
‘KEUZES IN BEELD’

Een onderzoek naar de beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp en het pad dat de hoofdbehandelaar kan volgen om te komen tot een keuze voor een zorgactiviteit.



Groningen, januari 2012

Student: Yvonne Buisman
Studentnummer: S1032691

Onderzoeksinstelling: Accare Emmen
Begeleider: Erika Kramer



‘KEUZES IN BEELD’

Een onderzoek naar de beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp en het pad dat de hoofdbehandelaar kan volgen om te komen tot een keuze voor een zorgactiviteit.



Plaats:	Groningen
Datum:	9 januari 2012
Student:	Yvonne Buisman
Studentnummer:	S1032691
Klas:	Klas 4B
Hogeschool:	‘Windesheim’ te Zwolle
Opleiding:	Pedagogiek
Minor:	Specifieke opvoedingssituaties
Minorbegeleider:	Henk Roeters
Onderzoeksinstelling:	Accare Emmen
Begeleider:	Erika Kramer
Docentreviewer:	Marjolein Reijners
Studentreviewer:	Emmy Broshuis



Voorwoord

Momenteel zit ik in het afstudeerjaar van de HBO- opleiding Pedagogiek aan de christelijke hogeschool 'Windesheim' te Zwolle. In dit laatste jaar worden verschillende minoren aangeboden. Het doel van een minor is dat de student zich ontwikkelt tot het niveau van een beginnend beroepsbeoefenaar met een specifieke deskundigheid. Gedurende het eerste semester volg ik de minor 'specifieke opvoedingssituaties'. In deze minor gaat het over het begeleiden van kinderen en/ of opvoeders in een specifieke opvoedingssituatie, waarbij de draagkrachtverhouding en de draaglastverhouding tijdelijk uit balans is. Dit kan verschillende oorzaken hebben, waaronder dat het kind, de opvoeders, of beide zijn belast met een bepaalde problematiek of beperking. Tevens is het mogelijk dat het kind, de opvoeders, of beide lijden onder een levensgebeurtenis, bijvoorbeeld overlijden of echtscheiding. Een dergelijke specifieke opvoedingssituatie kan zich voordoen zijn in een gezinssysteem, maar ook daarbuiten, namelijk daar waar beroepskrachten te maken krijgen met kinderen die belast zijn als gevolg van een bepaalde problematiek, een beperking of een ingrijpende levensgebeurtenis (Windesheim, 2011).

Gedurende vijf maanden heb ik een onderzoek uitgevoerd in opdracht van Accare Emmen. Het betreft, kort gezegd, een onderzoek naar de beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp en het pad dat de hoofdbehandelaar kan volgen om te komen tot een keuze voor een zorgactiviteit. De titel van het onderzoeksrapport is 'keuzes in beeld'. Deze titel is om verschillende redenen gekozen. Middels dit onderzoek wordt onder andere zicht verkregen op de keuzes die ten grondslag liggen aan de keuze voor een verwijzing naar een zorgactiviteit van ouder- of gezinshulp. Tevens wordt door middel van dit onderzoek inzicht gegeven in dit keuzeproces, door het beschrijven van een keuzepad. Met andere woorden worden eerst de genoemde keuzes uitgewerkt en vervolgens worden ze in een overzicht geplaatst. Er wordt dus letterlijk en figuurlijk een beeld van de keuzes geschetst.

Door middel van dit voorwoord wil ik enkele mensen bedanken. Allereerst wil ik J.I., J.K. en K.H. bedanken voor de mogelijkheid die ze mij hebben geboden om een onderzoekstage uit te voeren bij Accare Emmen. Daarnaast wil ik mijn begeleider E.K. bedanken voor alle tijd en energie die ze in de begeleiding heeft gestoken. Ik wil haar bedanken voor de tijd die ze voor me heeft vrijgemaakt, zelfs wanneer ze het druk had. Tevens wil ik haar bedanken voor haar feedback, haar kritische blik, haar eerlijkheid, maar ook voor het vertrouwen dat ze in me stelde. Met betrekking tot Accare Emmen wil ik tevens de behandelaars, de hoofdbehandelaars en andere betrokken medewerkers bedanken voor de medewerking die ze hebben verleend. Als laatste wil ik de IPG-behandelaars bedanken voor het ter beschikking stellen van hun kantoor. Ik wil hun bedanken voor het meedenken en hun luisterend oor.

Ook wil ik mijn minorbegeleider en mijn klasgenoten bedanken. Ik wil jullie vooral bedanken voor het meedenken tijdens de integrale bijeenkomsten en de (kritische) feedback die jullie mij hebben gegeven. Daar heb ik zeker mijn voordeel mee kunnen doen.

Als laatste wil ik zeggen dat ik hoop dat het onderzoek bruikbaar is voor Accare Emmen en dat ze onderdelen uit het verslag kunnen inzetten om zo wellicht de kwaliteit van de zorg te kunnen verbeteren.

Yvonne Buisman

Samenvatting

De doelstelling van het onderzoek onderscheidt zich in een doel op de korte termijn en een doel op de lange termijn. Het doel op de korte termijn is het geven van een inzichtelijke beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp, zodat helder wordt waarin de zorgactiviteiten zich van elkaar onderscheiden. Een neven doel is het beschrijven van het pad hoe de hoofdbehandelaar tot een keuze voor een zorgactiviteit kan komen. Het doel op de lange termijn kan verbonden worden met de visie van Accare. Accare wil de best bekende vorm van hulp aanbieden, afgestemd op de concrete hulpvraag van de ouders en het kind. Daarom is het noodzakelijk dat de hoofdbehandelaar een duidelijk beeld heeft van de zorgactiviteiten. Het keuzepad kan wellicht een visuele ondersteuning bieden. Mogelijk kan hiermee de kwaliteit van de zorg worden verbeterd.

De probleemstelling van dit onderzoek is: *“Hoe kunnen de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen omschreven worden, zodat de hoofdbehandelaar voor de meest passende vorm van hulp kan kiezen?”* Om tot een antwoord op deze probleemstelling te komen heb ik gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, vragenlijsten, interviews en een dossieronderzoek. Met behulp van de vragenlijsten, welke zijn afgenomen met de behandelaars bij Accare Emmen, zijn de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp beschreven. De interviews zijn afgenomen met de hoofdbehandelaars van Accare Emmen. De interviews zijn gebruikt om informatie te verkrijgen over de keuze voor een verwijzing, de (contra-) indicaties en de behoeftepeiling met betrekking tot het inzichtelijk maken van het keuzeprocess. Met behulp van het dossieronderzoek is onderzocht op basis van welke (sub)doelen hoofdbehandelaars naar een zorgactiviteit verwijzen. Per zorgactiviteit worden enkele kernbegrippen weergegeven in het onderzoeksrapport.

Wanneer gekeken wordt naar de aanmeld- en intakeprocedure wordt duidelijk dat Accare Emmen wil dat het kind spoedig en met korte lijnen naar een geschikte behandeling wordt geleid. Wanneer verwijzers een kind willen aanmelden, kunnen ze dit doen via een brief of een fax. Het secretariaat verzamelt de gegevens en zorgt dat het aanmeldteam de gegevens ontvangt. Het aanmeldteam beoordeelt de aanmeldingen en wanneer er vragen zijn of er behoefte is aan meer informatie, wordt er contact gezocht met de verwijzer en/ of de ouder. In het aanmeldteam wordt besloten of een specifiek persoon de intakes moet doen. Vanaf het moment van de kennismaking en de intake is er een hoofdbehandelaar bij de cliënt betrokken. De hoofdbehandelaar heeft meerdere gesprekken met ouders waarin hij/ zij inzicht probeert te verkrijgen in de problematiek van het kind, de mogelijkheden van ouders, de opvoedingssituatie en datgene waar ouders tegen aan lopen. Er start een behandelingstraject indien hieruit een hulpvraag naar voren komt. Het eventuele behandelingstraject zal tijdens het adviesgesprek met ouders worden besproken. Het contact met de hoofdbehandelaar loopt in principe door totdat de behandeling wordt afgesloten met een afsluitende brief.

Van de zorgactiviteiten die Accare Emmen aanbiedt, richten zes zich op ouder- en gezinshulp, namelijk Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG), mediatietherapie, oudercursus, psycho-educatie (PEP), systeemtherapie en Video Home Training (VHT). Psycho-educatie is een onderdeel van al deze behandelingen. Uit de literatuurstudie komt naar voren dat psycho-educatie te allen tijde een onderdeel is van de behandeling en dat het meestal individueel of in groepsverband plaatsvindt. Meerdere malen wordt genoemd dat het een educatieve en/ of opvoedkundige interventie is en dat het zich richt op vragen als wat er aan de hand is, wat er moet gebeuren en hoe dat moet gebeuren. De therapeut probeert een perspectief te bieden op de betekenis van het probleemgedrag. Tevens wordt geleerd hoe men met de beperkingen van de psychiatrische stoornis om kan gaan. Psycho-educatie richt zich op de patiënt (van een psychiatrische stoornis) en diens verwanten.

De zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp worden in dit onderzoeksrapport beschreven middels een beschrijving van de zorgactiviteit, de doelgroep, de doelstelling, de indicaties, de contra-indicaties, het gewenste resultaat, de verwachtingen ten opzichte van de cliënt en de taak van de hulpverlener. Bij de beschrijving van de literatuurstudie is allereerst het ontstaan en de ontwikkeling(en) die passend zijn bij de zorgactiviteit beschreven, gevolgd door een beschrijving van de zorgactiviteit. Tevens wordt hierbij de doelgroep, de doelstelling en de indicatiecriteria beschreven. Het begrip ‘indicatiecriteria’ omvat hier zowel de indicaties, alsmede de contra-indicaties.

Met betrekking tot een keuze voor een verwijzing voor een zorgactiviteit zijn er verschillende verschillen en overeenkomsten vast te stellen. Bij elke zorgactiviteit is motivatie belangrijk en ernstige psychiatrische problematiek bij ouder(s) wordt als contra-indicatie gezien. Psycho-educatie is, met uitzondering van de systeemtherapie, ook een reden voor een verwijzing. Bij vragen over communicatie en/ of vragen over

opvoeding verwijst men door naar IPG, mediatietherapie, oudercursus en VHT. Systeemtherapie wordt hierbij alleen geïndiceerd bij vragen over communicatie. Er wordt tevens naar IPG, oudercursus en VHT verwezen als ouders concrete handvatten willen.

Mediatietherapie en oudercursus richten zich op ouders en PEP richt zich het netwerk van het kind of de jongere. De verwijzing naar de oudercursus en PEP wordt gedaan wanneer ouders er behoefte aan hebben om te functioneren in een groep. Mediatietherapie wordt juist ingezet als ouders behoefte hebben aan een individuele behandeling. Er wordt tevens een specifieke verwijzing naar PEP genoemd, namelijk dat PEP geïndiceerd kan worden om ouders te laten nadenken over datgene wat zij willen, bijvoorbeeld welke behandeling zij willen binnen Accare Emmen.

IPG, systeemtherapie en VHT richten zich op het systeem. Deze indicaties zijn met name gericht op interactieproblemen en vragen met betrekking tot het systeemfunctioneren. IPG en systeemtherapie worden vooral geïndiceerd wanneer het gaat om complexe vragen. Systeemtherapie onderscheidt zich doordat het zich – naast de eerder genoemde indicaties – richt op relatieproblematiek en onderliggende problematiek. VHT onderscheidt zich doordat er middels VHT inzicht wordt gegeven in de interacties, waarbij video een essentieel middel is. Ook kan VHT geïndiceerd worden als er sprake is van hechtingsproblematiek. IPG onderscheidt zich, doordat het ingezet kan worden om de veiligheid in een gezin te waarborgen.

Het antwoord op de probleemstelling hangt onder andere af van de vraag wat hoofdbehandelaars nodig hebben met betrekking tot het verwijzen en hoe ze dit proces inzichtelijk willen krijgen. Verschillende hoofdbehandelaars geven aan dat ze het maken van een zorgactiviteit lastig vinden. Redenen hiervoor zijn onder andere: onvoldoende kennis over de zorgactiviteiten en het feit dat er een overlap is tussen de zorgactiviteiten. Tevens gaven verschillende hoofdbehandelaars aan dat ze het lastig vonden om concreet te beschrijven wat ze zien als indicatiecriteria. Vervolgens is er in het interview een behoeftepeiling gedaan middels de vraag welke onderwerpen de hoofdbehandelaars in de beslisboom zouden willen zien staan. De twee antwoorden die het meest vaak zijn genoemd zijn de indicaties en contra- indicaties en het niveau van de ouders. Deze onderwerpen, genoemd door de hoofdbehandelaars, zouden ook in de beschrijving van de zorgactiviteiten aanwezig moeten zijn. Omdat een beslisboom uiteindelijk niet mogelijk bleek, is er gekozen voor een ander format, wat in dit onderzoeksrapport 'het keuzepad' wordt genoemd. Kort gezegd is het antwoord op de probleemstelling dat de hoofdbehandelaars een concrete beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp nodig hebben, waarin de onderwerpen staan die ze graag in de beslisboom zouden willen terugzien. Tevens kan het keuzepad dat hierbij is opgesteld een visuele ondersteuning bieden bij het maken van de keuze voor een zorgactiviteit.

Inhoudsopgave

1. Profielschets Accare Emmen	Pagina 9
1.1 - Inleiding	Pagina 9
1.2 - Missie.....	Pagina 9
1.3 - Visie.....	Pagina 9
1.4 - Aanbod cluster Emmen.....	Pagina 10
2. Inleiding	Pagina 11
2.1 - Inleiding	Pagina 11
2.2 - Probleemanalyse	Pagina 11
2.3 - Doelstelling	Pagina 11
2.4 - Maatschappelijke relevantie.....	Pagina 12
2.5 - Probleemstelling, deelvragen en begripsafbakening.....	Pagina 13
2.5.1 - Probleemstelling	Pagina 13
2.5.2 - Deelvragen	Pagina 13
2.5.3 - Begripsafbakening.....	Pagina 14
2.6 - Leeswijzer bij het onderzoek	Pagina 15
3. Methode	Pagina 16
3.1 - Inleiding	Pagina 16
3.2 - Onderzoeksgroep.....	Pagina 16
3.3 - Onderzoeksontworp	Pagina 17
3.4 - Meetinstrumenten	Pagina 17
3.5 - Analysemethoden.....	Pagina 18
3.6 - Betrouwbaarheid en validiteit	Pagina 19
4. De aanmeld- en intakeprocedure bij Accare Emmen	Pagina 20
4.1 - Inleiding	Pagina 20
4.2 - Aanmeldprocedure	Pagina 20
4.2.1 - Doel en subdoelen aanmeldprocedure.....	Pagina 20
4.2.2 - Betrokken onderdelen bij de aanmeldprocedure.....	Pagina 20
4.2.3 - Het werkproces met betrekking tot de aanmeldprocedure	Pagina 21
4.3 - Intakeprocedure	Pagina 21

5. Zorgactiviteiten ouder- en gezinshulp	Pagina 22
5.1 - Inleiding	Pagina 22
5.2 - Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)	Pagina 22
5.3 - Mediatetherapie	Pagina 25
5.4 - Oudercursus.....	Pagina 26
5.5 - Psycho- educatie (PEP)	Pagina 28
5.6 - Systeemtherapie.....	Pagina 29
5.7 - Video Home Training (VHT)	Pagina 30
6. Zorgactiviteiten ouder- en gezinshulp vanuit de literatuur.....	Pagina 33
6.1 - Inleiding	Pagina 33
6.2 - Het belang om ouders te betrekken bij de hulpverlening	Pagina 33
6.3 - Psycho- educatie.....	Pagina 33
6.4 - Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)	Pagina 35
6.5 - Mediatetherapie en de oudercursus	Pagina 37
6.6 - Systeemtherapie.....	Pagina 40
6.7 - Video Home Training (VHT)	Pagina 42
7. Verwijzen	Pagina 45
7.1 - Inleiding	Pagina 45
7.2 - Keuze voor een verwijzing	Pagina 45
7.2.1 - Kennismakingsfase.....	Pagina 45
7.2.2 - Diagnostiekfase.....	Pagina 45
7.2.3 - Adviesgesprek	Pagina 45
7.3 - Resultaten interviews: verwijzing naar ouder- en gezinshulp	Pagina 46
7.3.1 - Indicaties	Pagina 46
7.3.2 - Contra- indicaties.....	Pagina 48
7.4 - Resultaten dossieronderzoek: verwijzing naar ouder- en gezinshulp	Pagina 50
8. Het keuzeprocess	Pagina 53
8.1 - Inleiding	Pagina 53
8.2 - Problemen en wensen	Pagina 53
8.3 - Inhoud beslisboom	Pagina 54
8.4 - Het keuzepad	Pagina 54
9. Conclusie en discussie	Pagina 55
9.1 - Inleiding	Pagina 55
9.2 - Conclusie.....	Pagina 55
9.3 - Discussie	Pagina 58

10. Aanbevelingen.....	Pagina 60
10.1 - Inleiding	Pagina 60
10.2 - Aanbevelingen	Pagina 60
Literatuurlijst	Pagina 62
Bijlagen	Pagina 64
Bijlage 1 - Registratieformulier VHT.....	Pagina 65
Bijlage 2 - Vragenlijst voor behandelaars	Pagina 66
Bijlage 3 - Uitnodiging interview hoofdbehandelaars	Pagina 67
Bijlage 4 - Het interview.....	Pagina 68
Bijlage 5 - Uitwerking van de vragenlijsten.....	Pagina 70
Bijlage 6 - Uitwerking van de interviews.....	Pagina 77
Bijlage 7 - Uitwerking van het dossieronderzoek	Pagina 93
Bijlage 8 - Beslisboom	Pagina 98

1. Profielschets Accare Emmen

1.1 Inleiding

Geciteerd noemt Accare in haar informatiefolder, welke opgesteld is in september 2009, het volgende: “Accare is de roepnaam van de stichting Universitaire en Algemene Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord- Nederland. In de stichtingnaam zijn onze activiteiten in de kern verwoord. Accare is een zelfstandige, gespecialiseerde instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Meer dan 1000 professionals zijn dagelijks actief bezig met het belangrijke werk dat we doen vanuit het motto ‘Accare: verantwoordelijk, effectief en betrokken’¹.”

