld, besproken en onderzocht worden, aldus de beleidsmedewerker. Juist in deze periode moet er een vangnet zijn. De KOPP-groepen zijn weg en de weg naar het CJG is nog niet zo vanzelfsprekend. De verantwoordelijkheid voor het signaleren en de vragen beantwoorden die de ouder heeft rondom de opvoeding komt nu als eerste bij de hulpverlener te liggen. De overgang van de jeugd GGZ naar de gemeente is wellicht een goede keuze gebaseerd op de ervaring in Denemarken (Vink, n.d.), maar er moet samen gezorgd worden dat juist nu geen kinderen tussen wal en schip belanden.

Aanbeveling 5: advies vervolgonderzoek.

Voordat de Transitie en alle andere veranderingen en ontwikkelingen volbracht zijn, zijn we weer een tijd verder. Op dit moment hebben zorginstellingen, maar bijna heel Nederland vraagtekens, twijfels en zorgen over deze veranderingen. Heeft de overheid een goede keus gemaakt? Is de kwaliteit van zorg echt verbeterd? Blijft de verbinding tussen de volwassen GGZ en jeugd GGZ gewaarborgd? Wat zijn de gevolgen voor de patiënt die ook een ouder is? Dit zijn vragen die opnieuw moeten worden bekeken en onderzocht. Het advies is daarom een vervolgonderzoek naar de gevolgen van de Transitie jeugdzorg voor de volwassen GGZ.

8 Discussie

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op de sterke en zwakke punten van het onderzoek. Tijdens deze kritische kanttekening sta ik stil bij de methodologie, draagvlak binnen de organisatie en de generaliseerbaarheid naar andere situaties en contexten.

Methodologie: interviews en respondenten

Interviewen was een belangrijke data bron tijdens dit onderzoek. De interviews hebben een beeld gegeven van de huidige situatie tijdens de behandeling van de ouder. Ze hebben interessante bevindingen naar boven gebracht, zoals de verschillen in de behandeling bij een andere GGZ organisatie. Daarnaast heb ik middels het interview met de beleidsmedewerker gezorgd dat het wegbezuinigen van de KOPP-groepen nader wordt bekeken en hopelijk weer wordt opgepakt. Dit zijn de krachten van de interviews.

Moeilijker bleek het aanvragen van interviewmomenten. Ik was van plan 4 of 5 hulpverleners, 4 patiënten en 1 beleidsmedewerker te interviewen. De bedoeling was dat ik via de interviews met de hulpverleners aan patiënten gegevens zou komen. Dit had ik niet anders kunnen doen, omdat ik ten eerste niet zelf aan patiënt gegevens kan komen en ten tweede, omdat het een doelgroep is die niet gemakkelijk te benaderen is. Dit heeft gezorgd voor oponthoud tijdens het onderzoek. Ik was lang bezig met mailen en bellen en het leverde maar weinig op. Hierdoor

kwam ik achter te lopen met mijn planning, maar de schade heb ik kunnen beperken bij het analyseren van de interviews. Dit was veel werk, maar ging sneller dan verwacht. Bij het uitschrijven van de interviews (verbatim) heb ik gemerkt dat er onnodige vragen gesteld zijn, achteraf dienen die voor het creëren van een duidelijk beeld. Deze heb ik bij het analyseren van de interviews kunnen schrappen, om to the point te kunnen komen.

Interview hulpverleners

Omdat het aanvragen van interviewmomenten bij de hulpverleners niet makkelijk verliep, had dit zijn uitwerking op het aantal interviews met patiënten.

Via de contact persoon van de depressie afdeling werd mij 4 namen doorgegeven van hulpverleners. Eén daarvan reageerde gelijk, de andere 3 hulpverleners hebben mij na 2 keer contact zoeken genegeerd. Ik heb via het eigen netwerk gezocht naar 2 andere hulpverleners die ik heb kunnen interviewen. Naarmate het onderzoek was ik nog opzoek naar een hulpverlener. Binnen het eigen netwerk heb ik een hulpverlener kunnen vinden, die werkzaam was bij een soort gelijke GGZ organisatie. Deze persoon heb ik de rol van externe hulpverlener kunnen geven. Dit heeft gezorgd voor vergelijkend materiaal wat de kracht van de interviews versterkt heeft. Eén van de hulpverleners was werkzaam in het peripartum team van PsyQ. Dit team richt zich specifiek op moeders die zwanger zijn of net bevallen en hierdoor last hebben van psychische klachten. Het ouderschap is hier sowieso aandachtspunt van de behandeling. Vooraf wist ik niet af van het peripartum team en hun specifieke doelgroep en werkwijze. Dit werd mij pas na het interview duidelijk. Doordat het bereik van respondenten bij de hulpverleners ook laag was, had ik niet de luxe om dit interview en hiermee het peripartum team te schrappen. Daarom heb ik ervoor gekozen om de data te behouden en hierop voort te werken door het peripartum team naast de reguliere behandeling te leggen.

Interview ouders

De interviews met de ouders was een tegenvaller tijdens het onderzoek. Niet alleen het bereik van respondenten, maar ook de inhoud van het interview. De ouders wilde het interview alleen telefonisch doen. Hierdoor mis je de non-verbale communicatie, wat soms juist veel informatie kan geven bij bepaalde vragen. Daarnaast was de duur van de interviews vrij kort (ongeveer 15 minuten). Dit had ik van te voren verwacht, aangezien de doelgroep die ik interviewde last heeft van psychische klachten, waarbij het concentratie vermogen verminderd is (Nevid, et al., 2012). Ik heb tijdens één interview twee keer in 15 minuten tijd gehoord: “waar was ik ook alweer?”. Hierdoor stelde ik te vaak suggestieve vragen, wat invloed kan hebben op het antwoord van de ouder. Opvallend was dat ik tijdens het interviewen neigde teveel bezig te zijn met de klachten van de ouder. Hier ben ik vanwege mijn stage ervaringen en de wens om in de toekomst in deze branche te gaan werken snel geïnteresseerd in. Ik moest mijzelf wijzen op het feit dat ik aan het interviewen was. De antwoorden van de ouders waren gemakkelijk te analyseren, maar de diepte in het interview was lastig te bereiken. Ik kan niet analyseren wat mensen niet uiten. Er was een duidelijk verschil te zien in de antwoorden van de twee ouders. Dit verschil is te verklaren doordat één van de ouders in behandeling was bij het peripartum team. Dit team richt zich op het moederschap en de klachten die hierdoor zijn ontstaan. De verkleuring van de resultaten was hierdoor logisch.

Sub-deelvragen

Ondersteunend voor deelvraag 1 en 2 had ik in het Plan van Aanpak de volgende sub-deelvragen opgesteld: wat mist de hulpverlener op dit vlak (van kennis en vaardigheden om het ouderschap te betrekken bij de behandeling)? En wat missen ouders rondom het thema ouderschap tijdens de behandeling? Hier impliceer ik dat de respondenten iets missen. Bij het analyseren van de data kwam naar voren dat hulpverleners niet specifiek iets missen in de vaardigheden en kennis die zij nodig hadden bij de behandeling van de ouder, maar aspecten wilde verbeteren.

Daarnaast stel ik mezelf ook de vraag: kunnen zij volledig aan de behoeften van ouder voldoen? Bij de ouders kwam naar voren dat zij niet specifiek iets missen tijdens de behandeling. Dit kan worden gerefereerd naar het sociaal wenselijk beantwoorden van mijn vragen of dat deze twee

ouders simpelweg tevreden over de behandeling zijn. Achteraf had ik deze twee sub-deelvragen anders moeten formuleren.