De vestiging van Accare in Emmen valt onder het deelgebied ‘Accare Drenthe/ Overijssel’. In de informatiefolder van Accare Drenthe/ Overijssel, opgesteld in februari 2010, wordt genoemd dat Accare Emmen onderzoek, diagnostiek, behandeling en begeleiding biedt aan kinderen en jongeren in de leeftijd van nul tot achttien jaar. Bij deze kinderen en jongeren is sprake van psychiatrische problematiek, soms in combinatie met een licht verstandelijke handicap. Het doel van de behandelingen is de psychiatrische problematiek te verminderen, de ontwikkeling weer op gang te brengen of om een bijdrage te leveren aan het stabiliseren van situaties. In al deze gevallen wordt uitgegaan van de vragen van het kind, de jongere en de ouders (Accare, 2010).

1.2 Missie

In het beleidsplan ‘Samen naar Beter’ van Accare, vastgesteld op 1 juli 2011, wordt de missie verwoord. In een eerder beleidsplan, namelijk ‘Uit de kinderschoenen’ heeft Accare de missie vormgegeven, maar op enkele punten was bijstelling nodig. De volgende vijf punten omvatten de missie van Accare².

- Accare wil als gespecialiseerde instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie effectieve diagnostiek, behandeling en begeleiding bieden aan kinderen met psychische problemen en hun ouders, gericht op verbetering van de ontwikkeling van het kind in zijn context. In onze zorg staat de patiënt centraal, werken we evidence based en nemen we onze verantwoordelijkheid; we bieden continuïteit van zorg en leveren waar nodig onze bijdrage in de zorgketen, inclusief consultatie en dienstverlening.
- Uitgangspunt in ons werk is dat kinder- en jeugdpsychiatrie in beginsel een ambulante vak is; voor zover klinische zorg onvermijdelijk is, dient deze nadrukkelijk ondersteunend te zijn aan ambulante behandeling.
- Accare wil vanuit zijn academische functie een robuuste rol vervullen op het gebied van kennismanagement, opleiding, onderzoek en onderwijs.
- Accare wil een uitstekende werkgever zijn, die opereert vanuit het besef dat de kwaliteit van haar medewerkers de basis vormt voor het succes van de instelling als geheel. Van onze medewerkers verwachten we een klantgerichte, professionele, zelfstandige en ondernemende inzet. Accare geeft hen daarvoor de ruimte en het vertrouwen.
- Accare, met als werkgebied de vijf noordoostelijke provincies, wil tenslotte als ‘vernieuwend specialist’ een landelijk vooraanstaande rol vervullen in het veld van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

1.3 Visie

In de eerder genoemde informatiefolder noemt Accare tevens haar behandelvisie. Daar wordt genoemd dat Accare haar zorg zoveel mogelijk verleent op basis van ‘Evidence Based Practice’. Dat betekent dat de verschillende behandelaars de best bekende behandeling aanbieden, welke afgestemd is op de concrete hulpvraag van de ouders en het kind. De behandelvisie van Accare bestaat uit drie thema’s, namelijk ‘verantwoordelijk’, ‘effectief’ en ‘patiënt centraal’. Met het begrip ‘verantwoordelijk’ wil Accare laten zien dat ze verantwoordelijkheid voelen voor iedere cliënt en niemand tussen wal en schip willen laten vallen. Bij ‘effectief’ gaat het om het feit dat de activiteiten van Accare berusten op inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek. De behandelaars zijn goed opgeleid en oriënteren zich op de ontwikkelingen binnen het vakgebied. Het laatste begrip is ‘patiënt centraal’, wat betekent dat de vraag van de cliënt of ouders centraal staat. Middels overleg wordt vastgesteld wat er nodig is op gebied van diagnostiek, behandeling en begeleiding. Als laatste noemt Accare dat ze nauw samenwerkt met huisartsen, bureaus jeugdzorg, jeugdzorginstellingen, de jeugd- GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) en JJI (Justitiële Jeugdinrichting) Het Poortje (Accare, 2009).

¹ Accare (2009). *Accare: verantwoordelijk, effectief en betrokken!* Accare.

² Rietveld, A.A. (2011). *Samen naar Beter - Beleidsplan Accare 2011-2012*. Accare.

1.4 Aanbod cluster Emmen

In haar informatiefolder over het aanbod van cluster Emmen noemt Accare Emmen haar zorgactiviteiten. Deze staan in tabelvorm in de folder weergegeven. Geciteerd uit de informatiefolder is dit het aanbod van Accare Emmen: ³

POLIKLINIEK	
<i>Voor wie</i>	Voor kinderen en jongeren al dan niet met een licht verstandelijke handicap uit de regio Zuidoost-Drenthe.
<i>Aanbod</i>	Ambulante diagnostiek, poliklinische behandeling, farmacotherapie, angstbehandeling, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), traumaverwerking, ouderbegeleiding, oudercursus ADHD/ PDD- NOS, beeldende therapie, dramatherapie, speltherapie, psycho- educatie, SOVA-training, systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie en mediatietherapie.

DEELTIJDBEHANDELING	
<i>Voor wie</i>	- Adolescenten: Jongeren vanaf veertien jaar met een vermoeden van psychiatrische problematiek. - LVG: Jongeren vanaf twaalf jaar met een licht verstandelijke handicap en (een vermoeden van) psychiatrische problematiek. - Kinderen: Kinderen van zes tot en met twaalf jaar met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek.
<i>Aanbod</i>	- Adolescenten: Drie middagen en één ochtend en biedt plaats aan gemiddeld zeven jongeren per groep. Er zijn drie verschillende groepen. - LVG: Twee middagen en biedt plaats aan gemiddeld zeven jongeren. - Kinderen: Twee middagen en biedt plaats aan gemiddeld zeven kinderen.

IPG: INTENSIEVE PSYCHIATRISCHE GEZINSBEGELEIDING	
<i>Voor wie</i>	Gezinnen waarbij sprake is van ontwikkeling- en opvoedingsproblemen als gevolg van psychiatrische problematiek al dan niet in combinatie met een licht verstandelijke handicap.
<i>Aanbod</i>	- De draaglast van het gezin verkleinen en de draagkracht vergroten. - De ouders leren in hun opvoeding aan te sluiten bij de specifieke (on)mogelijkheden van het kind of de kinderen. - Opvoedingsondersteuning in de thuissituatie.

(F)ACT- TEAM: FUNCTIONAL ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT	
<i>Voor wie</i>	De cliënt die op meerdere levensgebieden tegelijk ondersteuning en begeleiding nodig heeft: psychiatrische zorg, praktische hulp, woonondersteuning, enzovoort.
<i>Aanbod</i>	Het (F)ACT- team heeft alles in eigen hand = één loket voor cliënten, familie, netwerk, hulpverleners en maatschappelijke dienstverleners. De behandeling vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen woon- en leefomgeving van de cliënt. Zo nodig: 'bemoeizorg'.

FJP- TEAM: FORENSISCHE JEUGD- EN ORTHOPSYCHIATRIE	
<i>Voor wie</i>	De FJP is bestemd voor adolescenten van twaalf tot achttien jaar (met een mogelijke uitloop tot 23) en hun systeem van opvoeding. Deze jongeren worden aangemeld op basis van forensische problematiek (delictgedrag, mede op grond van een psychiatrische stoornis) ofwel met orthopsychiatrische problematiek (ernstige gedragsproblemen).
<i>Aanbod</i>	De FJP staat garant voor uitvoerige diagnostiek en behandeling op maat, ter voorkoming van recidive in delictgedrag en/ of het ombuigen van gedragsproblemen richting leeftijdsadequaat gedrag. Dit wordt gepoogd door middel van specifieke groepstrainingen (o.a. Art, Equip), systeemtherapie, individuele behandelingen, traumabehandeling (EMDR) en medicamenteuze ondersteuning.

³ Accare (2011). *Divisie Kinder- en Jeugdpsychiatrie Drenthe/ Overijssel en Forensische Jeugd- en orthoPsychiatrie - Aanbod cluster Emmen*. Emmen: Accare.

2. Inleiding

2.1 Inleiding

In deze inleiding wordt allereerst de probleemanalyse geschetst. Hierin komt naar voren wat de aanleiding is voor het onderzoek. Vervolgens wordt de doelstelling geformuleerd. Deze uitwerking is gesplitst in doelen op de korte termijn en doelen op de lange termijn. Dit wordt gevolgd door een beschrijving van de maatschappelijke relevantie. De maatschappelijke relevantie zal worden weergegeven op micro-, meso- en macroniveau. Daarna zullen de probleemstelling, de deelvragen en de begripsafbakening worden genoemd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer.

2.2 Probleemanalyse

Nadat een cliënt bij Accare Emmen wordt aangemeld, bijvoorbeeld door de huisarts, school of Bureau Jeugdzorg, heeft een hoofdbehandelaar van Accare een gesprek met deze cliënt. Binnen Accare Emmen speelt bij verschillende medewerkers het idee dat de zorgactiviteiten die geboden worden niet duidelijk zijn voor de hoofdbehandelaars. Ze zijn benieuwd op basis van welke keuzes en opvattingen een verwijzing wordt gedaan. Tevens willen ze een aanvulling met betrekking tot de zorgactiviteiten, door te beschrijven wat de vorm specifiek inhoudt en waarin het zich onderscheidt van andere vormen van hulp. Hierbij willen ze weten hoe ze die verschillen voor de hoofdbehandelaar beter in kaart kunnen brengen. Het betreft hier zes vormen van ouder- en gezinshulp, namelijk Intensieve Psychiatische Gezinsbehandeling (IPG), mediatietherapie, oudercursus, psycho-educatie (PEP), systeemtherapie en Video Home Training (VHT).

Kort gezegd is het probleem van Accare dat er verschillende vormen van ouder- en gezinshulp zijn, waarbij het idee speelt dat hoofdbehandelaars niet goed weten wat het onderscheid is tussen deze vormen van hulp. De hierboven geschetste situatie vormt een probleem, omdat Accare efficiënt wil werken en cliënten de meest passende vorm van hulp wil bieden. Ze wil graag aansluiten op de hulpvraag van de cliënt. Het probleem bestaat sinds Accare Emmen meer ambulante is gaan werken en ook sinds er meer zorgactiviteiten bij zijn gekomen. Het probleem doet zich voor binnen het cluster Accare Emmen. De mensen die hier direct mee te maken hebben zijn zowel degene die de zorgactiviteit moet uitvoeren, als degene die ernaar verwijst. Wellicht speelt het probleem ook Accare breed, maar hiervan hebben de medewerkers van Accare Emmen geen weet.

De aanleiding voor mijn onderzoek is een gesprek tussen J.K., K.H. en J.I. over de mediatietherapie. J.I. noemt dat tijdens dit gesprek de verwijzing of het gebrek hieraan ter sprake kwam. Vervolgens kwam mijn vraag voor een onderzoeksstage en hebben ze hun idee en mijn vraag aan elkaar gekoppeld.

2.3 Doelstelling

Wanneer we kijken naar de doelstelling kan er onderscheid gemaakt worden tussen een doelbeschrijving op de korte termijn en een doelbeschrijving op de lange termijn. Om het zo overzichtelijk mogelijk weer te geven, heb ik ervoor gekozen om de weergave in tabelvorm te plaatsen.

Korte termijn * Wat is het doel/ wat zijn de doelen op de korte termijn?	Het doel voor de korte termijn is om te komen tot een beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp, waaruit blijkt waarin de zorgactiviteiten zich ten opzichte van elkaar onderscheiden. Tevens is het doel om het pad te beschrijven waarlangs de hoofdbehandelaar tot de keuze voor een zorgactiviteit kan komen. Er wordt gepoogd dit inzichtelijk te maken middels een beslisboom. Op deze manier kan de hoofdbehandelaar snel zien welke vorm van hulp passend kan zijn.
Lange termijn * Wat is het doel/ wat zijn de doelen op de lange termijn?	Het doel voor de lange termijn kan verbonden worden met de visie van Accare, namelijk 'Evidence Based Practice'. Behandelaars bieden de best bekende vorm van hulp aan, afgestemd op de concrete hulpvraag van de ouders en het kind (Accare, 2009). Hiervoor is het van belang dat de hoofdbehandelaar een helder beeld heeft van de verschillende zorgactiviteiten en waarin deze zich van elkaar onderscheiden. Door het beschrijven van het pad waarlangs de hoofdbehandelaar tot een keuze voor een zorgactiviteit kan komen, kan een passende keuze gemaakt worden, welke aansluit bij de hulpvraag van de ouders en het kind. De kwaliteit van de zorg kan hiermee worden versterkt. Tevens werkt Accare hiermee aan het eerste punt van de missie, namelijk: "Accare wil

	als gespecialiseerde instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie effectieve diagnostiek, behandeling en begeleiding bieden aan kinderen met psychische problemen en hun ouders, gericht op verbetering van de ontwikkeling van het kind in zijn context. In onze zorg staat de patiënt centraal, werken we evidence based en nemen we onze verantwoordelijkheid; we bieden continuïteit van zorg en leveren waar nodig onze bijdrage in de zorgketen, inclusief consultatie en dienstverlening ⁴ . Met andere woorden hoop ik op de korte termijn een keuzepad (beslisboom) weer te kunnen geven waardoor de hoofdbehandelaar kan zien welke vorm van hulp passend kan zijn, zodat op de lange termijn kan worden blijven aangesloten bij de hulpvraag van de cliënt.
--	--

2.4 Maatschappelijke relevantie

Voor het beschrijven van de maatschappelijke relevantie maak ik gebruik van een beschrijving op micro-, meso- en macroniveau. Om het zo overzichtelijk mogelijk weer te geven, heb ik ervoor gekozen om de weergave in tabelvorm te plaatsen.