Validiteit en betrouwbaarheid

Tijdens het interviewen zijn onnodige vragen gesteld, om het gesprek op gang te krijgen en een duidelijk beeld van de situatie te creëren. Door het stellen van onnodige vragen die niet van belang lijken te zijn, kan er sprake zijn van een lage indruk validiteit. Hierdoor kan de respondent de vraag minder serieus nemen en zo mogelijk minder waarheidsgetrouw zijn. Aan de andere kant hebben sommige onnodige vragen alsnog nuttige tekstfragmenten opgeleverd die aanvullend voor het analyseren waren. De betrouwbaarheid kan op meerdere manieren mogelijk zijn beïnvloed. De interviews zijn eenmalig afgenomen. Dit was een momentopname, achteraf of een dag later zou dit antwoord kunnen verschillen. Om de betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te maken heb ik de data analyse terug gekoppeld naar de betreffende persoon. Behalve bij de ouders is dit niet gebeurd.

Draagvlak binnen de organisatie

Iedereen binnen de organisatie is zich bewust van het belang van het welzijn van de kinderen en van de invloed die de psychische klachten van de ouder kunnen hebben op de kinderen. De intergenerationele overdracht speelt al lang binnen de psychiatrie en iedereen wil zich hier voor inzetten. Bij aanbeveling 2 wordt geadviseerd om de partner te laten meekomen naar de behandeling van de ouder als voorwaarde moet worden gesteld. Op deze manier komt de ouder er niet onderuit. Maar de kans dat de ouder hierdoor weigert in behandeling te gaan is ook aanwezig. Dit zou betekenen dat er geen zicht is op de kinderen door de hulpverlener en het patiënten percentage zal gaan dalen. Dit is nu niet goed in te schatten.

Generaliseerbaarheid naar andere situaties en contexten

Dit onderzoek heeft zich gericht op de afdeling depressie van PsyQ, maar dit onderzoek is ook toepasbaar op alle andere afdelingen binnen PsyQ en bij andere zorgbedrijven van de Parnassia Groep. Situaties waarbij sprake is van begeleiding of behandeling van ouders met psychische klachten kan dit onderzoek plaatsvinden.

Bibliografie

- Adriaens, H. (2011). *Continuïteit of discontinuïteit? Een intergenerationeel belevingsonderzoek bij Multi-problem gezinnen, vanuit het contextuele gedachtengoed van Ivan Bozormenyi-Nagy*. Universiteit Gent.
- Baars, J., Meekeren, van, E. (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen*. Boom Amsterdam.
- Boszormenyi-Nagy, I. (2004). *Grondbeginselen van de contextuele benadering*. Haarlem: De Toorts.
- Donk, C. Van der, & Lanen, B. Van. (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Holtkamp, C. (2013). *Organisatie & Beleid eindverslag*. Hogeschool Rotterdam.
- JSO. (n.d.). *Transitie Jeugdzorg*. Verkregen op maandag 24 februari 2014, van, <http://www.jso.nl/transitiejeugdzorg>
- Kinet, M. (2010). *Parentificatie. Als het kind te snel ouder wordt*. Antwerpen/Apeldoorn. Garant.
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Nevid, J, S., Rathus, S, A., Greene, B. (2012). *Psychiatrie een inleiding*. Pearson Benelux. Amsterdam.
- NRC Handelsblad. (2014). Advertentie: *Wat is het verschil tussen Daan & Thijs?* Verkregen op maandag 10 februari, 2014. Blz. 7.
- Padt, van der, I., Venneman, B. (2010). *Sociale psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*.
- Parnassia Groep. (2014). *Een andere instelling – 2. Bedrijfsplan 2014 – 2016*.
- Parnassia Groep. (2014). *Transitie Jeugdzorg*.
- Pas, A., van der. (2006). *Naar een psychologie van ouderschap. Handboek Methodische Ouderbegeleiding 2*. Amsterdam: SWP (4^e herziende druk).
- Plooi, F. (2011). *Onderzoek doen*. Amsterdam: Pearson Education.
- Rigter, J. (2010). *Het palet van de psychologie*. Uitgeverij coutinho. Bussum 2010.
- RIVM. (2013). *Zorgbalans*. Verkregen op 9 mei 2014, van, <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kosten/>
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2006). *Methoden en technieken van onderzoek*. Pearson Education Benelux. Amsterdam.
- Trimbos Instituut. (2011). *KOPP/KVO*. Verkregen op maandag 27 november 2013, van, <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/kopp-kvo>
- Vink, C. (n.d.) *Transitie op zn Deens*. Verkregen op maandag 27 november 2013, van, <http://www.nji.nl/nl/Actueel/Blogs/Transitie-op-zn-Deens--veranderen-kost-tijd-maar-loont!>

Bijlagen

Bijlage 1: Tabel zorgbedrijven

Zorgbedrijven die vallen onder de Parnassia Groep	
Context -> Preventie	Indigo -> Kortdurende hulp
Lucertis -> kinder-en jeugdpsychiatrie	PsyQ -> specialistische hulp (psycho-medisch)
Brijder -> verslavingszorg	Bavo Europoort -> volwassen psychiatrie
Dijk en duin -> volwassen psychiatrie	Parnassia -> volwassen psychiatrie
I-psy-> interculturele psychiatrie	Palier -> forensische en intensieve zorg

Bijlage 2: Onderzoeksmethoden (uitgebreide versie)

2.2 Onderzoeksmethoden

In deze bijlage is een uitgebreide versie van de onderzoeksmethoden te lezen.

Hier wordt meer ingegaan op de ingezette methoden met theoretische onderbouwing.

2.2.1 Deskresearch

Om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden en als voorbereiding op het verzamelen van data is er deskresearch uitgevoerd. Deze literatuurstudie speelde een belangrijke rol binnen het onderzoek. Met deze literatuurstudie is bestaande informatie verzameld over het onderwerp. Deskresearch is niet voldoende om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, hiervoor heeft er ook fieldresearch plaatsgevonden. Deze zal toegelicht worden in de volgende paragraaf.

Deskresearch kunnen worden verzameld vanuit verschillende bronnen. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen publieke bronnen en interne bronnen. Het verschil hiertussen is dat interne bronnen alleen toegankelijk zijn voor medewerkers van een bepaalde organisatie (Donk, 2011). Van beide bronnen is tijdens dit onderzoek gebruik gemaakt. Publieke bronnen als vakliteratuur, landelijke beleidsdocumenten, internet en kranten zijn verzameld. En de interne bronnen als organisatie gebonden beleidsdocumenten zijn gebruikt om het huidige beleid van de organisatie na te lezen.

Deskresearch was tijdens het gehele onderzoek belangrijk. Allereerst is er vooronderzoek gedaan naar de theorie over dit onderwerp. Vervolgens is deze kennis gebruikt voor het opstellen van interview vragen en het analyseren hiervan. Tot slot werd de literatuur geraadpleegd bij het schrijven van het onderzoeksverslag, denk hierbij aan het onderbouwen van resultaten en de conclusies.

2.2.2 Fieldresearch

Naast het verrichten van deskresearch is fieldresearch nodig geweest voor het specifiek beantwoorden van de deelvragen. Door het verrichten van fieldresearch is er onderzoek gedaan naar een specifieke gebeurtenis die van invloed is op het thema van dit onderzoek, namelijk deelvraag 3 de Transitie Jeugdzorg.