Microniveau * Kinderen/ ouders	<i>Om welke reden(en) voor kinderen/ ouders zou dit onderzoek uitgevoerd moeten worden?</i> Accare noemt dat ze wil aansluiten bij de hulpvraag van het kind en de ouder (Accare, 2009). Dit onderzoek kan hieraan een bijdrage leveren, omdat bij de verschillende zorgactiviteiten omschreven zal worden waarin de zorgactiviteit zich van de andere zorgactiviteiten onderscheidt. Door vervolgens inzichtelijk te maken hoe de hoofdbehandelaar tot een keuze voor een zorgactiviteit kan komen, laat Accare zien dat ze de hulpvraag van het kind c.q. het systeem serieus nemen en de meest passende vorm van hulp wil bieden. Hier zijn het kind en de ouders bij gebaad.
Mesoniveau * Accare Emmen	<i>Om welke reden(en) voor Accare Emmen zou dit onderzoek uitgevoerd moeten worden?</i> De hoofdbehandelaar plant, na de aanmelding van een kind c.q. systeem bij Accare, een intakegesprek. Vervolgens wordt een plan geschreven en een keuze voor een zorgactiviteit gemaakt. Accare Emmen geeft aan dat er mensen zijn die het idee hebben dat de zorgactiviteiten niet geheel duidelijk zijn voor de hoofdbehandelaars. Accare is benieuwd op basis van welke indicaties een hoofdbehandelaar naar een zorgactiviteit verwijst. Tevens willen ze weten waarin de zorgactiviteiten zich ten opzichte van elkaar onderscheiden. Op deze manier willen ze efficiënt werken en zo goed mogelijk aansluiten bij de hulpvraag van het kind c.q. het systeem. Indien mogelijk wordt dit vertaald in een beslisboom.
Macroniveau * Maatschappij	<i>Om welke reden(en) voor de maatschappij zou dit onderzoek uitgevoerd moeten worden?</i> In haar boek 'Opvoeden praktisch bekeken' noemt Dorothea Timmers- Huigens dat opvoeden onder andere een biologisch- en een maatschappelijk doel heeft. Het biologische aspect heeft betrekking op het kind voeden en vaardigheden leren om te overleven en op te groeien. Bij de biologische volwassenheid, namelijk de geslachtsrijpheid, is het biologische aspect afgerond. Het sociale aspect heeft betrekking op het deelnemen aan de economisch- sociale zorg van de maatschappij; het functioneren binnen de maatschappij (Timmers- Huigens, 2004).

⁴ Accare (2009). Accare: verantwoordelijk, effectief en betrokken! Accare.

“De taak van de hulpverlening bestaat erin cliënten volwaardig burger te laten zijn. Maatschappelijke participatie is het doel (Roose, 2006, p. 47).” Roose noemt hierbij dat de cliënten aansluiting moeten vinden bij de heersende waarden en normen binnen de samenleving. De hulpverlening is participatief, wat betekent dat de cliënt ‘meer burger’ wordt door hem vanuit de participatieve insteek competent te maken (Roose, 2006).

Zoals eerder genoemd bij de doelstelling, is één van de doelen om te komen tot een specifieke beschrijving van de zorgactiviteiten, waarbij duidelijk wordt waarin de verschillende zorgactiviteiten zich van elkaar onderscheiden. Op deze manier kan Accare efficiënt werken en de meest passende vorm van hulp bieden. Door middel van ouder- en gezinshulp wordt het kind c.q. het systeem competent gemaakt, waardoor hij/ zij ‘meer burger’ (Roose, 2006) wordt en kan functioneren in de maatschappij.

2.5 Probleemstelling, deelvragen en begripsafbakening

Hieronder wordt respectievelijk de probleemstelling, de deelvragen en de begripsafbakening weergegeven.

2.5.1 Probleemstelling

Accare Emmen wil dat ik de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp beschrijf. Tevens verwachten ze van mij dat ik in kaart breng waarin deze zorgactiviteiten zich onderscheiden ten opzichte van de andere zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp. Tevens verwachten ze dat ik het pad beschrijf waarlangs de hoofdbehandelaar tot een keuze voor een zorgactiviteit kan komen. Accare Emmen hoopt dat dit weergegeven kan worden middels een beslisboom.

De probleemstelling omschrijf ik op basis van de probleemanalyse en bovengenoemde informatie als volgt:

“Hoe kunnen de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen omschreven worden, zodat de hoofdbehandelaar voor de meest passende vorm van hulp kan kiezen?”

2.5.2 Deelvragen

In het kader van het onderzoek zijn de volgende deelvragen opgesteld, welke passend zijn bij de probleemanalyse en de probleemstelling:

- Welke zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp biedt Accare Emmen?
Dit wil ik onderzoeken door het aanbod van Accare Emmen te bekijken en te beschrijven. Tevens wil ik met verschillende medewerkers in gesprek, om informatie over deze zorgactiviteiten te verzamelen. Ook wil ik hierbij ingaan op de voorwaarden die ten grondslag liggen aan deze zorgactiviteiten. De vraag die daarbij centraal staat is wat de voorwaarden zijn om een vorm van hulp aan te bieden.
- Wat wordt er vanuit de theorie over deze vormen van ouder- en gezinshulp geschreven?
Dit wil ik onderzoeken door middel van literatuuronderzoek.
- Op basis van welke indicatie(s) is naar een zorgactiviteit verwezen?
Dit wil ik doen door dossiers te onderzoeken en te kijken op basis van welke indicaties, hulpvragen, et cetera, is doorverwezen naar een vorm van ouder- en gezinshulp. Tevens wil ik de gegevens van het interview met hoofdbehandelaars meenemen bij het beantwoorden van de deelvraag. Tijdens het interview wil ik vragen op basis van welke indicaties hoofdbehandelaars naar een zorgactiviteit verwijzen en tevens wil ik vragen op basis van welke keuzes/ beslissingen zij de keuze maken voor een verwijzing naar een zorgactiviteit.

- Waar liggen de verschillen en overeenkomsten tussen de verwijzingen?
Hierbij wil ik de verschillen en overeenkomsten tussen de verwijzingen in kaart brengen. Dit wil ik doen aan de hand van de beschrijving van het aanbod van Accare Emmen, informatie vanuit de literatuur en informatie die ik heb verkregen tijdens de interviews met de hoofdbehandelaars.
- Hoe verloopt de aanmeld- en intakeprocedure binnen Accare Emmen?
Op deze vraag wil ik een antwoord vinden door in het kwaliteitshandboek te kijken naar het verloop van de aanmeld- en intakeprocedure.
- Welke behoefte hebben hoofdbehandelaars met betrekking tot het inzichtelijk maken van het keuzeproces?
In het kader van deze deelvraag heeft het keuzeproces betrekking op het kiezen voor een zorgactiviteit. Dit wil ik onderzoeken middels een interview. In het interview wil ik een aantal vragen stellen welke betrekking hebben op deze deelvraag.
- Hoe kan de hoofdbehandelaar tot een keuze voor een behandeling komen?
Hierbij wil ik het pad beschrijven waarlangs de hoofdbehandelaar tot de keuze van een zorgactiviteit kan komen. Allereerst wil ik één of meerdere checklisten maken. De checklist kan gemaakt worden op basis van (veelvoorkomende) dossierdata en andere bevindingen. Wanneer ik gebruik maak van meerdere checklisten kan dit op basis van grote categorieën, zoals leeftijd, alleen probleemdragend et cetera. Vervolgens hoop ik dit te kunnen vertalen in een beslisboom.

2.5.3 Begripsafbakening

Hieronder worden een aantal begrippen vanuit de probleemstelling nader omschreven.

Zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp

In de verklaringenlijst begrippen van Accare Drenthe/ Overijssel staat het begrip zorgactiviteiten als volgt omschreven: “Dit is een enkelvoudige, afgeronde, zorgenheid of activiteit die gebruikt kan worden als bouwsteen in de behandeling van een patiënt.”⁵ De zorgactiviteiten hebben in het kader van dit onderzoek betrekking op de ouder- en gezinshulp. Het betreft de volgende acht zorgactiviteiten:

- Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG);
- Mediatetherapie;
- Oudercursus;
- PEP: psycho- educatie protocol (voorlichting voor ouders);
- Systeemtherapie;
- Video Home Training (VHT).

Omschreven

In deze context wordt met omschreven bedoeld dat vanuit een specifieke beschrijving van de zorgactiviteiten zichtbaar wordt waarin de zorgactiviteiten zich ten opzichte van elkaar onderscheiden.

Hoofdbehandelaar

Een cliënt wordt aangemeld bij Accare, bijvoorbeeld door de huisarts, school of Bureau Jeugdzorg. De hoofdbehandelaar voert een intakegesprek, schrijft een plan en verwijst door naar een zorgactiviteit. De hoofdbehandelaar coördineert de diagnostiek en behandeling en is eindverantwoordelijk voor de behandeling.

Meest passende vorm van hulp

J.I. noemde in een gesprek dat Accare efficiënt wil werken en hulp wil aanbieden, welke aansluit bij de hulpvraag van ouders. Tevens wordt in de visie genoemd dat behandelaars de best bekende vorm van hulp willen aanbieden, afgestemd op de hulpvraag van de ouders en het kind (Accare, 2009). Accare wil graag een aanvulling van de beschrijving van de zorgactiviteiten, waaruit blijkt waarin de zorgactiviteiten zich van elkaar onderscheiden. Door dit handvat wil Accare Emmen de *meest passende vorm van hulp* kunnen bieden, vanuit enerzijds het efficiënt werken en anderzijds aansluitend bij de hulpvraag van de ouders en het kind.

⁵ Meijer, M.C. (2008). *Verklaringenlijst begrippen*. Divisie KJP D/O: Accare.

2.6 Leeswijzer bij het onderzoek

Hieronder is in tabelvorm een leeswijzer bij het onderzoek weergegeven. In deze tabel kunt u zien welke deelvraag in welk hoofdstuk beantwoord zal worden. Tevens zullen enkele afkortingen gedefinieerd worden.

Deelvraag	Weergave
Welke zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp biedt Accare Emmen?	Hoofdstuk 5
Wat wordt er vanuit de theorie over deze vormen van ouder- en gezinshulp geschreven?	Hoofdstuk 6
Op basis van welke indicatie(s) is naar een zorgactiviteit verwezen?	Hoofdstuk 7
Waar liggen de verschillen en overeenkomsten tussen de verwijzingen?	Hoofdstuk 7 Samenvatting
Hoe verloopt de aanmeld- en procedure binnen Accare Emmen?	Hoofdstuk 4
Welke behoefte hebben hoofdbehandelaars met betrekking tot het inzichtelijk maken van het keuzeproces?	Hoofdstuk 8
Hoe kan de hoofdbehandelaar tot een keuze voor een behandeling komen?	Hoofdstuk 8 Conclusie

Tevens is het van belang om enkele afkortingen en begrippen te definiëren. In de tekst kunt u verschillende malen de afkortingen ADHD, PDD- NOS, ASS en LVG tegenkomen. Tevens zal u meerdere malen begrippen 'indicatie' en 'contra- indicatie' lezen. De definiëring van deze afkortingen en begrippen zal hieronder puntsgewijs worden weergegeven.

- **ADHD:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (*een aandachtsstoornis met hyperactiviteit*);
- **PDD- NOS:** Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified (*een pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anderszins omschreven*);
- **ASS:** Autisme Spectrum Stoornis;
- **LVG:** Licht Verstandelijk Gehandicapt.
- **Indicatie:** Het begrip indicatie kan worden gelezen als een aandoening, ziekte of klacht waarbij een bepaalde behandeling (therapie) kan worden toegepast⁶.
- **Contra- indicatie:** Het begrip contra- indicatie kan worden gelezen als een aandoening, ziekte of klacht waarbij een bepaalde therapeutische behandeling (therapie) niet mag worden toegepast⁷.

⁶ Encyclo. *Opzoeken indicatie*. Geraadpleegd op 7 december 2011 van encyclo.nl via de URL: <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=indicatie>

⁷ Encyclo. *Opzoeken indicatie*. Geraadpleegd op 7 december 2011 van encyclo.nl via de URL: <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=contra+indicatie>

3. Methode

3.1 Inleiding

Na de beschrijving van de profielschets van Accare Emmen, de probleemanalyse, de doelstelling, de probleemstelling en de deelvragen volgt nu het hoofdstuk over de methode. In de eerste paragraaf wordt de populatie beschreven, evenals het steekproefkader en de manier van steekproeftrekking. Hierop volgt de paragraaf waarin de het onderzoeksontwerp wordt verantwoord. Allereerst wordt genoemd voor welke onderzoeksmethode ik heb gekozen en welke argumenten aan deze keuze ten grondslag liggen. Vervolgens worden de meetinstrumenten beschreven. De uitwerking van de meetinstrumenten is weergegeven in de bijlage. In de tekst zal hier naar worden verwezen. Daarna komen de analysemethoden aan bod. In dit deel wordt besproken welke analysemethoden zijn gebruikt om de gegevens te verwerken, te beschrijven en te toetsen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de betrouwbaarheid en validiteit.

3.2 Onderzoeksgroep

Alle 'eenheden' waarover in het onderzoek uitspraken worden gedaan, vormen de populatie. Het begrip 'eenheden' kan in deze context betrekking hebben op personen, zaken en organisaties. Het gaat er hierbij om dat je er een uitspraak over wilt doen, je ondervraagt ze niet allemaal. Om het onderzoek af te bakenen, kan gebruik worden gemaakt van een steekproef. Een steekproef wil zeggen dat je gebruik maakt van een klein deel van je populatie waarover je gegevens verzamelt (Verhoeven, 2007).

De vraag van Accare Emmen is om de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp inzichtelijk in kaart te brengen, zodat zichtbaar wordt waarin de zorgactiviteiten zich ten opzichte van elkaar onderscheiden. De populatie van dit onderzoek heeft hierbij zowel betrekking op de behandelaars als de hoofdbehandelaars. Met betrekking tot het beschrijven van de zorgactiviteiten wordt de medewerking gevraagd van de behandelaars. In overleg met de opdrachtgever is besloten dat er één behandelaar per zorgactiviteit geïnterviewd zou worden middels een gestructureerde vragenlijst. Het is goed om te melden dat het interview in de verslaglegging wordt aangeduid met 'vragenlijst'. De behandelaars zijn via een e-mail benaderd met de vraag of ze enkele vragen wilden beantwoorden over de zorgactiviteit die zij aanbieden. Alle behandelaars waren bereid om mee te werken aan het onderzoek. In eerste instantie zou met één van de benaderde behandelaars een gesprek gevoerd worden over ouderbegeleiding, maar over deze zorgactiviteit bleek geen inhoudelijke overeenstemming te bestaan. Deze behandelaar zag ouderbegeleiding als een vorm van mediatietherapie en daarom heeft ze de vragen beantwoord betreffende mediatietherapie.

Zoals genoemd heeft de populatie tevens betrekking op de hoofdbehandelaars. Eén van de doelen van het onderzoek is namelijk het beschrijven van het pad dat de hoofdbehandelaar kan volgen om tot een keuze voor een zorgactiviteit te komen. Er is gekozen om een interview af te nemen met de hoofdbehandelaars van Accare Emmen. Binnen Accare Emmen zijn tien hoofdbehandelaars werkzaam en deze personen hebben via de e-mail een uitnodiging gekregen. Deze uitnodiging staat weergegeven in bijlage 3 'Uitnodiging interview hoofdbehandelaars'. Alle hoofdbehandelaars wilden hun medewerking verlenen aan het interview en met hulp van het secretariaat zijn de interviews ingepland. Voor één van de hoofdbehandelaars was het echter niet mogelijk om haar medewerking aan het interview op korte termijn te realiseren. Daarom is er met haar geen interview afgenomen. Om mijn interviewvragen zo valide mogelijk te maken heb ik ervoor gekozen om een proefinterview af te nemen. Dit proefinterview is afgenomen met de hoofdbehandelaar die mij begeleidt bij het uitvoeren van dit onderzoek. Deze resultaten zijn gebruikt om het interview aan te scherpen. Het uiteindelijke interview is niet afgenomen bij mijn begeleider, wat betekent dat het interview is afgenomen met acht van de tien hoofdbehandelaars. Dit staat gelijk aan tachtig procent van de gehele populatie.

Met betrekking tot het onderzoeken van dossiers is er een steekproeftrekking uitgevoerd. Er is hierbij gekozen voor een praktisch bruikbare steekproef. De eerste onderzoeksopzet was dat van elke zorgactiviteit de tien laatst afgeronde dossiers bekeken zouden worden. Helaas bleek dit niet mogelijk, omdat de afgeronde dossiers niet zichtbaar zijn in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Daarom is ervoor gekozen om per zorgactiviteit de lopende dossiers te onderzoeken, met een maximum tot tien. Hiervoor had ik namen van cliënten nodig. Ik heb de (hoofd)behandelaars een e-mail verzonden met de vraag of zij mij konden helpen. Verschillende (hoofd)behandelaars hebben mij aan deze informatie geholpen, waarmee het dossieronderzoek uitgevoerd kon worden.