Interviews

Voor iedere deelvraag hebben er semi gestructureerde interviews plaats gevonden. Dit past bij het type kwalitatief onderzoek. Hierbij is het belangrijk om inzicht te krijgen in de ervaringen en belevingen van mensen (Migchelbrink, 2009). In dit onderzoek ging het voornamelijk om de ervaringen van de hulpverleners en de belevingen van de ouders. Daarnaast het huidige beleid. Van te voren zijn er topics opgesteld als leidraad voor het interview. Er is voor deze manier van interviewen gekozen, zodat er veel data verzameld kan worden met verschillende antwoorden. Om te voorkomen dat respondenten elkaar kunnen beïnvloeden en het voor de patiënten om gevoelige thema's kunnen gaan is er gekozen voor individuele interviews met verschillende doelgroepen (Donk, 2011). De populatie van dit onderzoek bestaat uit verschillende personen. De hulpverleners en de patiënten zijn van dezelfde organisatie, namelijk de Parnassia Groep. De achtergrond van de hulpverleners is verschillend. Hulpverlener 1 en 2 hebben een sociaal psychiatrisch verpleegkundige opleiding en hulpverlener 3 is verpleegkundig specialist. Hulpverlener 1 en 2 zijn werkzaam op de reguliere afdeling en hulpverlener 3 is werkzaam in het peripartum team van de depressie afdeling. De extern deskundige is afkomstig van een soort gelijke instelling, de Riagg. De extern deskundige hulpverlener is geïnterviewd ter vergelijking. Om te kijken hoe er bij een soort gelijke GGZ organisatie aandacht wordt gegeven aan het thema ouderschap tijdens de behandeling zijn deze interview vragen als bij de andere hulpverleners afgenomen. De externe hulpverlener is ook sociaal psychiatrisch verpleegkundige met een systeem theoretische vervolgopleiding. De beleidsmedewerker is werkzaam bij de gemeente Den Haag.

- Voor deelvraag 1 zijn vier hulpverleners geïnterviewd waarvan één extern deskundige,
- Voor deelvraag 2 zijn twee patiënten geïnterviewd,
- Voor deelvraag 3 is een beleidsmedewerker van de gemeente Den Haag geïnterviewd.

Drie verschillende doelgroepen zorgen voor drie verschillende perspectieven op het thema van dit onderzoek. Voor het aanvragen en benaderen van interviewmomenten is er gebruik gemaakt van het sneeuwbal effect. Dit houdt in dat je via - via personen en in dit geval deskundigen bij de gegevens van respondenten terecht komt (Saunders, 2006). Via mijn stage begeleider kwam ik in contact met de contactpersoon van de depressie afdeling en via deze persoon kwam ik bij de gegevens van de hulpverleners die geschikte patiënten hadden die ik kon bereiken. Daarnaast is er in het eigen netwerk nog contact gezocht met een deskundige. Het benaderen van patiënten op deze manier was belangrijk, omdat ik in hun ogen een vreemde ben en praten over de behandeling een gevoelig thema kan zijn.

2.2.3 Data analyse

De interviews hebben inzicht gegeven in de behoeften, ervaringen, meningen en gedachten over de huidige situatie en aandacht die aan het ouderschap wordt besteed tijdens de behandeling van de ouder. De ouders zijn tijdens dit onderzoek anoniem gebleven. De interviews zijn geanalyseerd door middel van de volgende stappen:

Stap 1: transcriberen van de opgenomen interviews

Stap 2: belangrijke informatie selecteren

Stap 3: de belangrijke informatie opsplitsen in fragmenten

Stap 4: coderen van de interviews door middel van:

- Terugbrengen data tot betekenisvolle tekstfragmenten
- horizontaal vergelijken

Stap 5: samenvatten van betekenisvolle fragmenten

Stap 6: antwoord formuleren op de deelvragen.

Voor deze methode is gekozen, omdat het data betreft wat minder gestructureerd is. Dit betekent dat er veel informatie verzameld is met veel diverse antwoorden. Op deze manier kon ik tekstfragmenten weg laten die geen relatie hadden met de onderzoeksvraag (Donk, 2011). De uitgewerkte data analyse is deels bijgevoegd in de bijlagen. De uitgebreide data analyse en verbatim's kunnen worden opgevraagd bij de auteur. De resultaten en topics van de interviews zijn onderverdeeld in drie hoofdstukken zullen worden toegelicht in hoofdstuk 4, 5 en 6.

Voorbeeld: stap 4: de data terugbrengen tot betekenisvolle fragmenten is als volgt gedaan:

Interview vraag 1: Op welke manier krijgt het thema ouderschap op dit moment de aandacht tijdens de behandeling?

Antwoord hulpverlener 1:

tekst fragment 1:

Nou, ik krijg patiënten toebedeeld, dan hebben ze een intake gehad bij iemand anders. En dan wordt tijdens de intake wel gevraagd of er kinderen zijn en hoe oud ze zijn. Dat is de informatie die ik dan krijg als ik patiënten voor het eerst zie.

-> Maatregel: Informatie uit de intake gesprekken.

Dit wordt ook op deze manier bij de andere hulpverleners uitgewerkt.

Bijlage 3: Data analyse deelvraag 1

Interviews met de hulpverleners

Interview vragen + topics:

(De interviews zijn face to face afgenomen en duurde 30-40 minuten).

1) Op welke manier krijgt het thema ouderschap op dit moment de aandacht tijdens de behandeling?

- Vragen om een voorbeeld/ervaringen
- Huidige situatie

2) Hoe kom je het ouderschap tegen bij een patiënt?

3) Welke kennis en vaardigheden heb je nodig om deze problemen aan te pakken?

4) Vindt je dat het ouderschap voldoende aandacht krijgt binnen de behandeling?

*De intergenerationele overdracht is een belangrijk thema tijdens mijn onderzoek
Onder andere in de theorie van de intergenerationele overdracht wordt gesteld dat de invloed van psychische ziekte op de kinderen zeer groot is.*

5) Hoe kijk jij daar tegen aan? Wat is jouw bijdrage hierin?

*Nu de splitsing van de jeugd en de volwassen GGZ een feit is en de KOPP groepen wegbezuinigd zijn.
De opvoedondersteuning valt hierdoor weg.*

6) Hoe ga je hier nu mee om? Wat betekent dit voor de behandeling?

Patiënten die ook een ouder zijn.

7) Welke vragen en behoeften kom jij tegen bij ouders? Wat valt hierin op?

8) In hoeverre vindt u het belangrijk dat het ouderschap wordt betrokken bij de behandeling?

TOPICS:

- ouderschap
- evenwicht
- KOPP

Conclusies per interview vraag:

Op welke manier krijgt het ouderschap op dit moment de aandacht tijdens de behandeling?

Het ouderschap is bij de reguliere behandeling geen vast thema binnen de behandeling. In het intakeverslag is na te lezen of er kinderen aanwezig zijn, en eventueel welke hulpinstanties hierbij betrokken zijn. Dit is sinds kort pas van vanzelfsprekend. In de kennismakingsgesprekken wordt door elke hulpverlener wel vragen gesteld, zodra er signalen zijn die te maken hebben met de opvoeding en de kinderen, wordt hulp ingeschakeld. Dit varieert van het consultatie bureau, psychiatrische thuiszorg, bureau basiszorg en de KOPP groepen in het verleden. De hulp die wordt ingeschakeld is dan specifiek gericht op de opvoedondersteuning.

Bij het Peri Partum team is het anders. Hier staat het moederschap (ouderschap) voorop. De klachten die de patiënten hier hebben zijn vaak ontstaan door het moederschap. De behandeling is hetzelfde als de reguliere behandeling van depressie, maar met andere thema's. De rol als moeder komt veel aan bod en factoren die hierbij het herstel belemmeren, maar er wordt ook hulp ingeschakeld voor de echte opvoedondersteuning. Zoals het consultatiebureau.

De aandacht die wordt besteed aan het ouderschap tijdens de behandeling ligt voornamelijk in de beginfase van de behandeling, namelijk het intake gesprek en de kennismakingsgesprekken. Later in de behandeling wordt hier minder aandacht aan besteed. De reden hiervoor is; er is hulp ingeschakeld, tijdsdruk en de klachten waarvoor de patiënt is aangemeld staan voorop. Zodra er bedreigende signalen zijn, wordt dit wel serieus genomen en hulp ingeschakeld.

Hoe kom je het ouderschap tegen bij een patiënt?