3.3 Onderzoeksontwerp

Het door mij uitgevoerde onderzoek kan beschreven worden als een kwalitatief onderzoek. Dit wil zeggen dat het onderzoek in 'het veld' wordt uitgevoerd. Ik ben als onderzoeker geïnteresseerd in de mening die de door mij onderzochte personen aan situaties geven (Verhoeven, 2007). De volgende dataverzamelmethode is gehanteerd:

- **Literatuuronderzoek:** Literatuuronderzoek is bijna altijd een vast onderdeel van je onderzoeksopzet. Middels literatuur kun je nagaan wat er over het onderwerp te vinden is. Literatuur kan op alle niveaus plaatsvinden, denk hierbij aan micro-, meso- en macroniveau (Verhoeven, 2007). Het literatuuronderzoek dat ik wil uitvoeren richt zich op de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp. Ik wil onderzoeken wat er vanuit de literatuur over deze zorgactiviteiten wordt beschreven. Tevens wil ik onderzoeken welke voorwaarden aan deze zorgactiviteit ten grondslag liggen. Met deze voorwaarden worden onder andere de indicaties en de contra- indicaties bedoeld.
- **Interview:** Middels een interview bekijk je de beleving van de geïnterviewden. Het doel is om informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp (Verhoeven, 2007). Allereerst zijn er gestructureerde interviews afgenomen met de behandelaars, zodat de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp in kaart gebracht kunnen worden. Er is gekozen voor een gestructureerde vragenlijst, omdat op die manier van elke zorgactiviteit dezelfde gegevens worden verzameld. Er is gekozen voor een mondeling interview, omdat de verwachte respons daarbij hoog is. De respons zou honderd procent moeten zijn, omdat er van elke zorgactiviteit informatie verzameld moest worden. Wanneer de vragenlijst schriftelijk zou worden afgenomen is er meer kans op non- respons, terwijl dit in het kader van het onderzoek niet wenselijk is. Een ander bijkomstig voordeel is dat er de mogelijkheid was om open vragen te stellen.

Ook is er een interview afgenomen met de hoofdbehandelaars. Er is gekozen voor een halfgestructureerd interview, zodat de hoofdbehandelaar met zijn/ haar eigen inbreng de verkregen informatie compleet kan maken. Ik werk met een aantal vaste vragen, zodat de rode draad in het interview bij iedereen gelijk is. Er is gekozen voor een mondeling interview, vanwege de hoge respons. Wellicht zou een schriftelijke variant minder tijd hebben gekost, maar wegens de drukke agenda's van de hoofdbehandelaars leek het mij praktischer om het interview mondeling af te nemen. Als de hoofdbehandelaar heeft aangegeven mee te willen werken, dan plant het secretariaat een afspraak in. De afspraken staan vast en ik ben er vrijwel zeker van dat ik de informatie tot mijn beschikking heb. Tevens kan ik gebruik maken van open vragen, waarmee ik zoveel mogelijk informatie boven tafel wil krijgen. Door middel van het mondelinge interview krijg ik een indruk van hoe de vragen worden geïnterpreteerd en waar nodig kan ik doorvragen. Tevens stel ik de hoofdbehandelaar in de gelegenheid zijn/ haar verhaal aan te vullen. Ik wil de hoofdbehandelaar laten zien dat ik zijn/ haar mening belangrijk vindt en daarom heb ik mijn onderzoeksontwerp op deze manier vormgegeven.

- **Analyse bestaand materiaal:** Bij analyse van bestaand materiaal maak je gebruik van gegevens die al aanwezig zijn. Binnen mijn onderzoek maak ik gebruik van de aanwezige dossiers van Accare Emmen. Hier is voor gekozen, omdat het praktisch bruikbaar is binnen dit onderzoek. In dit onderzoek staat onder andere centraal hoe de hoofdbehandelaars kunnen komen tot een keuze voor een zorgactiviteit van ouder- en gezinshulp. Zoals genoemd zijn de lopende dossiers onderzocht, met een maximum van tien per zorgactiviteit. Middels de analyse bestaand materiaal kan in kaart worden gebracht waar de verschillen en overeenkomsten liggen tussen de verwijzingen.

3.4 Meetinstrumenten

Met betrekking tot dit onderzoek zijn er verschillende meetinstrumenten opgesteld om de probleemstelling te beantwoorden. Allereerst is er gebruik gemaakt van een vragenlijst voor de behandelaars, welke is weergegeven in bijlage 2 'Vragenlijst voor de behandelaars'. In het format van deze vragenlijst staat de deelvraag vermeld waarop de vragenlijst zich richt, namelijk de beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp. De vragen zijn gericht op de vormgeving van de behandeling en de achterliggende methodiek, het gewenste resultaat, de doelstelling, de doelgroep, hoe de cliënt bij de zorgactiviteit terecht komt, de taak van de hulpverlener, verwachtingen ten opzichte van de cliënt, indicaties en contra- indicaties en wat de zorgactiviteit specifiek maakt ten opzichte van de andere zorgactiviteiten. Middels deze vragen heb ik geprobeerd de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen te omschrijven.

Het volgende meetinstrument dat is gehanteerd, is het interview met de hoofdbehandelaars. Dit meetinstrument is weergegeven in bijlage 4 'Het interview'. Voorafgaand aan de weergave van de vragen van het interview is weergegeven op welke deelvragen het interview zich richt. Vanuit deze deelvragen zijn de vragen van het interview geclusterd in een aantal thema's. Het betreft de thema's: inleiding en aanleiding, achtergrondinformatie, aanmeld- en intakeprocedure, verwijzen, specifiek verwijzen, behoeftepeiling en afsluiting. Er is gekozen voor het clusteren in thema's, om het interview zo betrouwbaar mogelijk op te stellen. Daarnaast is er een proefinterview afgenomen met mijn begeleider, die tevens hoofdbehandelaar is binnen Accare Emmen. Op deze manier heb ik getracht de betrouwbaarheid en validiteit van het interview te vergroten. Met betrekking tot de afname van de interviews is er gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Gedurende de interviews heb ik antwoorden genoteerd, maar tevens heb ik elke opname beluisterd om zo de verkregen resultaten zo nauwkeurig mogelijk weer te geven.

Daarnaast is het dossieronderzoek uitgevoerd, waarvoor geen apart meetinstrument is opgesteld. Met betrekking tot het dossieronderzoek zijn achtergrondgegevens van de cliënt onderzocht, namelijk naam, geboortedatum, geslacht en (eventuele) diagnose. Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag op basis van welke indicatie(s) naar een zorgactiviteit is verwezen, is gekeken met welke (sub)doelen een zorgactiviteit wordt geïndiceerd. Wanneer een cliënt wordt aangemeld voor een zorgactiviteit wordt er een 'aanvraag behandeling' ingevuld, waarbij de (sub)doelen die ten grondslag liggen aan de verwijzing, worden benoemd.

Tevens is er een literatuuronderzoek uitgevoerd. Met betrekking tot het literatuuronderzoek is er vanuit de onderzoeksopzet gekozen voor een aantal vaste onderwerpen die besproken zouden worden. Het betreft de onderwerpen: ontstaan en ontwikkeling, beschrijving, doelgroep, doelstelling en indicatiecriteria. Bij de term 'indicatiecriteria' horen zowel de indicaties, als de contra- indicaties. Het literatuuronderzoek geeft antwoord op de deelvraag hoe de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp vanuit de literatuur worden omschreven. De onderwerpen komen grotendeels overeen met de onderwerpen die gehanteerd zijn bij de weergave van de zorgactiviteiten zoals beschreven door Accare Emmen. Hier is bewust voor gekozen, omdat op deze manier de verkregen resultaten vergeleken kunnen worden.

3.5 Analysemethoden

In dit onderdeel wordt besproken welke analysemethoden zijn gebruikt om de gegevens te verwerken, te beschrijven en te toetsen (Verhoeven, 2007). Zowel bij het literatuuronderzoek, als bij de interviews en het dossieronderzoek is er gebruik gemaakt van een inhoudsanalyse. De inhoudsanalyse van Glaser en Strauss kan opgedeeld worden in de exploratiefase, de specificatiefase, de reductiefase en de integratiefase⁸. In de exploratiefase staat het ontdekken van de begrippen centraal. De specificatiefase omvat het ontwikkelen van begrippen en de reductiefase gaat over het bepalen van het kernbegrip of de kernbegrippen. De laatste fase, de integratiefase, is de fase waarin het model/ de theorie wordt gemaakt.

Met betrekking tot het afnemen van vragenlijsten met behandelaars is allereerst bepaald welke begrippen onderzocht moesten worden, gekoppeld aan de deelvraag en de probleemstelling. De kernbegrippen die de opzet van de vragenlijst hebben bepaald zijn tevens gehanteerd bij het beschrijven van de zorgactiviteiten. De interviews met de hoofdbehandelaars zijn op dezelfde manier vormgegeven. De gegevens die verkregen zijn vanuit het interview zullen in verschillende hoofdstukken in het onderzoeksrapport aan bod komen.

Het dossieronderzoek is, zoals genoemd, voornamelijk gebaseerd op de (sub)doelen die ten grondslag liggen aan de verwijzing. Vanuit deze (sub)doelen zijn enkele kernbegrippen geformuleerd. Deze kernbegrippen zijn leidend geweest bij het koppelen van de gegevens van het dossieronderzoek aan de gegevens van het interview met de hoofdbehandelaars.

Als laatste wordt het literatuuronderzoek genoemd. Er zijn verschillende bronnen gehanteerd en gelezen. De informatie is geselecteerd en gestructureerd in thema's. De thema's die beschreven worden zijn: ontstaan en ontwikkeling, beschrijving, doelgroep, doelstelling en indicatiecriteria. Laatstgenoemde omvat zowel de indicaties als de contra- indicaties. Na het structureren van de literatuur zijn de verschillende bronnen aan elkaar gekoppeld en hierop is de uiteindelijke literatuurbeschrijving gebaseerd.

⁸ Top. A. (2011). *Colleges praktijkonderzoek*. Zwolle: Windesheim.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid geeft middels de onderzoeksresultaten aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toeval. Om de betrouwbaarheid te meten moet het onderzoek herhaalbaar zijn. Wanneer het tot dezelfde antwoorden leidt, is het onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2007). Hieronder zal ik een beschrijving geven van de betrouwbaarheid van mijn onderzoek, waarbij ik ook verschillende aspecten weergeef die de betrouwbaarheid van mijn onderzoek vergroten.

Zoals genoemd moet het onderzoek bij herhaling dezelfde resultaten opleveren, wat niet betekent dat het onderzoek gelijke resultaten oplevert. Bij het afnemen van de interviews kan het zijn dat het bij het herhalen van het onderzoek tot andere resultaten leidt. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met nieuwe hoofdbehandelaars, een andere interviewruimte en/ of een ander tijdstip van het afnemen van het interview. Bij de analyse van bestaand materiaal wordt er uitgegaan van de lopende dossiers met een maximum van tien per zorgactiviteit. Wanneer het onderzoek wordt herhaald is het mogelijk dat het niet dezelfde dossiers betreft.

Er zijn ook een aantal factoren die de betrouwbaarheid van mijn onderzoek vergroten. Binnen mijn onderzoek maak ik bijvoorbeeld gebruik van triangulatie. Ik zet meerdere dataverzamelmethode in om de probleemstelling te beantwoorden. Tevens wil ik een proef- interview uitvoeren, om te kijken of de vragen helder en eenduidig zijn. Peer- examination is ook een aspect dat de betrouwbaarheid van mijn onderzoek vergroot. Bij peer- examination laat je een collega- onderzoeker je resultaten nameten of lezen. De praktische invulling die ik hieraan wil geven is door feedback te vragen aan medestudenten en mijn minorbegeleider. Het laatste aspect dat de betrouwbaarheid van mijn onderzoek vergroot is de rapportage of verantwoording. Het is belangrijk om keuzes, leermomenten, omstandigheden, dingen die fout lopen bij te houden en te vermelden in het logboek (Verhoeven, 2007). Om de betrouwbaarheid van mijn onderzoek te vergroten maak ik gebruik van een logboek.

Betrouwbaarheid is een voorwaarde voor validiteit. Validiteit heeft betrekking op de geldigheid van het onderzoek. Dit wordt bepaald door de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2007). De steekproef van het onderzoek moet in relevante kenmerken lijken op de populatie. Wanneer dit niet zo is, is het niet representatief en mag je niet generaliseren. Bij de beschrijving van de populatie en steekproef noemde ik dat ik gebruik maak van een selecte steekproef. Het doel is niet om conclusies te generaliseren naar de populatie, maar om resultaten binnen een organisatie te gebruiken. Binnen dit onderzoek doe ik dit middels een praktisch bruikbare steekproef. Tevens kan de validiteit gemeten worden middels begripsvaliditeit. Hierbij bekijk je of je met een meetinstrument meet wat je wilt meten. De validiteit wil ik vergroten door medestudenten en mijn minorbegeleider om feedback te vragen op de meetinstrumenten. Tevens wil ik een proefinterview houden, waarmee ik kan testen of ik datgene meet wat ik wil meten.

4. De aanmeld- en intakeprocedure bij Accare Emmen

4.1 Inleiding

In het werkproces 'Aanmeldingen binnen Accare Drenthe/ Overijssel' (Accare, 2010) wordt beschreven dat Accare Drenthe/ Overijssel een aanmeldingsprocedure wil hanteren die gemakkelijk is en binnen de gehele divisie hetzelfde is. De gedachte die hieraan ten grondslag ligt is dat ze eenduidigheid willen creëren, zodat de organisatie als geheel overzichtelijk blijft. Aanmeldingen kunnen intern en extern worden gedaan. Intern betekent aanmeldingen binnen de divisie en extern omvat de aanmeldingen buiten de divisie. Met betrekking tot de aanmeldingen kan het een aanmelding betreffen voor een specifieke zorgmodule/ zorgactiviteit, een aanmelding bij crisis of een aanmelding met een open vraag.

De informatie die in dit onderdeel van het onderzoeksrapport weergegeven is, is grotendeels gebaseerd op het document 'Aanmeldingen binnen Accare Drenthe/ Overijssel'. Allereerst wordt het doel van het creëren van eenduidigheid geformuleerd, gevolgd door enkele subdoelen. Vervolgens komen verschillende betrokken onderdelen bij de aanmeldprocedure aan bod. Dit wordt gevolgd door het werkproces en werkafspraken.

4.2 Aanmeldprocedure

4.2.1 Doel en subdoelen aanmeldprocedure

Vanuit de gedachte dat Accare, divisie Drenthe/ Overijssel, eenduidigheid wil creëren, om op deze manier de organisatie als geheel overzichtelijk te houden is een hoofddoel geformuleerd. Dit hoofddoel luidt als volgt: "De jongere wordt spoedig en met korte lijnen geleid naar een geschikte behandeling, of een anderszins passend antwoord op zijn vraag (Accare, 2010, p. 2)."

Aan dit hoofddoel zijn een zestal subdoelen gekoppeld. Het eerste doel omvat dat de telefoonvragen met korte lijnen worden afgehandeld. Het subdoel dat hierop volgt is dat de jongere, de ouder(s)/ begeleider(s) en de aanmelders de informatie bij het stellen van vragen over een mogelijke aanmelding snel, helder en accuraat krijgen. Tevens weten de jongere en ouder(s)/ begeleider(s) waar ze aangemeld zijn, bij wie ze aangemeld zijn, wat de wachttijd is en wat de eerstvolgende stap zal zijn. In dit geheel weten de aanmelders waar ze terecht kunnen met welk probleem en met welke doelgroep. Het vijfde doel omvat dat de wachtlijsten en wachttijden accuraat beschikbaar zijn, zowel intern als extern. Dit alles heeft tot doel, wat hiermee het zesde en tevens laatste subdoel is, dat iedereen zich goed geholpen voelt, (Accare, 2010).

4.2.2 Betrokken onderdelen bij de aanmeldprocedure

Met betrekking tot de aanmeldprocedure kan men met verschillende betrokken onderdelen te maken krijgen. Om deze betrokken onderdelen overzichtelijk weer te geven, is er gekozen voor een weergave in tabelvorm.