De verschillende rollen die de patiënt heeft worden meegenomen. Zo ook de rol als ouder. Bijvoorbeeld een afhankelijke moeders of controle achtige moeders. Dit wordt gezien in combinatie met de klacht waarvoor de ouder komt. Daarbij wordt de veiligheid van een kind voorop gesteld. Kan de ouder het ouderschap aan. Schuldgevoelens komen hulpverleners tegen, als de ouder het niet voor elkaar krijgt thuis. Door het stellen van vragen, komt de hulpverlener het ouderschap tegen. Bijvoorbeeld: zodra er agitatie bij de depressieve ouder voorkomt, vragen naar hoe pak je het aan, als je kindje huult? Pak je het dan op, voel je je dan boos? De hulpverlener kaart het dus zelf aan. Daarnaast zien ze dat de ouder zich gaat isoleren. De ouder denkt dat wat zij meemaken uniek is en alleen bij hun voorkomt. Het is vaak de interactie tussen de ouder en het kindje wat zorgt voor problemen binnen ervaart de hulpverlener binnen het peri partum team.

Welke kennis en vaardigheden heb je nodig om deze problemen aan te pakken?

De ouder in zijn of haar context zien, betrekken van het systeem. Dat was een vaardigheid die elke hulpverlener benoemde. Deze basisvaardigheid bezitten ze of wordt nog gemist. Daarnaast is het belangrijk om te kunnen signaleren, hulp kunnen inschakelen, kennis hebben over de fases waarin kinderen zich bevinden en de situatie kunnen normaliseren waarin ouders zich in bevinden. Of ervaring en leeftijd een rol speelde werd verschillend beantwoord. De ene hulpverlener vond van wel, de ervaring zorgt voor meer kennis. Anderzijds zouden jonge afgestudeerde psychologen dit werk ook goed moeten uitvoeren.

Vindt je dat het ouderschap voldoende aandacht krijgt binnen de behandeling?

De antwoorden op deze vraag werden verschillend bekeken. Individueel vonden twee hulpverleners dat zij voldoende aandacht besteedden aan het ouderschap door het regelmatig terug te laten komen en doordat het bij het peri partum team centraal staat. Maar over het algemeen door collega's niet, er is nu verplicht gesteld om bij de intake te vragen of er überhaupt kinderen aanwezig zijn. Wel moet er strenger worden gehamerd op dat de partner mee moet komen naar de behandeling, dit dient een voorwaarde te zijn voor de behandeling. "Als een internist zegt je moet dat medicijn gebruiken, dat we dan ook zeggen nee dat wil ik niet". Dit thema is een topic binnen de zorg. Het werken met een kind- check list bij de intake gesprekken is niet voldoende aandacht besteden aan het ouderschap.

Intergenerationele overdracht. Invloed psychische ziekte op de kinderen.

Hoe kijk jij daar tegen aan? Wat is jouw bijdrage hierin?

De hulpverleners zijn het erover eens dat de psychische ziekte, depressie van de ouder veel invloed heeft op het kind. Dit zou ook meer benoemd mogen worden naar de ouder toe. Te maken met beschadigde patiënten, waarvan de kinderen geparentificeerd zijn. Preventie werkt goed voor de volgende generatie psychiatrie. Niet alleen het ontwikkelen van een psychische ziekte is voor de kinderen een risico, ook de kans op criminaliteit en drugsgebruik neemt toe. Bijdrage om het te benoemen en de ouders te behandelen is belangrijk. De kinderen kunnen juist ook weer een beschermende factor zijn voor de zieke ouders. Wanneer een ouder ernstig depressief is en eigenlijk geen uitweg meer weet, zijn vaak de kinderen de reden waarom ze willen blijven leven. Door te beamen dat opgroeien zonder een ouder slechte gevolgen kan hebben, geef je de ouder bevestiging hiervan.

Splitsing volwassen GGZ en Jeugd GGZ, KOPP groepen wegbezuinigd. Hoe ga je hiermee om? Wat betekent dit voor de behandeling?

Uit de antwoorden van de hulpverleners komt duidelijk naar voren dat zij het zorgelijk vinden dat preventie voor een groot deel is wegbezuinigd. Parnassia wil meer aandacht besteden aan preventie, dit vindt de gemeente ook, maar toch worden de KOPP groepen wegbezuinigd. Dit maakt het tegenstrijdig, aldus de hulpverleners. De hulpverleners merken dat er meer aandacht wordt besteed aan preventie doordat zij verplicht zijn een check list af te gaan bij de intake,

daarnaast is de meldcode heel actueel, maar vinden zij het lastig wat ze dan moeten doen als er sprake is van dreiging nu het aanbod langzaam wegvalt. Het lijntje naar Context was makkelijk en snel gelegd. Volgens de hulpverlener van het peri partum team zal de volgende generatie zo meer in de psychiatrie terecht komen, waardoor de kosten zullen stijgen en dit ook voor de maatschappij een nadelige ontwikkeling is. Voor de toekomst zal er veel veranderen, maar hoe dit eruit komt te zien weten de hulpverleners nog niet goed. Wel delen zij deze zorgen. Belangrijk is dat zij een houvast hebben waar ze terecht kunnen voor vragen, doorverwijzingen etc. (Stroomlijn).

Welke vragen en behoeften kom je tegen bij de ouders? Wat valt hierin op?

De vragen en behoeften die de hulpverleners voornamelijk tegenkomen bij ouders zijn: opvoedingsvragen, zoals mijn kindje blijft huilen, wat moet ik doen? Onzekerheid, dat het ouders nu niet lukt, ze isoleren zichzelf vaak, waardoor ze denken dat ze de enige zijn die dit probleem ervaren. Het normaliseren hiervan vinden ouders fijn, zo ook het lotgenoten contact met anderen ouders. Het krijgen van bevestiging en erkenning is voor de ouders belangrijk tijdens het herstel. Opmerkelijk was dat een hulpverlener het hebben van kinderen ook als beschermende factor gebruikt bij ouders die zo depressief zijn, dat suïcidaal denken ook voorkomt. Het hebben van de kinderen is vaak nog de reden om te willen herstellen.

In hoeverre vindt u het belangrijk dat het ouderschap wordt betrokken bij de behandeling?

De hulpverleners beantwoordden deze vraag met zeer belangrijk. Zowel dat het aanbod blijft bestaan tussen ouders, kinderen en de behandelaar. De groepen waren daar uitstekend voor, zonder dat je het hebt over patiënten, maar dat je het in het normale trekt. Maar nu wordt dit nog te weinig gezien, of een patiënt kinderen heeft een relatie etc. maakt toch wel echt verschil of iemand herstelt of niet.

Interview met de externe hulpverlener:

Overeenkomsten hulpverleners Parnassia Groep:

- Informatie halen uit intake gesprekken
- Zelfde vragen van ouders tegenkomen
- Vragen stellen over de situatie thuis en het ouderschap
- Zelfde vaardigheden en kennis belangrijk vinden
- Groepen zijn ook daar wegbezuinigd, zonde, ook niet weten waar nu terecht kunnen

Verschillen:

- Genogram maken in de intake gesprekken
- Intake gesprekken altijd zelf doen
- KOP model behandelen tijdens de sessies, hierin komen altijd de kinderen aan bod
- Systeem betrekken, door

Bijlage 4: Data analyse deelvraag 2

Interviews met de patiënten.

Interviewvragen + topics:

(De interviews zijn telefonisch afgenomen en duurde 15-20 minuten).

1) Hoe vaak komt u bij uw behandelaar?

2) Uw rol als ouder, hoe vaak komt dat aan bod?

Ja: - Hoe ziet dat er dan uit?
- Wat vindt u ervan dat dit besproken wordt?

Nee: - Wat vindt u daarvan?
- Wat mist u? (voorbeelden)
- Wat maakt het dat u dat mist?

3) Wat verwacht u van de behandelaar?

4) Maakt u zich wel eens zorgen?

- Waarover?
- Is dit iets waar u het met uw behandelaar over wilt hebben?