Aanmeldteam	Het aanmeldteam bestaat uit meerdere behandelaars, die een taak hebben als aanmeldcoördinator en die zich onder andere bezig houden met de eerste contacten met verwijzers en cliënten en participeren in het toewijzingsproces en crisisinterventie. Niet elke locatie hoeft een dergelijk team te hebben (Accare, 2010, p. 2).
Aanmeldcoördinator	De aanmeldcoördinator is een behandelaar die onder andere crisisaanmeldingen binnen kantooruren coördineert en/ of begeleidt. Tevens is deze persoon beschikbaar voor telefoonoverleg met verwijzers en ook participeert de aanmeldcoördinator in het toewijzingsoverleg. De aanmeldcoördinator kan taken overdragen aan een voorwacht, op locaties waar deze functie bestaat (Accare, 2010, p. 2)
Aanmeldmedewerker	De aanmeldmedewerker is een secretaresse of administratief medewerker (als onderdeel van het clustersecretariaat). De aanmeldmedewerker is meestal voornamelijk belast met de administratieve werkzaamheden betreffende aanmeldingen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om uitnodigingen, Xmcare inschrijvingen, Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en de interne wachtlijst van toewijzingen deeltijd en klinisch (Accare, 2010, p. 2).

Clustersecretariaat	Het clustersecretariaat is één of vaak meerdere secretariaatsmedewerker(s) die belast is/ zijn met onder andere de patiëntadministratie (Accare, 2010, p. 3).
Toewijzingsoverleg	Het toewijzingsoverleg houdt in dat vaak meerdere behandelaars en/ of behandelcoördinatoren worden ondersteund door het clustersecretariaat die besluiten nemen betreffende het vervolg van aanmeldingen. Het overleg houdt zicht op wachtlijsten en leegplekken om matching voor cliënten optimaal te benutten en jongeren snel in behandeling te nemen. Niet elke locatie of cluster hoeft een dergelijk overleg te hebben (Accare, 2010, p. 3).
Beoordelaar	De beoordelaar is een behandelaar die belast is met de taken van het toewijzingsoverleg. Dit is voornamelijk in de ambulante centra (Accare, 2010, p. 3).

4.2.3 Het werkproces met betrekking tot de aanmeldprocedure

Het werkproces is te onderscheiden in een telefonische aanmelding, een schriftelijke aanmelding of een verwijzing via een fax. Verwijzers krijgen informatie over aan welk secretariaat zij een verwijsbrief en/ of een fax kunnen richten. Wanneer deze fax met aanmelding binnenkomt wordt deze doorgegeven aan de geadresseerde, het aanmeldteam of de aanmeldmedewerker van het clustersecretariaat.

Wanneer men telefonisch contact opneemt wordt er gevraagd of het om een aanmelding gaat. Wanneer hier bevestigend op wordt geantwoord, vraagt men of de betreffende persoon weet met wie er gesproken moet worden. Wanneer dit niet het geval is wordt er meer informatie verzameld, onder andere over de leeftijd en de woonplaats van het kind en of het gaat om een crisisopname of om een aanmelding bij de polikliniek. Op basis van de gegeven antwoorden zal de betreffende persoon worden doorverbonden.

Met betrekking tot schriftelijk wordt weergegeven dat de brieven binnenkomen bij het clustersecretariaat waar wordt bekeken of de brieven op de juiste plek zijn. De aanmelding en wachttijd start formeel gezien bij de binnenkomst van de brief. Het secretariaat doet de voorinschrijving via Xmcare en vult het intern wachtlijstbestand in. De brieven worden beoordeeld door de beoordelaar en/ of het toewijzingsoverleg. Wanneer er een positieve indicatie wordt afgegeven wordt de cliënt in zorg genomen. Vervolgens worden de verdere acties uitgezet bij het betreffende resultaat verantwoordelijk team (RVT) en/ of de behandelaar.

4.3 Intakeprocedure

Onderstaande gegevens zijn gebaseerd op gegevens die verkregen zijn tijdens de interviews. De uitgewerkte zijn te vinden in bijlage 6: 'De uitwerking van de interviews'.

Verwijzers – bijvoorbeeld de huisarts of Bureau Jeugdzorg – sturen een brief of een fax naar het secretariaat. Die verzamelen de gegevens en zorgen dat het aanmeldteam de gegevens ontvangt. Het aanmeldteam beoordeelt de aanmeldingen en wanneer er vragen zijn of er behoefte is aan meer informatie, wordt er contact gezocht met de verwijzer en/ of de ouder. In het aanmeldteam wordt besloten of een specifiek persoon de intakes moet doen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om medische vragen.

Vanaf het moment van de kennismaking en de intake is er een hoofdbehandelaar bij de cliënt betrokken. Het kan zijn dat twee hoofdbehandelaars een intake uitvoeren, maar één van beide wordt hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de casus, diagnostiek en verwijzingen (intern) naar andere disciplines. Een hoofdbehandelaar heeft meerdere gesprekken met ouders waarin hij/ zij helder probeert te krijgen wat de problematiek is van het kind, wat de mogelijkheden zijn van de ouders en wat de opvoedingssituatie is. Op basis hiervan wordt gekeken wat de meest passende zorgactiviteit is. Als er zicht is op de ontwikkelingsanamnese en op hoe een kind reageert in de thuissituatie, dan kan inzichtelijk worden gemaakt waar ouders tegenaan lopen. Er start een behandelingstraject indien hieruit een hulpvraag naar voren komt. Het eventuele behandelingstraject zal tijdens het adviesgesprek met ouders worden besproken.

De hoofdbehandelaar gaat samen met de cliënt bovenstaand traject door. De hoofdbehandelaar coördineert de diagnostiek en behandeling en is eindverantwoordelijk voor de behandeling. Het contact met de hoofdbehandelaar loopt in principe door totdat de behandeling wordt afgesloten met een afsluitende brief.

5. Zorgactiviteiten ouder- en gezinshulp

5.1 Inleiding

Accare Emmen biedt zes zorgactiviteiten aan die omschreven kunnen worden als 'zorgactiviteiten ouder- en gezinshulp'. Deze zorgactiviteiten zijn Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG), mediatietherapie, oudercursus, psycho- educatie (PEP), systeemtherapie en Video Home Training (VHT). In dit hoofdstuk worden deze zorgactiviteiten beschreven. Bij de beschrijving van de zorgactiviteiten zijn er verschillende bronnen gehanteerd. Met betrekking tot elke zorgactiviteit is er een vragenlijst afgenomen met een behandelaar van de zorgactiviteit. De vragenlijst die is afgenomen kunt u vinden in bijlage 2: 'Vragenlijst voor de behandelaars'. Hieronder kunt u in tabelvorm zien welke bronnen gehanteerd zijn. In opdracht van Accare Emmen is ervoor gekozen deze bronnen samen te voegen bij de beschrijving van de zorgactiviteiten.

Zorgactiviteit	Gehanteerde bronnen
IPG (Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling)	- Folder van Accare Emmen - Methodiekstuk over IPG - Vragenlijst afgenomen met M.D.
Mediatietherapie	- Folder van Accare Emmen - Document 'indicaties mediatietherapie' - Document 'indicaties polihulp' - Vragenlijst afgenomen met P.W. - Vragenlijst afgenomen met K.H.
Ouder cursus	- Folder van Accare Emmen - Document 'indicaties polihulp' - Vragenlijst afgenomen met D. v/d T.
PEP (Psycho- educatie)	- Vragenlijst afgenomen met C.H.
Systeemtherapie	- Folder van Accare Emmen - Vragenlijst afgenomen met J.I.
VHT (Video Home Training)	- PowerPoint- presentaties over VHT - Document 'Videohometrainingbeleid' - Vragenlijst afgenomen met L.P.

De zorgactiviteiten worden weergegeven in tabelvorm, omdat dit de beschrijving overzichtelijker weergeeft. Elke tabel kent dezelfde structuur. Hieronder kunt u zien aan de hand van welke aspecten de beschrijving van de zorgactiviteiten zal worden weergegeven.

- **Beschrijving:** Hier volgt een beschrijving van de behandeling en de achterliggende methodiek.
- **Doelgroep:** Bij dit onderdeel wordt beschreven op welke doelgroep de zorgactiviteit zich richt.
- **Doelstelling:** Hierbij worden de doelstellingen van de zorgactiviteit geformuleerd.
- **Indicaties:** Dit omvat een beschrijving op basis van welke indicaties naar de zorgactiviteit is verwezen.
- **Contra- indicaties:** Hier wordt beschreven wanneer men de zorgactiviteit niet kan inzetten.
- **Gewenst resultaat:** Het gewenste resultaat van de behandeling zal worden genoemd.
- **Verwachtingen ten opzichte van de cliënt:** Wat zijn de verwachtingen ten opzichte van de cliënt?
- **Taak hulpverlener:** Bij dit laatste aspect zal de taak van de hulpverlener worden besproken.

5.2 Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)

Beschrijving	IPG is te omschrijven in drie kernwoorden, namelijk 'systeemgericht', 'oplossingsgericht' en 'cognitief- gedragstherapeutische benadering'. Wanneer gekeken wordt naar de achterliggende methodiek, maakt IPG gebruik van de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie/ systeemtherapie en het oplossingsgerichte model. IPG onderscheidt zich ten opzichte van andere zorgactiviteiten, omdat IPG er vanuit gaat dat elk gedrag iemands beste keus is op dat moment. IPG ziet de cliënt en zijn systeem als expert; zij bepalen wat hun doelen zijn en hoe ze die willen bereiken. De sterke kanten van de gezinsleden staan centraal, omdat die de uitzonderingen (wanneer iets wel lukt) omvatten. Als duidelijk is wat wel werkt, wordt de focus daarop gelegd. Dit heeft als doel om het gezin van binnenuit sterker te maken. Ook wanneer er sprake is van 'gedwongen hulp' wordt de focus gelegd op wat het gezin denkt dat nodig is om te zorgen dat de gedwongen
---------------------	--

	hulp stopt. De samenwerking tussen hulpverlener en cliënt(systeem) staat centraal binnen IPG. De verwijzing naar IPG kan intern (binnen Accare) en extern plaatsvinden. Wanneer de cliënt extern wordt aangemeld, dan meldt de casemanager van de instelling, waar de ouder of het kind onder behandeling is (geweest), het gezin aan. Voordat er vanuit Accare met IPG wordt gestart wordt er eerst kennisgemaakt met het gezin. In dit eerste gesprek wordt onder andere de frequentie van de bezoeken afgesproken. Tevens worden de doelen besproken die gedurende de behandeling centraal zullen staan. Het is belangrijk om de verwijzer mee te nemen in het hulpverleningsproces en dit aan te geven aan het gezin. IPG is een vorm van behandeling is waarin de aangemelde cliënt(en) en de meest relevante sociale context gezamenlijk bij de behandeling worden betrokken. De opvoeders van het kind worden rechtstreeks bij de behandeling ingeschakeld. IPG vindt plaats in de thuissituatie van de aangemelde cliënt. De mogelijkheid bestaat om onderdelen/ activiteiten van de IPG poliklinisch in te zetten. Wanneer IPG thuis plaatsvindt, wordt er geleerd onder natuurlijke omstandigheden, ook wel ‘supervised practice’ genoemd. Dat wil zeggen dat de gezinsleden in levensechte situaties leren in hun eigen vertrouwde omgeving. IPG werkt vanuit de 8- stappendans, wat de behandelaars inzicht geeft in de ‘relatie’ die ze hebben met de cliënt en zijn systeem. De IPG- behandelaar moet te allen tijde meerzijdig partijdig zijn. Na de behandeling is het mogelijk om gebruik te maken van een knipkaart. Dit is een vorm is van preventieve nazorg met een doelgerichte en activerende werkwijze, bedoeld voor gezinnen die profijt hebben gehad van de behandeling van IPG. Het gezin kan gedurende zes maanden na afsluiting van de hulpverlening gebruik maken van deze nazorg die maximaal uit vijf knipbeurten bestaat. Als laatste wordt een voorbeeldcasus weergegeven met betrekking tot de vormgeving van de behandeling middels IPG: <i>“Een samengesteld gezin heeft als doel dat de dochter op een prettige manier omgaat met haar moeder, (stief)vader, (stief)broertje en zusje. Dit doel is abstract en alleen gericht op het kind. Dat de focus in eerste instantie alleen gericht is op het kind, ziet een IPG- behandelaar vaker. Het ongewenste gedrag van het meisje ziet de IPG- behandelaar als de beste oplossing voor haar op dat moment. Middels schaalvragen, circulaire vragen en relatievragen probeert de IPG- behandelaar de context te verhelderen. Ook wordt er gekeken naar de uitzonderingen, wat gezien wordt als sleutel om gewenste effecten te vergroten. Hierdoor kan er vanuit concreet haalbare stappen het doel ingedeeld worden in subdoelen. Met betrekking tot deze doelen ligt de focus op het hele gezin. Het gezin heeft elkaar nodig om het doel te realiseren.”</i>
Doelgroep	- Gezinnen met kinderen in de leeftijd van nul tot achttien jaar, waarbij sprake is van een chronisch verstoorde balans tussen draaglast en draagkracht, welke mede veroorzaakt wordt door ofwel psychiatrische problemen bij de ouder(s), ofwel door psychiatrische problematiek bij een van de kind(eren), of beide. Het gaat om kinderen, jongeren en ouders met een normale begaafdheid of een licht verstandelijke beperking. - Ouders die niet adequaat invulling kunnen geven aan hun opvoedingstaken. Binnen deze gezinnen kan sprake zijn van disfunctionerend ouderschap en een vastgelopen ontwikkeling van het kind. Vaak is er sprake van verstoorde interacties. - Multi- problem gezinnen: KOPP- kinderen (kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek) en licht- verstandelijk beperkten. Volgens de DSM- IV criteria is er sprake van een licht verstandelijke beperking bij een intelligentieniveau hoger dan 50-55 tot ongeveer 70. IPG kan in dit geval ingezet worden wanneer het gezin niet voldoende kan profiteren van een poliklinische behandeling of wanneer poliklinische behandel mogelijkheden niet toereikend genoeg zijn. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval doordat het gezin de transfer van de behandelsituatie niet of onvoldoende kan maken.

Doelstelling	- Cliënten helpen gewenste veranderingen in hun leven te maken, zodanig dat er een structurele verbetering in de situatie van het cliëntsysteem ontstaat. - De vaardigheden van de gezinsleden zijn zodanig vergroot dat ze gebruik weten te maken van (in)formele hulpbronnen in hun sociale omgeving, zodat ze grip krijgen op hun eigen leven. - De gezinsleden leren hun probleemoplossend vermogen vergroten. Het doel is bereikt wanneer cliënten het gevoel hebben en geleerd hebben dat ze de problemen kunnen hendelen. - Ouders leren hoe ze ongewenst gedrag kunnen voorkomen en hun kinderen gewenst gedrag kunnen aanleren.
Indicaties	- Het gezin kan niet voldoende profiteren van een poliklinische behandeling of poliklinische behandelmogelijkheden zijn niet toereikend genoeg. Bijvoorbeeld als het gezin de transfer van de behandelsituatie niet of onvoldoende kan maken. - IPG kan ingezet worden wanneer een werkbare hulpverleningsrelatie niet of nauwelijks tot stand komt. - Wanneer de veiligheid in het geding is kan IPG ingezet worden om stappen te maken om de veiligheid te gaan vergroten. - Beperkte samenwerking tussen ouders in de opvoeding, waardoor ongewenst gedrag van kinderen ontstaat. - Ouders met een psychisch probleem wat het gedrag van kinderen beïnvloedt. - Ouders maken zich zorgen over de ontwikkeling van hun kind, ze willen de grip op de opvoeding van hun kind(eren) herstellen. - Er kan aangemeld worden wanneer ouders en/ of kinderen vinden dat er meer contact moet zijn tussen de gezinsleden, wanneer ze meer rust, harmonie en gezelligheid in het gezin terug willen, wanneer ze overzicht over de problemen willen hebben en wanneer ze zicht willen hebben over de mogelijkheid tot verandering. - Wanneer de oplossing voor de problematiek niet vanzelf komt en ouders steun willen van iemand uit de hulpverlening.
Contra-indicaties	- Bij actieve verslavingsproblematiek bij de ouders, is het niet mogelijk een behandeling goed van de grond te krijgen.
Gewenst resultaat	Gezinnen vinden een betere manier van communiceren die past hun gezin en aansluit bij elk gezinslid. Dit sluit in het bijzonder aan bij wat de aangemelde cliënt nodig heeft om goed te kunnen functioneren en waardoor de aangemelde cliënt weer ruimte heeft om zich verder te ontwikkelen.
Verwachtingen ten opzichte van de cliënt	Binnen IPG wordt er vanuit gegaan dat elk mens gemotiveerd is om het beste te maken van zijn leven. Weerstandspatronen die kunnen ontstaan worden gezien als de beste manier die een cliënt (en zijn systeem) op dat moment heeft om zijn kwetsbaarheid niet te hoeven laten zien. Wanneer de cliënt 'niet' gemotiveerd is en wanneer hulp wel gewenst is door ouders en/ of vereist vanuit Bureau Jeugdzorg, dan is contact maken het doel. De verwachtingen ten opzichte van de cliënt zijn dan dat de IPG- behandelaar binnen wordt gelaten in zijn huis, een kort gesprek voert en een vervolgafspraken maakt. Deze one- down positie wordt vanaf het begin ingezet en daardoor voelen cliënten en het systeem zich meestal vrij snel veilig, waardoor weerstandspatronen verdwijnen. Hierdoor kan het lijken alsof er binnen de IPG geen verwachtingen zijn ten opzichte van de cliënt en zijn systeem. Dat kan in de praktijk in eerste instantie ook zo zijn. Maar de ervaring van IPG- behandelaren is dat cliënten zich op deze manier open stellen en tot inzicht komen.
Taak van de hulpverlener	Verschillende onderzoeken tonen aan dat de werkrelatie tussen een hulpverlener en een cliënt een grote invloed heeft op het slagen van de interventie (in Van Yperen e.a., 2010). Een goede bejegening is een voorwaarde voor het opbouwen van een goede werkrelatie (in Embregts en Van Verve, 2008). De taken van de hulpverlener zijn: aansluiten bij de gezinnen, afstemmen op het angstniveau van de gezinsleden, richten op wat goed gaat, tegemoetkomende hulp, vasthoudendheid, transparant zijn, echtheid in de relatie,

	respectvolle benadering, crisissen beschouwen als kansen, willen leren/ nieuwsgierig zijn. Centraal staat de cliënt en zijn expertise over de situatie. Door middel van successen van de cliënt wordt gekeken naar hoe de gewenste situatie in de toekomst te bereiken is. Met andere woorden: met welke vaardigheden kan de cliënt zijn doel bereiken en/ of het probleem oplossen? Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener gebruik maakt van empowerment. Tevens is de hulpverlener meerzijdig partijdig en hij/ zij gaat coalities aan met alle gezinsleden en is voor alle gezinsleden beschikbaar.
--	---

5.3 Mediatetherapie

Beschrijving	Mediatetherapie is gedragsverandering van het kind, door middel van de ouder als mediator in te zetten. Drie kernwoorden die passend zijn bij mediatetherapie zijn: concreet, doelgericht en gedragsmatig. Mediatetherapie onderscheidt zich ten opzichte van andere zorgactiviteiten doordat met ouders aan de slag gaat en niet met het kind. Er wordt gebruik gemaakt van een individuele benadering en de therapie wordt op een actieve manier vormgegeven. Ook van ouders wordt een actieve houding verwacht. De cliënt kan bij mediatetherapie terecht komen middels een verwijzing van een collega binnen Accare Emmen. De therapie vindt wekelijks of tweewekelijks plaats en duurt één uur. Gemiddeld zijn er tussen de tien en vijftientig behandelingen. Een onderdeel van de mediatetherapie is psycho- educatie. Er kunnen situaties worden besproken waarin gedragsproblemen van het kind of de jongere voorkomen. Met ouders wordt gekeken hoe ze bepaalde opvoedingssituaties kunnen veranderen, zodat hiermee ook het gedrag van het kind verandert. Dit wordt gedaan aan de hand van de 5G's , namelijk Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag en Gevolgen. Samen met ouders wordt een plan opgesteld wat ze als gewenst gedrag van het kind zien en hoe ze dit willen bereiken. Hiervoor is het nodig dat de ouders observatie- en huiswerkopdrachten gaan doen. Mediatetherapie valt onder de noemer orthopedagogische behandelvormen. Deze behandelvormen gericht zijn op twee punten, namelijk inzicht krijgen op de handicap van het kind en het specifiek vormgeven van de opvoeding door ouders. Het uitgangspunt voor deze hulpvorm is het leertheoretisch kader en de aspecten stimuluscontrole en toepassen van operante leerprincipes staan centraal. Met betrekking tot de stimuluscontrole kan men denken aan het structureren in tijd en ruimte, communiceren met het kind en regels en afspraken. Door middel van het toepassen van vaardigheden wordt de kans op gewenst gedrag van het kind vergroot en hiermee wordt het ongewenste gedrag verminderd. Bij de operante leerprincipes kan men denken aan positieve bekrachtiging, negeren en straf. Hierbij leren ouders hoe ze gedrag kunnen aanleren, maar ook kunnen afleren. Twee belangrijke aspecten hierbij zijn consequentie en consistentie binnen de opvoeding. Tevens is de cognitieve gedragstherapie een passende methodiek binnen de mediatetherapie.
Doelgroep	- Ouders van kinderen in de leeftijd van nul tot en met twaalf jaar met een licht verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld PDD- NOS of ADHD). - Ouders die het gevoel hebben dat de aanpak die zij hanteren ten opzichte van het kind niet werkt. Hierbij kan het zijn dat ouders niet begrijpen hoe hun kind in elkaar zit en wat de beste manier is om met het kind om te gaan.
Doelstelling	- Psycho- educatie: ouders bekend maken met de handicap van hun kind. - Ouders vaardigheden aanleren die belangrijk zijn bij het opvoeden van hun kind (op een duidelijke manier praten met het kind, duidelijke regels en afspraken maken, structuur bieden, complimenten geven, straffen).

	- Ouders inzicht geven in het gedrag van het kind en hoe ze gedrag bij het kind kunnen aanleren en afleren. - Gedragsverandering van het kind in de thuissituatie (door middel van de ouder als mediator in te zetten).
Indicaties	- Wanneer de indruk wordt gewekt dat het probleemgedrag van het kind onder invloed staat van de omgeving. Hoe nauwer de gedragsproblematiek van het kind verbonden is met het gedrag van de ouders, des te belangrijker is het om ook gedragsverandering bij de ouders na te streven. - Het moet gaan om gedragsproblemen die via operante conditioneringprocedures te behandelen zijn (bijvoorbeeld zeuren, dwars gedrag, driftbuien, steeds uit bed komen, weigeren taken uit te voeren of daarbij een overmatig beroep doen op hulp van de ouders). - Ouders zijn in staat om te leren hoe ze meer adequaat met een fysieke of mentale handicap van hun kind om kunnen gaan (bijvoorbeeld ADHD-/ ASS- problematiek en/ of LVG). - Mediatetherapie kan ingezet worden voor zowel geëxternaliseerde als geïnternaliseerde gedragsproblematiek. - Er moet voldoende en kwalitatief contact zijn vanuit de ouder(s) met het kind. De voorwaarde is dat ouders effectief kunnen bekrachtigen. - Ouders moeten zelfwerkzaam zijn, omdat ze verschillende (observatie)opdrachten moeten uitvoeren en registreren. Hierbij moeten ze geduldig zijn en de transfer kunnen maken tussen datgene wat besproken is tijdens de begeleiding en de thuissituatie. - Er wordt van ouders verwacht dat zij bereid zijn om regelmatig therapiegesprekken te voeren en mee willen werken aan de behandeling van het kind in de thuissituatie.
Contra-indicaties	- Kinderen met ernstige emotionele problemen, welke ingebed zijn binnen pathologische en conflictueuze gezinsrelaties. - Wanneer er bij ouders sprake is van te sterk interfererende eigen problematiek, bijvoorbeeld psychiatrische problematiek en relatieproblematiek.
Gewenst resultaat	Het gewenste resultaat van de behandeling is om ouders handvatten te geven, waardoor ze de situatie, dan wel het gedrag met hun kind kunnen veranderen in de gewenste richting.
Verwachtingen ten opzichte van de cliënt	De verwachtingen ten opzichte van de cliënt zijn dat ze beschikken over zelfreflectie, motivatie en een actieve houding met betrekking tot huiswerk. Laatstgenoemde is bijvoorbeeld het kind observeren in concrete gedragingen. Tevens wordt verwacht dat ze zich kwetsbaar opstellen en concrete informatie verschaffen over opvoedingssituaties. Hierbij moeten ze een transfer kunnen maken van geleerde vaardigheden en opgestelde plannen op de polikliniek naar de thuissituatie.
Taak van de hulpverlener	Eén van de taken van de hulpverlener is het geven van psycho- educatie. Ouders brengen een probleemsituatie in en aan de hand van de 5G's wordt de situatie in kaart gebracht. De hulpverlener structureert de situatie en legt de juiste verbanden, waarbij hij de cognitief gedragstherapeutische technieken in het achterhoofd heeft. Andere taken van de hulpverlener zijn: motiveren, coachen en onderwijzen (aanleren van vaardigheden).

5.4 Oudercursus

Beschrijving	De oudercursus is te omschrijven in twee kernwoorden, namelijk 'gedragstherapeutisch' en 'ervaringen delen'. Cliënten worden aangemeld voor de oudercursus via een verwijzing door de hoofdbehandelaar of middels een aanmelding van een externe cliënt via het aanmeldbureau. De oudercursus bestaat voor een groot deel uit psycho- educatie en is
---------------------	--

	vormgegeven middels dertien bijeenkomsten, waarvan de laatste een evaluatiebijeenkomst is. De cursus wordt gegeven aan maximaal zes ouderparen. Wanneer er sprake is van een eenoudergezin mag deze ouder iemand anders meenemen. De cursus vindt één keer per twee weken plaats, 's avonds van 19.00 uur tot 21.00 uur. De bijeenkomst wordt door twee therapeuten gegeven, aan de hand van een draaiboek. Elke bijeenkomst kent een vaste structuur. Er wordt gestart met een drie- minutenrondje waarin ouders iets positiefs noemen en tevens een situatie noemen waarin ze anders konden handelen. Vervolgens wordt het huiswerk besproken, het thema van de avond doorgenomen en wordt er een oefening gedaan. Aan het eind van de avond wordt een samenvatting gegeven en krijgen ouders huiswerk mee. Ook krijgen ze literatuur mee om te lezen. De literatuur die ouders moeten lezen is afkomstig uit het boek 'Sociaal onhandig' geschreven door L. van der Veen-Mulders, M. Serra, B.J. van den Hoofdakker en R.B. Minderaa. Thema's die aan de orde kunnen komen zijn bijvoorbeeld het bieden van structuur, hoe je met kinderen praat en het geven van complimenten. Tevens wordt er tijdens de bijeenkomst gebruik gemaakt van videobeelden waarop voorbeelden van vaardigheden te zien zijn. Cognities en beleavingsaspecten van de ouders zijn van belang zijn wanneer het gaat om het faciliteren van een andere aanpak. Door middel van het hanteren van cognitieve gedragstherapeutische technieken komen deze aspecten binnen de oudercursus aan de orde. Het uitgangspunt voor deze hulpvorm is het leertheoretisch kader en de aspecten stimuluscontrole en toepassen van operante leerprincipes staan centraal. Met betrekking tot de stimuluscontrole kan men denken aan het structureren in tijd en ruimte, communiceren met het kind en regels en afspraken. Door middel van het toepassen van vaardigheden wordt de kans op gewenst gedrag van het kind vergroot en hiermee wordt tevens het ongewenste gedrag verminderd. Bij de operante leerprincipes kan men denken aan positieve bekrachtiging, negeren en straf. Hierbij leren ouders hoe ze gedrag kunnen aanleren, maar ook kunnen afleren. Twee belangrijke aspecten hierbij zijn consequentie en consistentie binnen de opvoeding.
Doelgroep	- Ouders van kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar met een lichtverstandelijke handicap in combinatie met PDD- NOS en/ of ADHD. - Ouders die een hulpvraag hebben met betrekking tot het opvoeden van het kind.
Doelstelling	- Het vergroten van kennis en begrip van kinderen met ontwikkelingsstoornissen. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen uitleg van de licht verstandelijke handicap in combinatie met PDD- NOS en/ of ADHD en uitleg over de specifieke opvoeding van deze kinderen. - Het oefenen en vergroten van vaardigheden met betrekking tot de omgang met het kind. - Het uitwisselen van ervaringen. Op deze manier kunnen ouders van elkaars ervaringen leren en tevens kunnen ze wederzijdse steun ervaren.
Indicaties	- Er is een duidelijke hulpvraag vanuit de ouders betreffende meer kennis omtrent de problematiek, meer vaardigheden in het omgaan met de problematiek en/ of het in contact treden met andere ouders. - De ouders kunnen en willen voldoen aan een aantal basale groepsvoorwaarden, namelijk het meedoen aan en volbrengen van de oudercursus. - De ouders moeten in staat en bereid zijn huiswerkopdrachten te maken. Ze moeten daarvoor voldoende energie hebben. - Indien beide ouders in het gezin aanwezig zijn, moeten ze beide in principe meedoen aan de training. Wanneer er sprake is van een eenoudergezin kan uiteraard door deze ouder deelgenomen worden, eventueel samen met een vriend(in) of een familielid. Bij voorkeur is dat iemand die ook een rol speelt in de opvoeding. - De diagnostiek van het kind is afgerond.

Contra-indicaties	- Wanneer het ouders niet lukt om te komen. - Als de eigen psychiatrische problematiek van de ouders te ingewikkeld is. - Als er sprake is van gezins- of relatieproblematiek. - Als er sprake is van een crisissituatie in het gezin. -
Gewenst resultaat	Het gewenste resultaat is dat ouders zich in het opvoeden van hun kind vaardiger voelen.
Verwachtingen ten opzichte van de cliënt	Van de cliënten wordt verwacht dat ze inzet tonen en werken aan de specifiek gestelde doelen.
Taak van de hulpverlener	De taak van de hulpverlener is om de tijd te bewaken, zodat alle onderdelen behandeld kunnen worden. Ook is het belangrijk om informatie/ psycho- educatie te geven. De hulpverlener probeert de vaardigheden van ouders te vergroten en hun cognities te verwoorden. Ouders krijgen inzicht in hun eigen handelen en verwoorden in samenwerking met de hulpverlener helpende gedachten. Tevens worden ouders geholpen en ondersteund bij het opstellen van het gedragsveranderingprogramma. Wanneer uiteindelijk blijkt dat er vragen zijn die niet in de behandeling thuishoren, wordt verwezen naar de hoofdbehandelaar.

5.5 Psycho- educatie (PEP)

Beschrijving	De PEP is te omschrijven in drie kernwoorden namelijk 'informatief', 'kort' en 'bondig'. PEP onderscheidt zich ten opzichte van andere zorgactiviteiten doordat PEP kort, bondig en informatief is. Ook kunnen ouders zichzelf (op eigen initiatief) opgeven voor de PEP-avonden. Wanneer uiteindelijk blijkt dat de PEP- avonden ouders te weinig heeft geboden, kan er eventueel naar een andere zorgactiviteit worden verwezen. De cliënt kan op verschillende manieren bij de PEP- avonden komen. Eén van de mogelijkheden is middels een verwijzing. Een andere mogelijkheid is op eigen initiatief; ouders kunnen zichzelf opgeven voor PEP. In de wachtruimte van de polikliniek te Emmen liggen aanmeldformulieren, waarmee ouders zich kunnen aanmelden. De behandeling is vormgegeven middels twee bijeenkomsten van elk twee uur. De eerste avond richt zich op inhoudelijke informatie over ASS, ADHD en LVG. Twee weken later volgt de tweede bijeenkomst. In deze bijeenkomst staat praktische informatie centraal. Hierbij kan gedacht worden aan het aanvragen van een Persoonsgebonden Budget (PGB), medicatie en mogelijke behandelvormen. Tijdens beide avonden wordt gebruik gemaakt van een PowerPoint- presentatie. Aan de hand van deze presentatie wordt de informatie verstrekt en kunnen ouders (gerichte) vragen stellen. Gedurende de twee bijeenkomsten is het belangrijk om kennis te maken. Er wordt gevraagd wat er speelt binnen het gezin en van welke problematiek sprake is. Op deze manier kunnen de hulpverleners de groepssamenstelling in kaart brengen.
Doelgroep	- Het netwerk rondom de jongere met psychiatrische problematiek (ASS, ADHD, en/of LVG).
Doelstelling	- Het geven van psycho- educatie.
Indicaties	- Mensen die in hun netwerk te maken hebben met psychiatrische problematiek
Contra-indicaties	<i>Bij de PEP zijn geen contra- indicaties vast te stellen.</i>
Gewenst resultaat	Het gewenste resultaat van de behandeling is dat ouders/ verzorgers meer begrijpen wat de psychiatrische problematiek inhoudt. Dat ze voldoende informatie en handvatten hebben om met de psychiatrische problematiek en/ of de situatie om te kunnen gaan.