TOPICS:

- Behoeften
- Ouderschap
- Zou de patiënt zelf aangeven als er problemen zijn bij het opvoeden

Conclusies per interview vraag:

Vraag 1: Hoe vaak komt u bij uw behandelaar?

Beide patiënten begonnen hun behandeling met 1 keer per week of 1 keer per 2 weken. Bij patiënt 1 begon dit al in het ziekenhuis, kort na de bevalling. En bij patiënt 2 was haar zoontje al 4 jaar. Beide patiënten hebben het aantal contact momenten afgebouwd naar 1 of 2 keer in de maand.

Vraag 2: Hoe vaak komt uw rol als ouder aan bod tijdens de behandeling?

Bij patiënt 1 van het peri partum team komt het ouderschap vaak aan bod. Omdat de klachten verbonden zijn aan het ouderschap. Haar klachten hebben te maken met een depressie na de bevalling. Dus de prioriteit ligt bij het ouderschap. Bij patiënt 2 is dit niet de aanleiding van de depressie. Dus het ouderschap wordt een stuk minder betrokken. Patiënt noemt nog wel het antwoord vaak, maar in vergelijking met patiënt 1 is dit een stuk minder. Het wordt meer als bijzaak meegenomen. Patiënt 2 geeft ook aan dat het omtrent de opvoeding goed gaat, dus dit is niet nodig. Wel vind ze het fijn dat het besproken wordt. Dit had patiënt 2 ook niet verwacht. Hoe de rol van ouder wordt betrokken is bij beide verschillend. Bij patiënt 1 wordt echt gekeken naar hoe reageert de ouder op het kindje als hij gaat huilen bijvoorbeeld. De angst en klachten liggen bij patiënt 1 vooral bij het feit dat ze bang is dat haar kindje door gaat. Bij patiënt 2 blijft het betrekken bij het stellen van vragen, van hoe is het met het kindje, lukt het met de opvoeding naast de klachten.

Vraag 3: Wat vindt u ervan dat dit besproken wordt?

Patiënt 1 antwoorde met: prima. Omdat ze ook daarvoor komt vind ze het noodzakelijk. Patiënt 2 vind het erg fijn, maar het had niet perse hoeven. Het was een fijne bijzaak dat het meegenomen werd. Vooral de erkenning die dit met zich meebrengt, voelt goed.

Vraag 3: Wat verwacht u van de behandelaar?

De verwachtingen van beide patiënten waren wel verschillend. Patiënt 1 vond het belangrijk dat de behandelaar haar op bepaalde dingen wees, van je moet dit wel goed invullen he. Dus de patiënt wel doorheeft zodra zij het moeilijk krijgt. Daarnaast het normaliseren van de situatie en onzekerheden kwam naar voren. Patiënt 1 vertelde dat ze zelf te snel wil gaan, dus de behandelaar houdt dit wel tegen.

Patiënt 2 noemde het mee kunnen denken met de situatie van de patiënt en het goed kunnen doorverwijzen indien nodig. Zodat je niet van de muur naar het kastje wordt gestuurd. Ook kwam het geven van erkenning en het stellen van vragen (informerend) wel sterk naar voren bij patiënt 2.

Vraag 4: Maakt u zich wel eens zorgen? Waarover? Is dit iets wat u met uw behandelaar bespreekt?

Patiënt 1 gaf aan niet zo snel zorgen te hebben rondom de opvoeding, meer over haar angsten en hoe ze hier zo snel mogelijk af komt. Rondom de opvoeding komen er wel vragen naar voren die ze kan bespreken, maar geeft aan als dit niet lukt wel bij iemand anders terecht kan hierover. Ze voelt zich ook wel eens schuldig als ze teveel over haar kindje praat.

Patiënt 2 geeft aan geen zorgen te hebben. Bij haar loopt het rondom de opvoeding ook goed geeft ze zelf aan. Opvoedingsvragen stelt ze niet aan de behandelaar.

Bijlage 5: Data analyse deelvraag 3

Interview met de beleidsmedewerker

(Het interview is face to face afgenomen en duurde 35 minuten).

Data analyse deelvraag 3

Wat zijn de gevolgen van de Transitie van de Jeugd GGZ voor de patiënt die ook ouder is?

Aanleiding van de Transitie

Teveel kinderen vielen tussen wal en schip. Er waren veel soorten zorg en regelingen die ervoor zorgde dat het onoverzichtelijk was, er was geen samenhang tussen de verschillende soorten zorg. Dit werd niet langer geaccepteerd. De gemeente hadden aangegeven hier wel wat in te willen betekenen.

Signalen die hulpverleners hebben gegeven rondom het beleid die zijn voorgelegd tijdens het interview met daarop de reactie van de beleidsmedewerker:

Signaal: Tegenstrijdig/jammer: wegbezuiniging van de KOPP-groepen terwijl in het beleid van de gemeente en Parnassia staat beschreven hoe essentieel preventie is.

Reactie: Verbaast, niet de bedoeling dat dit niet in overleg met de gemeente gegaan is. (Tenzij collega's hier wel van op de hoogte zijn). Gaat hier achteraan.

Signaal: Hulpverleners moeten signaleren, maar waar zij terecht kunnen met zorgen rondom de kinderen is nu niet meer duidelijk. Behoeften aan een stroomlijn, overzicht.

Reactie: Er is veel aan het veranderen, er wordt begrepen dat hulpverleners behoeften hebben aan een nieuwe sociale kaart. Anderzijds kunnen zij altijd terecht bij de CJG's en het AMK. Een advies van de beleidsmedewerker naar de hulpverlener toe is: *“de ouder in behandeling is, is dat ten eerste een gesprek tussen de ouder en de behandelaar. Dat die aandacht heeft voor dat kind. Maar als het daarmee goed gaat en er verder geen zorgen zijn, tenzij je signalen ziet. Dan kan je aanbieden: is het misschien een idee dat een van de jeugdartsen van het CJG misschien eens gaan praten met u om te kijken wat ze daarin kunnen doen?”*

Signaal: Opgroeien met een psychisch zieke ouder kan slecht zijn voor de kinderen. Zo komt deze generatie ook terecht in de psychiatrie. Dit moet preventief worden aangepakt.

Reactie: *“Dit wordt onderkent. Op dit moment is mijn collega A. T. Met name bezig met deze groep, met name de KOPP/KVO kinderen. Dit is heel essentieel. Als hoog risico groep. Ze gaat de hele keten binnen deze groep bekijken en hoe dat eruit moet komen te zien. En dan ga ik ervanuit daar heb ik de volle vertrouwen in dat dit weer een aansluitende keten wordt. Specifiek voor deze doelgroep”.*

Signaal: heeft de gemeente wel genoeg expertise en kennis in huis van de GGZ.

Reactie: Samenwerking met drie opleidingsinstituten. *“We hebben gevraagd of zij de modules willen uitwerken hiervoor. Zodat de CJG medewerkers hierop worden getraind. En daar komen al die principes daar aan bod en worden uitgewerkt”.*

Wat kan de Volwassen GGZ betekenen in deze Transitie. Hierover zouden de gemeente en volwassen GGZ eens over moeten praten. Een belangrijke uitspraak hierbij was:

“Ja nou ik denk dat we hierin veel kunnen leren van Sylvia (medewerker van Context), met name hoe kunnen we de relatie tussen de Volwassen psychiatrie versterken met het CJG hoe we elkaar vinden. Dat groeit ook, maar dat willen we op dit moment nog wel even behouden. Persoonlijk heb ik wel zoiets van dat moet zich wel verbreden. Ik vind het kwetsbaar als 1 of 2 personen de sleutel zijn tussen de behandelaars die de ouders behandelen en de zorg om de kinderen. Dan denk ik nee dat zou ik graag op breder termijn ingebed willen zien in de CJG's Waardoor het ook voor de behandelaar ook natuurlijker is om naar het CJG te stappen”. Hiernaast geeft de beleidsmedewerker aan dat het grote verschil nu is dat we altijd met de ouders praten en nooit over de ouders.