Verwachtingen ten opzichte van de cliënt	Er wordt verwacht dat de mensen die zich opgeven zullen komen. Tevens wordt verwacht dat men vragen stelt, inbreng heeft en openstaat voor de gegeven informatie. Op deze manier hopen de hulpverleners die deze zorgactiviteit aanbieden, het netwerk handvatten kunnen geven.
Taak van de hulpverlener	De taak van de hulpverlener is om informatie te geven over de onderwerpen die ter sprake komen bij de PEP. Een eventuele toekomstige taak is het doorverwijzen, bijvoorbeeld als blijkt dat ouders/ verzorgers behoefte hebben aan een vervolgbehandeling.

5.6 Systeemtherapie

Voorafgaand aan deze therapie kan een systeemonderzoek plaatsvinden, waarin wordt onderzocht of de vraag/ problemen van het kind te maken hebben met moeilijkheden in het gezin. Het gezinsonderzoek duurt een uur tot anderhalf uur. De wijze van het onderlinge contact is een belangrijk aandachtspunt binnen het onderzoek. Alle leden van het gezin nemen deel aan het onderzoek, maar ook belangrijke anderen – vrienden of grootouders bijvoorbeeld – kunnen op verzoek deelnemen aan het onderzoek. Als eerste is er een gesprek met de ouders en kinderen, gevolgd door een gesprek met alleen de ouders. Er wordt bekeken hoe ze het probleem ervaren en hiermee omgaan. Tevens kijkt men naar de invloed van het geheel de opvoedingstaak en er wordt stilgestaan bij het verleden van het huidige gezin, alsmede het gezin waarin de ouders zijn opgegroeid. Het doel van het gezinsonderzoek is dat het een bijdrage levert aan het brede poliklinisch diagnostisch onderzoek. Het geeft zicht op het functioneren van een kind of de jongere binnen het gezin. Daarbij wordt gekeken of en welke hulp er na de diagnostische fase aan het gezin aangeboden kan worden.

Beschrijving	De systeemtherapie is te omschrijven als de kunst om ruimte te creëren binnen het systeem, zodat het kind of de jongere zich verder kan ontwikkelen. Het is een op zichzelf staande methode, waarin eclectisch wordt gewerkt. Het begrip 'eclectisch' wil zeggen dat er verschillende vormen van systeembenadering worden ingevoegd op basis van wat zich voordoet. De systeemtherapie onderscheidt zich ten opzichte van andere zorgactiviteiten op basis van de functie die de systeemtherapeut heeft. Deze heeft namelijk een metafunctie en bekijkt het proces. De systeemtherapeut richt zich op het leren kennen en het maken van contact, maar blijft gelijktijdig op afstand (metaniveau). Tevens luistert hij naar zijn innerlijke dialoog, waarin afwegingen aan de orde komen, bijvoorbeeld de vraag hoe zinvol het is. Het is belangrijk om transparant te werken en dingen uit te spreken. Op deze manier kun je de ideeën die je als hulpverlener hebt, checken. De cliënt komt door middel van een indicatie bij de systeemtherapie terecht. De doelen van de systeemtherapie worden met de leden van het gezin doorgenomen en hierbij wordt ook gekeken hoe lang de behandeling zal duren. Er zijn namelijk geen afspraken over de duur van de behandeling. In de meeste gevallen wordt in eerste instantie een vijftal afspraken gemaakt, zodat gekeken wordt of de systeemtherapie de juiste aanpak is voor het gezin. De bijeenkomsten duren gemiddeld vijf kwartier tot anderhalf uur. Als de focus gericht is op de relatie zijn er vaak meerdere behandelingen nodig. De behandeling vindt poliklinisch plaats. Gedurende de behandeling wordt allereerst kennisgemaakt. Het is belangrijk om niet met het probleem te beginnen, maar de situatie te bekijken vanuit verschillende invalshoeken, zoals thuis, school en contact met de leeftijdsgenootjes. De hulpverlener vormt zich een beeld of dat wat gebeurt tot normaal of abnormaal wordt gerekend. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het circulaire interview. Tevens wordt er aan het begin van de behandeling een genogram gemaakt. Het genogram bevat drie generaties. Bij het maken van een genogram zijn de kinderen soms wel en soms niet aanwezig. Gedurende de behandelingen kan met elkaar gepraat worden en worden geoefend met nieuw gedrag. Ook kan huiswerk afgesproken worden. Wanneer er jongere kinderen aanwezig zijn binnen het gezin gebruikt men veelal spelmateriaal.
Doelgroep	- De systeemtherapie is in principe bedoeld voor alle gezinsleden die bij het aangemelde kind betrokken zijn. De betrokken deelnemers kunnen al naar gelang de behoefte van het gezin of de therapeut veranderen. Dit wordt in overleg met het gezin afgesproken.

Doelstelling	- Het verbeteren van de communicatie. - Het verbeteren van de onderlinge samenwerking. - Het zelfstandig worden van de oudere kinderen. - Het verbeteren van de relatie van de ouders. - Het herstel van de grenzen tussen de ouders en de kinderen. - Het accepteren van de verschillen in mogelijkheden om te leren en te werken tussen de deelnemers aan de therapie. <i>Van tevoren wordt het doel van de behandeling met het systeem besproken. Het doel kan gedurende de behandeling worden veranderd.</i>
Indicaties	- Als er behoefte is aan meer communicatie binnen het gezin. - Als er sprake is van fase- problematiek, bijvoorbeeld kinderen die in de puberteit komen. - Als er behoefte is aan psycho- educatie.
Contra-indicaties	- Als de cliënten niet willen. <i>Verder zijn er geen contra- indicaties. De systeemtherapie is breed inzetbaar; het kan ook bij een psychose ingezet worden. Dan wordt besproken hoe je je zorgen en/ of emoties uit.</i>
Gewenst resultaat	Het geven van psycho- educatie is een deel van het gewenste resultaat. Ook acceptatie is belangrijk, omdat ouders hierdoor anders met het kind kunnen omgaan. Ouders zijn vaardig en tevreden omdat het weer lukt; het kan zelfs zijn dat ze woorden anders gaan gebruiken. In plaats van 'conflict' gebruiken ze het woord 'meningsverschil'.
Verwachtingen ten opzichte van de cliënt	De cliënt hoopt dat het probleem wordt opgelost en het maakt voor de cliënt in de meeste gevallen niet uit wat ze ervoor moeten doen; ze willen graag geholpen worden. Ook is het belangrijk dat de cliënt alles zelf doet, met andere woorden, de cliënt moet empowered worden.
Taak van de hulpverlener	De taak van de hulpverlener is het faciliteren van het proces. Als systeemtherapeut heb je kennis van zaken en ben je specialist in het proces. Je kunt dit sturen. Teveel op de inhoud gaan zitten of advies geven werkt niet. Het is belangrijk om afspraken te maken met ouders. Je moet als therapeut niet uitstralen hoe het wel en niet hoort, maar de verschillen in normen en waarden accepteren.

5.7 Video Home Training (VHT)

Beschrijving	VHT is er op gericht om ouders te leren bewuster met initiatieven van hun kind om te gaan. Zo worden ouders zich bewust van de beleavingswereld van het kind en kunnen ze hun kind beter begrijpen en aanvoelen. VHT onderscheidt zich ten opzichte van andere zorgactiviteiten, omdat video geen problemen laat verdwijnen, maar wel de initiatieven van kinderen duidelijk in beeld brengt. Deze kunnen worden uitvergroot, waardoor ouders (beter) begrip kunnen krijgen voor de initiatieven van het kind. Wat meerdere malen gezien wordt in gezinnen is dat de initiatieven van kinderen verloren gaan in het tumult van het gezinsleven. Video biedt daarmee een kans om letterlijk afstand te nemen van de realiteit en die tegelijkertijd exact in beeld te krijgen. Bij het analyseren van de video wordt gebruik gemaakt van een registratieformulier. Omdat dit registratieformulier tevens aan bod zal komen bij de beschrijving van de literatuur is ervoor gekozen dit registratieformulier toe te voegen als bijlage. U kunt dit formulier vinden in bijlage 1: 'Registratieformulier VHT'. De cliënt komt bij VHT terecht door aanmelding bij de behandelaar. Er wordt dan bijvoorbeeld een intakegesprek gepland of de gezinnen worden op de wachtlijst geplaatst. De vormgeving van de behandeling verschilt per casus en per vraag. Het bespreken van de video duurt gemiddeld een uur tot anderhalf uur. VHT vindt in principe plaats in de
---------------------	---

	thuisituatie, maar zou ook in groepsverband of op een andere locatie kunnen plaatsvinden. Het bespreken van de video zou eventueel op de polikliniek kunnen plaatsvinden. Aan het begin van de behandeling vraagt de behandelaar of ouders een inventarisatielijst voor de dagelijkse situaties willen invullen. Onderwerpen die hierbij aan de orde komen zijn wakker worden en opstaan, lichamelijke verzorging, ontbijten, klaarmaken en vertrek naar school, op school, tussen de middag, thuiskomen uit school, activiteiten 's middags, avondeten, activiteiten 's avonds, naar bed gaan, slapen, taken in huis en weekenden en vakanties. In de diagnostische fase kan VHT worden gebruikt als 'derde oog' voor de hulpverlener. De situatie die gefilmd wordt is een situatie waarin het gezin zo normaal mogelijk functioneert of het is de minst conflictueuze situatie (bijvoorbeeld een situatie waarin men een spelletje doet). De Video Home Trainer bekijkt wat er tijdens de ouderparticipatie gebeurt en kan de video op drie verschillende manieren terugkijken: - <i>Informeren:</i> Hier wordt uitgegaan van de positieve momenten en de aanwezige vaardigheden. Het gezin wordt geïnformeerd over zichzelf in de hoop de negatieve spiraal te doorbreken of om te buigen. Tevens werkt het competentieverhogend. - <i>Concretiseren en analyseren:</i> Uitvragen aan de hand van beelden. - <i>Inzicht geven:</i> Inzicht geven in de onderlinge interactie en de mogelijkheid tot verandering. In de behandelfase kan gebruik gemaakt worden van video's waarop situaties te zien zijn waarin nieuw gedrag wordt geoefend en positieve interacties plaatsvinden. Dit kan gedaan worden door ouders bijvoorbeeld de opdracht te geven om oogcontact te maken of om ze de opdracht te geven een afspraak te maken met hun kind. Bij het terugkijken kan de Video Home Trainer zich richten op het geven van feedback en het motiveren. Bij het geven van feedback kan men in beeld brengen wat het effect is van een bepaalde opdracht. Dit kan zowel in positieve als in negatieve zin. Het is mogelijk dat ouders de negatieve momenten zien. Dit mag wel, maar hiermee moet de Video Home Trainer oplossingsgericht omgaan; hij/ zij kijkt vanuit het 'mislukken' naar datgene wat er nodig is om het wel te laten lukken. Met betrekking tot het motiveren is men gericht op de positieve momenten. Elke opname bevat positieve momenten en het zien van deze momenten kan de druk van de ketel halen. In de afbouwfase kan gebruik gemaakt worden van VHT met als doel terugvalpreventie. Zo kan de Video Home Trainer situaties voorleggen of een recente opname laten zien na een eerder gemaakte opname, om zo de veranderingen in beeld te brengen.
Doelgroep	- Gezinnen met een kind in de leeftijd van anderhalf tot twaalf jaar waarbij sprake is van opvoeding- of communicatieproblemen. Het onderlinge contact tussen de ouders en het kind wordt als problematisch ervaren. - Ouders kunnen pedagogische hulpvragen hebben, welke zich kunnen richten op ADHD, ASS, hechtingsstoornissen, verminderd begripsvermogen (LVG) en/ of (psycho)somatische problematiek. - Tevens kunnen ouders een hulpvraag hebben met betrekking tot het verbeteren van het contact. Hierbij is het mogelijk dat er bij het kind sprake is van een vertraagde of verstoorde ontwikkeling. Dit vraagt van de ouders extra vaardigheden in de basiscommunicatie.
Doelstelling	- Het geven van psycho- educatie. - De basiscommunicatie in het gezin is op gang gebracht, verbeterd of hersteld. De negatieve spiraal wordt omgebogen. - Ouders kunnen beter aansluiten bij het niveau en/ of de problematiek van het kind en hebben daarmee het contact met het kind verbeterd. - Ouders beheersen meer pedagogische vaardigheden om negatief gedrag in positief gedrag om te buigen. - Ouders hebben meer zelfvertrouwen bij het opvoeden van de kinderen. De aanwezige vaardigheden worden bekrachtigd door positieve momenten terug te laten zien en deze vaardigheden uit te breiden.

Indicaties	- Video Home Training is voor ouders die geen positieve eigenschappen van zichzelf en/ of de kinderen meer zien. - Video Home Training is voor ouders die hun eigen aandeel in de communicatie en opvoeding niet zien. - Video Home Training is voor ouders die geen afstand meer kunnen nemen. - Video Home Training is er voor die ouders voor wie de transfer/ generalisatie van vaardigheden van de polikliniek naar thuis erg lastig is. Dat het lastig is voor de ouders, kan bijvoorbeeld te maken met een laag niveau van de ouders of het feit dat ze letterlijk geen afstand kunnen nemen. Het laten zien van het effect van bepaalde reacties op elkaar is dan effectiever dan wanneer je het verloop van bepaalde interactiepatronen terughaalt met behulp van woorden. Doorvragen op de beelden is vaak effectiever dan inzicht geven met behulp van woorden. - Video Home Training is voor ouders die over draagkracht en motivatie beschikken en die naar zichzelf willen kijken. - Video Home Training is gericht op gedragsverandering, concreet in het hier en nu.
Contra-indicaties	- Wanneer er sprake is van crisis: ter voorkoming van uithuisplaatsing. - Wanneer het multi- problem gezinnen betreft.
Gewenst resultaat	Door VHT leren ouders bewuster met initiatieven van hun kinderen omgaan. Ze worden zich bewust van de belevingswereld van het kind, begrijpen dit beter en kunnen dit tevens aanvoelen. Op deze manier hoop je dat er minder vaak correcties nodig zijn van ouders naar het kind. Ook hoop je dat er minder irritaties zouden zijn, zodat het uiteindelijke resultaat is dat ouders en kind zich prettiger voelen in hun dagelijkse gezinsleven.
Verwachtingen ten opzichte van de cliënt	Van de cliënt worden drie dingen verwacht, namelijk draagkracht, motivatie en naar zichzelf willen kijken.
Taak van de hulpverlener	De taak van de hulpverlener is om ouders te leren bewuster met initiatieven van het kind om te gaan. Op deze manier kun je ze bewust maken van de belevingswereld van hun kind. Door ouders hiervan bewust te laten worden kunnen ze hun kind beter begrijpen en aanvoelen. Een andere taak van de hulpverlener ligt op het vlak van het bespreken van de video. De taak van de hulpverlener is dan om de positieve momenten die op de video te zien zijn uit te vergroten. Dus de aandacht is gericht op dat wat goed gaat.

6. Zorgactiviteiten ouder- en gezinshulp vanuit de literatuur

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de zes zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp die Accare Emmen biedt, onderzocht door middel van een literatuurstudie. Voorafgaand aan de beschrijving van de zorgactiviteiten wordt er een korte paragraaf gewijd aan het belang om ouders te betrekken bij de hulpverlening.