Wat zijn de gevolgen van de transitie voor de patiënt die ook een ouder is?

Ja dat vind ik een moeilijke, kijk ouders zijn altijd als eerste aan zet, tenzij. Dus ouders zijn eerst verantwoordelijk, zij zijn aan zet. Zij worden erbij betrokken. En een hulpverlener of wie dan ook, moet in staat zijn, zijn zorg uit te spreken. Zij zijn ook verantwoordelijk als zij zich dermate zorgen maken ondersteund kan worden door zijn collega dat ik vind dat de veiligheid in het gedringt komt, dat moet je dat wel met de ouder kunnen bespreken. Dat moet de docent kunnen, een politie man, iedereen.

Als je jezelf verplaatst in de rol van een ouder, dan moet je er toch niet aan denken dat, dat een hulpverlener op de stoep staat en zegt: goedendag ik ben Marie en ik heb van de politie gehoord dat het niet goed gaat met uw kind, terwijl je zelf van niks weet dat wil je toch weten welke politie agent haalt dat in zijn hoofd, daar moet je toch niet aan denken. Of een docent doet een melding bij het AMK en die ouder zou van niets weten. Dan denk ik op die manier ga je niet om met de mensen die de eerste verantwoordelijkheid hebben, tenzij er daadwerkelijk zorgen zijn om de veiligheid, maar ook dan zeg je van vaak met wat ik ervaar en wat u doet moet ik een melding maken. Dat is mijn grote rode draad dat moet ik voorop stellen.

Bijlage 6: Toestemmingsformulier HBO kennisbank

Bijlage 8: Toestemmingsformulier tot opname en beschikbaarstelling afstudeerproduct in een digitale kennisbank

Datum	10-06-2014
Naam student	Charlotte Holtkamp
Studentnummer	0839190
Naam instituut	Context Haaglanden
Opleiding	Pedagogiek
Afstudeerrichting	Bachelor
Titel	Parnassia Groep let op de kleintjes!
Toestemming	Ja
Emailadres	charlotte.holtkamp@hotmail.com

Digitale kennisbank

Hogeschool Rotterdam heeft een digitale kennisbank opgezet waarin de hogeschool-afstudeerproducten die door studenten in het kader van hun studie aan de hogeschool hebben geschreven, toegankelijk worden gemaakt voor derden. Hierdoor wordt het proces van creatie, verwerving en deling van kennis binnen het onderwijs mogelijk gemaakt en ondersteund.

De in de kennisbank opgenomen afstudeerproducten worden toegankelijk gemaakt voor potentiële gebruikers binnen en buiten de hogeschool. Om opname en beschikbaarstelling mogelijk te maken dient dit toestemmingsformulier.

Bij opname en beschikbaarstelling in de digitale kennisbank behoudt de student zijn of haar auteursrecht. Daarom kan hij of zij de toestemming tot het beschikbaar stellen van haar afstudeerproduct intrekken.

Rechten en plichten student

De student verleent aan de hogeschool kosteloos de niet exclusieve toestemming om zijn afstudeerproduct op te nemen in de digitale kennisbank en om deze beschikbaar te stellen aan gebruikers binnen en buiten de Hogeschool. Hierdoor mogen gebruikers de afstudeerproduct geheel of gedeeltelijk kopiëren en bewerken. Gebruikers mogen dit alleen doen en de resultaten publiceren indien dit gebeurt voor eigen studie en/of onderwijs- en onderzoeksdoeleinden en onder de vermelding van de naam van de student en de vindplaats van de afstudeerproduct.

De student geeft de hogeschool het recht de toegankelijkheid van de afstudeerproduct te wijzigen en te beperken indien daar zwaarwegende redenen voor bestaan.

De student verklaart dat de stagebiedende organisatie dan wel de opdrachtgever van de afstudeerproduct geen bezwaar heeft tegen opname en beschikbaarstelling van de afstudeerproduct in de digitale kennisbank.

Paraaf: |

Afstudeerhandleiding ISO 2013-2014

Verder verklaart de student dat hij of zij toestemming heeft van de rechthebbende van materiaal dat de student niet zelf gemaakt heeft om dit materiaal als onderdeel van het afstudeerproduct op te nemen in de digitale kennisbank en aan derden binnen en buiten de hogeschool beschikbaar te stellen.

Rechten en plichten hogeschool

De door de student verleende niet-exclusieve toestemming geeft de hogeschool het recht de afstudeerproduct aan gebruikers binnen en buiten de Hogeschool beschikbaar te stellen.

De hogeschool mag verder de afstudeerproduct voor gebruikers binnen en buiten de hogeschool vrij toegankelijk maken voor een gebruiker van de digitale kennisbank en mag deze gebruiker toestemming geven om de afstudeerproduct te kopiëren en te bewerken. Gebruikers mogen dit alleen doen en de resultaten publiceren indien dit gebeurt voor eigen studie- en/of onderwijs- en onderzoeksdoeleinden en onder de vermelding van de naam van de student en de vindplaats van de afstudeerproduct.

De hogeschool zal ervoor zorgen dat vermeld wordt wie de schrijver(s) is/zijn van de afstudeerproduct waarbij zij tevens aangeeft dat bij gebruik van de afstudeerproduct de herkomst hiervan duidelijk vermeld moet worden. De hogeschool zal duidelijk maken dat voor ieder commercieel gebruik van de afstudeerproduct toestemming van de student nodig is.

De hogeschool heeft het recht de toegankelijkheid van de afstudeerproduct te wijzigen en te beperken indien daar zwaarwegende redenen voor bestaan.

Rechten en plichten gebruiker

Door dit Toestemmingsformulier mag een gebruiker van de digitale kennisbank de afstudeerproduct geheel of gedeeltelijk kopiëren en/of geheel of gedeeltelijk bewerken.

Gebruikers mogen dit alleen doen en de resultaten publiceren indien dit gebeurt voor eigen studie- en/of onderwijs- en onderzoeksdoeleinden en onder de vermelding van de naam van de student en de vindplaats van de afstudeerproduct.

Naam: Charlotte Holtkamp	Handtekening:
--------------------------	---------------



Parnassia Groep let op de kleintjes!

Opleiding Pedagogiek
Hogeschool Rotterdam

Afstudeerbegeleidster: Irene Prins



Context Haaglanden
Parnassia Groep

Begeleidster: Susanne van Birgelen

C.L. Holtkamp | 0839190 | Afstudeer onderzoek | Juni 2014
Beroepsproduct – Adviesrapport

Voorwoord

Voor u ligt het beroepsproduct dat ik heb geschreven ter afronding van mijn afstudeeronderzoek: Parnassia let op de kleintjes! En tevens ter afsluiting van mijn opleiding, Pedagogiek aan de Hogeschool van Rotterdam.

Het beroepsproduct is tot stand gekomen door middel van het onderzoek dat ik heb uitgevoerd bij de organisatie de Parnassia Groep en opgezet is op de afdeling Context. Dit beroepsproduct is bruikbaar en relevant voor de opdrachtgever. Het bevat een implementatie van de eerder opgestelde aanbevelingen in het onderzoeksverslag. Dit beroepsproduct voelt voor mij als een afsluiting van een succesvol onderzoek.

's-Gravenhage, juni 2014
Charlotte Holtkamp

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
1. Aanbevelingen gebaseerd op de conclusie van het onderzoek.....	3
2. Implementatie van het advies rapport.. ..	4
3. Multidisciplinaire samenwerking en de behoefte van de doelgroep.....	5
4. Kritische reflectie.....	7
Bibliografie.....	8

Inleiding

De keuze voor het soort beroepsproduct, dat ik zou gaan ontwikkelen, was al snel duidelijk. Dit werd een adviesrapport. Hiervoor is gekozen vanwege de vele ontwikkelingen die gaande zijn binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Momenteel bevindt de GGZ zich in het overgangsjaar van de Transitie jeugdzorg. Daarnaast kunnen we sinds kort spreken van een splitsing tussen de volwassen en jeugd GGZ in de gemeente (Parnassia Groep, 2014). De doelgroep van het onderzoek is groot, het gaat namelijk om de hulpverleners die werkzaam zijn bij de Parnassia Groep, ouders die in behandeling zijn bij de Parnassia Groep en beleidsmedewerkers die een rol spelen bij het opstellen van het beleid voor de jeugd GGZ. Middels een adviesrapport zijn deze personen gemakkelijker te bereiken.

De indeling van mijn adviesrapport is als volgt:

Allereerst worden de aanbevelingen die opgesteld zijn in het onderzoeksverslag nogmaals beschreven. Hierop volgt de implementatie van het adviesrapport. Vervolgens wordt er stil gestaan bij de multidisciplinaire samenwerking en behoeften van de doelgroep en tot slot vormt het laatste hoofdstuk een kritische reflectie van het adviesrapport.

1. Aanbevelingen gebaseerd op de conclusies van het onderzoek.

Dit hoofdstuk bevat de aanbevelingen die eerder zijn opgesteld in het onderzoeksverslag. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de getrokken conclusies.

Aanbeveling 1: verbinding tussen de praktijk en het beleid.

De Transitie jeugdzorg brengt een splitsing aan tussen de volwassen en jeugd GGZ. Belangrijk is dat de verbinding tussen beiden blijft. De hulpverlener binnen de volwassen GGZ moet kunnen doorverwijzen naar het CJG voor bijvoorbeeld opvoedondersteuning. Het is gewenst dat beide partijen rond de tafel gaan zitten om dit te overleggen. Er dient te worden overlegd over de taak die de volwassen GGZ inneemt tijdens de Transitie en hoe de hulpverlener 'natuurlijker' kan doorverwijzen naar het CJG.

Aanbeveling 2: partner van de patiënt betrekken als voorwaarde voor de behandeling.

Hulpverleners hebben aangegeven meer het systeem te willen betrekken bij de behandeling. Een eventuele partner hoort hier ook bij. Het komt voor dat de ouder die in behandeling is, dit weigert of liever niet heeft. Het is belangrijk voor het herstel van de ouder, de relatie met de partner en het bespreken van het thema ouderschap dat de partner erbij is. Zodra het meebrengen van de partner bij één van de behandelaafspraken als voorwaarde voor de behandeling kan een ouder hier niet onderuit komen.

Aanbeveling 3: kind – check list is niet voldoende.

Het invoeren van een kind – check list is al een stap in de goede richting om meer zicht op het welzijn van de kinderen te krijgen. Door dit vanaf het begin bespreekbaar te maken, wordt al informatie over de thuissituatie verzameld. Een hulpverlener *moet* op de hoogte zijn of er sprake is van kind(eren) bij de patiënt. Het is een dwingend en noodzakelijk proces om rekening te houden met de belangen van het nageslacht (Nagy, 2004). Maar na het voltooien van de checklist houdt het niet op tijdens. De gehele behandeling moet aandacht worden besteedt aan het ouderschap en gelet worden op de kinderen. De hulpverlener moet blijven signaleren, ook als de ouder vooruitgang maakt in het behandelproces. Dit kan voor het thuisfront onwettig zijn, waardoor een terug val kan plaatsvinden of de partner of kinderen klachten ontwikkelen (Baars, 2013).

Een voorbeeld is het maken van een genogram, hierbij breng je drie generaties in kaart en bespreek je de intergenerationele overdracht (Nagy, 2004). In het peripartum team is het

betrekken van het ouderschap logisch en noodzakelijk, maar juist wanneer dit niet noodzakelijk is, moet de hulpverlener altijd alert blijven. De hulpverleners kunnen van elkaar leren en de kennis delen. Zij hebben vaak verschillende soorten opleidingen achter de rug, hier kan gebruik van worden gemaakt.

Aanbeveling 4: Juist in het overgangsjaar mogen geen kinderen tussen wal en schip belanden.

De jeugdzorg bevindt zich momenteel in het overgangsjaar. Er moet nog veel geregeld, besproken en onderzocht worden, aldus de beleidsmedewerker. Juist in deze periode moet er een vangnet zijn. De KOPP-groepen zijn weg en de weg naar het CJG is nog niet zo vanzelfsprekend. De verantwoordelijkheid voor het signaleren en de vragen beantwoorden die de ouder heeft rondom de opvoeding komt nu als eerste bij de hulpverlener te liggen. De overgang van de jeugd GGZ naar de gemeente is wellicht een goede keuze gebaseerd op de ervaring in Denemarken (Vink, n.d.), maar er moet samen gezorgd worden dat juist nu geen kinderen tussen wal en schip belanden.

Aanbeveling 5: advies vervolgonderzoek.

Voordat de Transitie en alle andere veranderingen en ontwikkelingen volbracht zijn, zijn we weer een tijd verder. Op dit moment hebben zorginstellingen, maar bijna heel Nederland vraagtekens, twijfels en zorgen over deze veranderingen. Heeft de overheid een goede keus gemaakt? Is de kwaliteit van zorg echt verbeterd? Blijft de verbinding tussen de volwassen GGZ en jeugd GGZ gewaarborgd? Wat zijn de gevolgen voor de patiënt die ook een ouder is? Dit zijn vragen die opnieuw moeten worden bekeken en onderzocht. Het advies is daarom een vervolgonderzoek naar de gevolgen van de Transitie jeugdzorg voor de volwassen GGZ.

2. Implementatie van het adviesrapport.

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen verder uitgewerkt aan de hand van een aanpak en doel.

Aanbeveling 1: verbinding tussen de praktijk en het beleid.

Aanpak & doel: er dient structureel overleg plaats te vinden tussen de gemeente en de volwassen GGZ. Zo wordt beleid gekoppeld aan de praktijk. Door de splitsing die de Transitie met zich meebrengt moeten zij elkaar weer vinden. Dit overleg moet zo snel mogelijk plaatsvinden, “wat is nu de taak van de hulpverleners tijdens deze overgang en waar moeten zij op letten”. De hulpverleners weten nu niet goed waar zij terecht kunnen voor opvoedondersteuning aan de ouder. De gemeente geeft aan het CJG, maar dit is voor de hulpverlener blijkbaar niet duidelijk. Door middel van dergelijke overleggen is de verbinding van praktijk en beleid weer helder en kunnen zij samenwerken om de zorg voor de kinderen, maar ook de ouders goed te laten verlopen.

Met wie: een beleidsmedewerker van de gemeente die zich focust op de Transitie jeugdzorg en medewerkers vanuit de volwassen GGZ. Het liefst iemand die zich bezig houdt met het beleid en iemand die als hulpverlener binnen de praktijk werkt.

Aanbeveling 2: partner van de patiënt betrekken als voorwaarde voor de behandeling.

Aanpak & doel: uit het onderzoek en de theorie is gebleken dat het betrekken van de partner bij de behandeling het herstel van de patiënt bevordert, omdat de partner hierdoor op de hoogte is van de veranderingen en steun kan ervaren/bieden (Baars, 2013). En het is belangrijk dat de partner op één lijn zit met de patiënt betreffende de opvoeding. Als de relatie tussen ouders niet goed zit, kunnen de psychische klachten niet opgelost worden, aldus een hulpverlener van het peripartum team. Het meebrengen van de partner van de patiënt dient voorwaarde voor de behandeling te worden. Minstens één sessie. Als dit als voorwaarde wordt gesteld en aan het begin van de behandeling wordt vermeld kan een patiënt hier rekening mee houden.

Aanbeveling 3: kind – check list is niet voldoende.

Aanpak & doel: het uitvragen van de kind check list blijkt niet voldoende te zijn. Dit zijn de vragen die in het intake gesprek worden gesteld aan de ouder. Hieruit verkrijgt de hulpverlener informatie over de thuissituatie en de kinderen. Na het voltooien van deze check list houdt het betrekken van het ouderschap niet op. Dit dient vaker terug te moeten komen tijdens de behandeling. Door middel van vragen stellen, signaleren en indien nodig doorverwijzen. Een belangrijk gegeven in de contextuele benadering is het rekening houden met de belangen van het nageslacht. Dit is een dwingend en noodzakelijk proces, omdat de toekomstige generatie, het kind, zichzelf niet kan beschermen en afhankelijk is van de ouder. Nagy beschrijft dit als: *“zij zijn uiterst kwetsbaar voor de consequenties van de prioriteiten en handelingen van vorige generaties”* (Nagy, 2004). Hiernaast dienen collega's onderling ook te communiceren. Elke hulpverlener heeft een andere visie, aanpak en achtergrondopleiding. Er wordt geadviseerd gebruik te maken van elkaars expertise.

Aanbeveling 4: Juist in het overgangsjaar mogen geen kinderen tussen wal en schip belanden.

Aanpak & doel: momenteel wordt er hard gewerkt aan de veranderingen binnen de GGZ. Dit kost tijd. Volgens ervaringen in Denemarken heeft het 5 jaar gekost om van succes te kunnen spreken (Vink, n.d.). Hieruit kunnen we opmaken dat het jaren in beslag gaat nemen voordat alles is geland en overzichtelijk gestructureerd is. In deze overgangsperiode dient de hulpverlener van de ouder extra goed te letten op het welzijn van de kinderen en de opvoeding in het algemeen. De hulpverlener krijgt deze rol toebedeeld, omdat zij een belangrijke vertrouwenspersoon is van de ouder en hierin zijn of haar professionaliteit kan gebruiken. Door hier extra aandacht aan te besteden en bewust van te zijn kunnen de gemeente en de volwassen GGZ samen zorgen dat juist in het overgangsjaar geen kinderen tussen wal en schip belanden.

Aanbeveling 5: advies vervolgonderzoek.

Aanpak & doel: de gevolgen van de Transitie jeugdzorg voor de ouder zijn nog niet duidelijk en meetbaar, omdat de veranderingen zich bevinden in het overgangsproces. Er dient een vervolgonderzoek te moeten plaatsvinden waarin deze gevolgen zichtbaar worden gemaakt met daarop volgend aanbevelingen om eventuele vraagtekens en problemen aan te kunnen pakken. Daarnaast dient dit vervolgonderzoek ook als evaluatie van de opgestelde doelen en plannen van de gemeente. Vraagstellingen / onderwerpen voor dit vervolgonderzoek kunnen zijn:

- Wat zijn de gevolgen van de Transitie jeugdzorg voor de patiënt, die ook een ouder is?
- Een alternatief voor de KOPP-groepen indien deze niet terugkomen.
- Is het doel van Transitie jeugdzorg bereikt, wat zijn over het algemeen de gevolgen.

Belangrijk bij dit vervolgonderzoek is het betrekken van de ouders. Ik heb in mijn onderzoek alleen de ouders betrokken bij de behandeling, maar niet bij het beleid en hun behoeften hierin. De hulpverleners hadden zo hun twijfels bij de Transitie, maar konden deze verandering deels begrijpen vanuit bezuinigingen, maar uitten zorgen over het bezuinigen op preventie. Dit laatste advies is een advies voor een langere termijn. Hier moet de organisatie de tijd voor vrij maken. Daarnaast moet eerst de Transitie voltooid worden.

3. Multidisciplinaire samenwerking en de behoeften van de doelgroep

Het adviesrapport vergt een multidisciplinaire samenwerking. Samenwerking tussen verschillende organisaties en disciplines. De gemeente en beleidsmedewerkers stellen het beleid op voor de jeugd GGZ. De hulpverleners dienen zich hieraan te houden, maar zijn degenen die het beleid uitvoeren en nastreven binnen de praktijk. Een manager van een organisatie moet zijn medewerkers op de hoogte stellen van beleidsplannen en ze hierin instrueren. De gemeente kan veel leren van de kennis die de praktijk al bezit over de GGZ en de problematiek van kinderen en ouders. Uit het onderzoek is gebleken dat de ouders die in behandeling zijn het prettig ervaren dat het ouderschap wordt betrokken bij de behandeling, ook wanneer dit niet vanzelfsprekend of een standaard thema in de behandeling is.

4. Kritische reflectie

Kritische reflectie op de toegevoegde waarde voor de opdrachtgever, doelgroep en het beroep.

Opdrachtgever

Het onderzoeksverslag is een toegevoegde waarde, omdat het bevestigt wat de opdrachtgever eerder heeft aangegeven. Namelijk dat het ouderschap op dit moment niet genoeg aandacht krijgt binnen de behandeling. Het dient als extra bevestiging waarmee zij feiten kunnen aantonen. De aanbevelingen dienen als richtlijn. De opdrachtgever kan ervoor kiezen deze uit te voeren. Of om als richtlijn te gebruiken. Een eerste stap is al gezet, doordat de beleidsmedewerker contact gaat zoeken over het stoppen van de KOPP-groepen. De opdrachtgever zal blij zijn als deze weer gestart kunnen worden.

Doelgroep

Voor de doelgroep hebben de aanbevelingen een bijdrage. Zoals de verbetering van zorg voor ouders met psychische problemen. En de verbinding met de jeugd GGZ, waarvoor de ouder laagdrempelige zorg kan ontvangen rondom opvoedondersteuning. Daarnaast wordt de hulpverlener gewezen op het feit van de gevolgen voor de kinderen en hoe effectief het is om het ouderschap en het systeem te betrekken bij de behandeling.

Anderzijds kan dit tegen de behoeften van de ouders ingaan. Ouders kunnen het hebben van psychische klachten en de behandeling als schaamte ervaren. Ze willen niet dat het thuisfront hierbij wordt betrokken. Daarnaast kunnen ze denken dat het betrekken van de kinderen juist schade toebrengt. Belangrijk is hierbij dat de ouders worden geïnformeerd voordat er actie wordt ondernomen. Het verplichten van het betrekken van de partner bij de behandeling kan zorgen voor afkeer. De ouder kan dan besluiten niet in behandeling te willen gaan, waardoor de organisatie patiënten misloopt en de ouder met zijn of haar problemen blijft rondlopen waardoor de kinderen ook niet kunnen worden geholpen.

Beroep

Voor het beroep van de hulpverlener wordt veel gevraagd. Naast de algemene eisen die de behandeling vereist, moeten zij extra letten op het welzijn van de kinderen. De hulpverleners zijn geen pedagogen en missen hierdoor bepaalde vaardigheden. De zorg heeft te maken met veel veranderingen, waardoor de tijdsdruk toeneemt. Er moet meer werk gedaan worden met minder mensen. Tegelijkertijd moet de kwaliteit van zorg omhoog (Parnassia, 2014). Hierdoor kunnen de aanbevelingen worden opgeschoven naar voren. De hulpverlener moet zich verantwoordelijk genoeg voelen, om dit aan te willen en kunnen pakken.

Bibliografie

Baars, J., Meekeren, van, E. (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen*. Boom Amsterdam.

Boszormenyi-Nagy, I. (2000). *Grondbeginselen van de contextuele benadering*. Haarlem: De Toorts.

Trimbos Instituut. (2011). *KOPP/KVO*. Verkregen op maandag 27 november 2013, van, <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/kopp-kvo>

Vink, C. (n.d.) *Transitie op zn Deens*. Verkregen op maandag 27 november 2013, van, <http://www.nji.nl/nl/Actueel/Blogs/Transitie-op-zn-Deens--veranderen-kost-tijd-maar-loont!>

Parnassia Groep. (2014). *Een andere instelling – 2*. Bedrijfsplan 2014 – 2016