De zorgactiviteiten worden uitgewerkt in tabelvorm, waarbij de volgende onderwerpen worden besproken: ontstaan en ontwikkeling(en), beschrijving, doelgroep, doelstelling en indicatiecriteria. Het betreft niet geheel dezelfde onderwerpen als het vorige hoofdstuk waar de zorgactiviteiten van Accare Emmen zijn uitgewerkt. Hier is voor gekozen, omdat er met name belang gehecht wordt aan de inhoud van de zorgactiviteiten, zoals aangegeven in de literatuur. Tevens wordt er qua zorgactiviteiten een andere volgorde aangehouden worden. In dit hoofdstuk zal eerst een beschrijving worden gegeven van psycho- educatie, alvorens de beschrijving van de overige zorgactiviteiten wordt weergegeven. Hier is voor gekozen, omdat bij alle zorgactiviteiten die Accare Emmen aanbiedt, psycho- educatie een (belangrijke) rol speelt. Dit betekent tevens dat er geen aparte beschrijving van de psycho- educatieavonden (PEP) wordt gegeven, omdat PEP zich enkel richt op psycho- educatie. Daarmee omvat de informatie over psycho- educatie de literatuurstudie die voor PEP weergegeven kan worden.

6.2 Het belang om ouders te betrekken bij de hulpverlening

Verheij e.a. (2005) beschrijven dat kinderen vaardigheden ontwikkelen, die ze nodig hebben om zich te kunnen redden in deze maatschappij. Fournier (1983, in Verheij e.a., 2005) beschrijft dat ze deze vaardigheden verwerven door (met name) het gedrag van hun ouders te imiteren. Gebaseerd op deze redenering mag men er vanuit gaan dat het probleemgedrag van kinderen beïnvloed kan worden door de ouders. Een logisch gevolg hiervan is, zo noemen Cladder, Van Borselen en Nijhoff- Hysse (1991, in Verheij e.a., 2005), het betrekken van ouders bij de therapie. Ouders moeten bij de behandeling van hun kind worden betrokken meent Brasswell (2000, in Verheij e.a., 2005), omdat ouders een rol spelen in de manier waarop het probleem van het kind of de jeugdige behandeld wordt. Tevens is het bekend dat ouders, maar ook overige familieleden, het probleem waar het kind of de jeugdige mee kampt, kunnen veroorzaken, verergeren of verminderen. Als laatste wordt genoemd dat ouders een rol spelen in de stabilisatie van de therapeutische verandering, de generalisatie en de transfer van vaardigheden (Verheij e.a., 2005).

6.3 Psycho- educatie

Ontstaan en ontwikkeling(en)	Psycho- educatie is een vrij recente methodiek binnen de hulpverlening, welke gericht is op mensen met een stoornis, ziekte of handicap (Vermeulen, 2010). Psycho- educatie is humanistisch geïnspireerd, wat betekent dat psycho- educatie ervan uitgaat dat menselijk gedrag te beïnvloeden is (Hoencamp & Haffmans, 2008). Oorspronkelijk werd de methodiek gebruikt in Canada, waar Jeannine Guindon in 1953 het 'Centre de Psychoéducation du Québec' opricht. Hier worden gespecialiseerde leerkrachten, ook wel psychoéducateurs' genoemd, opgeleid in de re- educatie van delinquente jongeren (Vermeulen, 2010). Psycho- educatie wordt hier gezien als een orthopedagogische methodiek en tevens als een opleidingsprogramma voor leerkrachten die gespecialiseerd zijn in het onderwijzen van kinderen en jongeren met gedragsmoeilijkheden (Vermeulen, 2010). Ivey (1974; 1977, in Vermeulen, 2010) wordt gezien als één van de voorlopers van de huidige opvattingen van psycho- educatie. Hij geeft de volgende definitie van psycho- educatie: "Het psycho- educatiemodel streeft ernaar om mensen te voorzien van de vaardigheden waarmee ze hun leven op hun manier in handen kunnen nemen" (Vermeulen, 2010, p. 42). Wanneer gekeken wordt naar een meer strikte opvatting van psycho- educatie, dan gaat het meer om programma's en methoden die gebruikt kunnen worden om psychiatrische patiënten en hun familie inzicht te geven in hun ziekte. Psycho- educatie was in eerste instantie gericht op de familieleden, maar richtte zich later ook op de patiënten zelf (Vermeulen, 2010). Dat psycho- educatie een positief effect heeft op het welzijn van patiënten en de ernst van hun symptomen, is in de loop der jaren gebleken. Eind jaren tachtig van de vorige eeuw zijn
------------------------------	--

	er pogingen gedaan om psycho- educatie te definiëren en te systematiseren. Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw wordt psycho- educatie naast schizofrenie, ook gebruikt bij stemmingsstoornissen en eetstoornissen. Het is opvallend dat psycho- educatie nauwelijks is doorgedrongen tot het gebied van de ontwikkelingsstoornissen (Vermeulen, 2010).
Beschrijving	Er is geen eenduidige definitie vast te stellen van psycho- educatie. Enerzijds wordt het gezien als een vorm van cognitieve gedragstherapie, anderzijds als educatie. In algemene zin verwijst psycho- educatie naar educatieve of opvoedkundige interventies die mensen vaardigheden, kennis en zelfvertrouwen aanreiken om hun leven met een chronische aandoening, ziekte of stoornis in handen te kunnen nemen (Vermeulen, 2010). In het zakwoordenboek van de psychiatrie wordt omschreven dat het een vorm van voorlichting is, waarbij informatie wordt gegeven over de ziekte (Hoencamp & Haffmans, 2008). In zijn definiëring noemt Goldman (1988, in Hoencamp & Haffmans, 2008) dat psycho- educatie gezien wordt als educatie of training van een persoon met een psychiatrische stoornis (Hoencamp & Haffmans, 2008). Psycho- educatie is het zoeken naar verduidelijking en afstemming op vragen die zich richten op wat er aan de hand is, wat er moet gebeuren en hoe dat moet gebeuren (Verheij e.a., 2005). Het psycho- educatieproces start met de constatering dat iemand ergens aan leidt. Dit proces houdt in de psychiatrie feitelijk gezien nooit op (Hoencamp & Haffmans, 2008). Middels psycho- educatie probeert de therapeut een perspectief te bieden op de betekenis van het probleemgedrag. De betrokkenen krijgen door middel van psycho- educatie voorlichting die hen in staat stelt om met de beperkingen van de psychiatrische stoornissen om te gaan. Tevens leren ze door deze voorlichting om de behandelinterventies, bijvoorbeeld de geadviseerde medicatie, te begrijpen. Het is belangrijk dat de deskundige erin slaagt de betrokkenen op meer functionele gedachten te brengen, waarbij eventuele schuldgedachten ongedaan worden gemaakt (Verheij, e.a., 2005). Psycho- educatie vindt over het algemeen individueel plaats, of in groepsverband en is te allen tijde een onderdeel van de behandeling (Hoencamp & Haffmans, 2008). Rond het jaar 2008 is psycho- educatie in bijna alle behandelrichtlijnen van psychiatrische ziektes opgenomen. Psycho- educatie heeft in deze behandelrichtlijnen een aantal gemeenschappelijke onderwerpen die in het proces van de psycho- educatie worden besproken (Hoencamp & Haffmans, 2008, p. 7), namelijk: - Symptomen en achtergronden van de symptomen van de ziekte; - Oorzaken en beloop van de ziekte; - Behandel mogelijkheden; - Hoe terugval te voorkomen; - Hoe patiënt en verwanten met de gevolgen kunnen omgaan. Uit onderzoek blijkt dat psycho- educatie leidt tot een beter behandelresultaat en grotere tevredenheid van de patiënt. Tevens leidt psycho- educatie tot therapietrouw met betrekking tot interventies, wat uiteindelijk leidt tot een beter resultaat van de behandeling op de lange termijn (Hoencamp & Haffmans, 2008).
Doelgroep	Psycho- educatie is een breed begrip en kan zich richten op een brede doelgroep. De volgende doelgroep komt in de literatuurstudie meerdere malen aan bod: - De patiënt (van een psychiatrische stoornis) en diens verwanten (Verheij e.a., 2005; Hoencamp & Haffmans, 2008; Vermeulen, 2010).
Doelstelling	Psycho- educatie is op zichzelf geen doel, maar een onderdeel van een behandelproces dat erop gericht is de patiënt zoveel mogelijk de regie te laten houden over zijn leven. (Hoencamp & Haffmans, 2008). De volgende doelen kunnen middels psycho- educatie bereikt worden: - “De patiënt en diens verwanten leren om een op zo adequaat mogelijke wijze met de praktische en emotionele consequenties van de ziekte om te gaan” (Hoencamp & Haffmans, 2008, p. 2).

	- “Psycho- educatie moet leiden tot kennisvermeerdering, moet bijdragen aan de ontwikkeling van (sociale) vaardigheden, probleemoplossend vermogen en copingstrategieën. De opgedane kennis moet helpen bij het behouden of opbouwen van een sociaal betekenisvol netwerk en toekomstperspectief” (Hoencamp & Haffmans, 2008, p. 11). Dit geldt voor zowel de patiënt als de familie (Hoencamp & Haffmans, 2008). - “Psycho- educatie kan als krachtige, algemeen werkzame factor beschouwd worden als de deskundige erin slaagt met zijn interpretatie kind of jeugdige en gezin op andere, meer functionele gedachten te brengen en eventuele loochening ongedaan te maken” (Verheij, e.a., 2005, p. 352).
Indicatiecriteria	In de literatuur worden geen specifieke indicaties beschreven. Uit de literatuurstudie blijkt dat er binnen de psychiatrie sprake moet zijn van een psychiatrische ziekte/ stoornis (Verheij e.a., 2005; Hoencamp & Haffmans, 2008; Vermeulen, 2010).

6.4 Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling

Ontstaan en ontwikkeling(en)	In de Verenigde Staten is een nieuwe behandelvorm opgezet om tegemoet te komen aan de wens om ouders opvoedingsondersteuning te bieden, ouders vaardigheden aan te reiken, de aanwezige beschermingsfactoren te versterken en de risicofactoren af te laten nemen. Deze behandelvorm is niet overwegend diagnose- gericht (Roosma & van der Most, 2001). Henggeler e.a. (1999, in Roosma & van der Most, 2001) noemen dat de behandelvorm bekend is onder de naam multisystemic therapie (MST). De behandeling is op het gezin afgesteld en is gebaseerd op het krachtenveld tussen gezin en omgeving, waarbij uitgegaan wordt van de sociaal- ecologische ontwikkelingstheorie van Bronfenbrenner (Roosma & van der Most, 2001). Van Schot en van der Steege (1998, uit van der Most, 2001) geven aan dat er binnen de methodiek gebruik wordt gemaakt van de leertheorie, de systeembenadering en communicatietheorie. In Nederland is een afgeleide versie van MST ontstaan, namelijk de Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) (Roosma & van der Most, 2001). In de Verenigde Staten is een onderzoek gedaan naar de effectiviteit van MST. Met betrekking tot de resultaten noemt Borduin (1999, in Roosma & van der Most, 2001) dat MST effectief is gebleken om terugval bij criminele jongeren te voorkomen. Tevens kan MST als behandeling worden ingezet in plaats van een acute psychiatrische opname, aldus Henggeler e.a. (1999, in Roosma & van der Most, 2001). Het onderzoek dat werd uitgevoerd in Nederland is beschreven door Roosma en van der Most. Er is een onderzoek gedaan in Drenthe, met samenwerking van twee kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg. Uit dit onderzoek blijkt dat bij 130 kinderen de resultaten hoopgevend zijn. Ten Brink e.a. (2000, in Roosma & van der Most, 2001) geven als resultaat aan dat 87% van de aangemelde kinderen zes maanden na afronding van de IPG-behandeling nog thuis woont. De ervaren gedragsproblemen en de opvoedingsstress liggen aan het begin van de behandeling binnen de klinische range. Na beëindiging van IPG is de ernst van de problematiek significant afgenomen en de verbeteringen lijken zich door te zetten gedurende de zes maanden die daarop volgen. De aanmelder en het gezin zijn positief over IPG en het resultaat van de behandeling (Roosma & van der Most, 2001).
Beschrijving	IPG richt zich op gezinnen waarbij een sterk disfunctioneel opvoedingspatroon bestaat, als gevolg van psychiatrische problematiek van één of meer gezinsleden. Hierdoor stagneert de ontwikkeling van het kind en dit kan ontaarden in mishandeling of uithuisplaatsing als gevolg van gedragsontsporing en/ of pedagogische onmacht bij de ouder(s). Kaplan (1986) en van Schot en van der Steege (1998) benoemen dat ‘empowerment’ een belangrijk onderdeel is van IPG. Dit betekent dat de behandelaar tracht de disfunctionele patronen te doorbreken (in Roosma & van der Most, 2001). De behandelaar zal proberen het gevoel van onmacht te veranderen in zelfvertrouwen en competentie, passend bij de mogelijkheden van het systeem (Roosma & van der Most, 2001). IPG onderscheidt zich van andere behandelvormen,

	omdat er minimale voorwaarden aan ouders worden gesteld met betrekking tot besef van het probleem, materiële omstandigheden en motivatie (van der Most, 2001). Werner (in Roosma & van der Most, 2001) beschrijft dat aan het begin van de behandeling de risicofactoren worden geïdentificeerd. Waar mogelijk worden deze geneutraliseerd en er wordt gezocht naar beschermende factoren in het systeem. De interventies richten zich zowel op het versterken van individuele vaardigheden, als op het versterken van systeemvaardigheden. Het gedrag wordt gezien als gedrag dat door de omgeving bevestigd wordt. Het systeem heeft geen andere gedragsalternatieven, omdat zij in de vicieuze cirkel van symptoom en verwijt zitten. Door middel van het versterken van de beschermende factoren en het bestrijden van de risicofactoren wordt getracht een nieuw evenwicht te vinden binnen het systeem (Roosma & van der Most, 2001). Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van verschillende interventieprincipes. Deze interventieprincipes zijn onder andere gericht op het uitlokken van verantwoordelijk gedrag waarmee geoefend kan worden door de verschillende gezinsleden. Tevens zijn de interventieprincipes gericht op psycho-educatie en het ondersteunen van het netwerk van het gezin (van der Most, 2001). IPG is gebaseerd op de leertheorie, de systeembenadering en de communicatietheorie. Bij Accare Emmen wordt gebruik gemaakt van de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (wat een onderdeel kan vormen van de leertheorie), gezinstherapie/ systeemtheorie en het oplossingsgerichte model. Deze methodieken – beschreven vanuit de literatuur – worden hieronder uitgewerkt, gebaseerd op de methodiekbeschrijving van IPG. - Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (als leertheorie): Korrelboom, Ten Broeke (2004), Hermans, Eelen en Orlemans (2007) noemen dat hierbij de klassieke en operante conditionering centraal staan (in Accare, 2011). De klassieke conditionering biedt een model over het leren van betekenis. Bij de operante conditionering gaat het om een veronderstelde samenhang tussen het eigen gedrag en de consequenties daarvan en het verkrijgen van kennis over de invloed die men op deze gebeurtenissen kan uitoefenen. IPG gaat er vanuit dat het kind nooit zomaar tot inadequate gedragingen of (emotionele) gedragsreacties komt. Daarom ligt de focus in deze therapie op de personen die het gedrag in stand houden. IPG richt zich op dat wat werkt en heeft hierbij ook oog voor de sociale omgeving van de cliënt. De ouders wordt geleerd om het gedrag van het kind te veranderen, waarvoor ze eerst hun eigen gedrag moeten veranderen (Accare, 2011). - Gezinstherapie/ systeemtherapie: Het systeemdenken biedt een denkkader waarin de betekenis van het probleemgedrag begrepen wordt binnen een bredere context. Het probleemgedrag zendt een signaal uit, waarmee kan worden getracht het gezin als geheel te begrijpen. IPG richt zich op het hele gezin en het gezin wordt intensief behandeld als een eenheid. De gedachte die hieraan ten grondslag ligt is dat de hulpverlening aan een kind het beste gebeurt door het gezin als geheel te versterken. De hulpverlener heeft hierbij oog voor de manier waarop psychische problematiek invloed heeft op gezinsstructuren en interactiepatronen (Accare, 2011). - Het oplossingsgericht model: Hierbij staat de samenwerking tussen de hulpverlener en het cliënt(systeem) centraal. Het vertrekpunt is de problematische opvoedingssituatie en om hier zicht op de krijgen, gaat de hulpverlener in dialoog met de cliënt. De cliënt wordt gezien als expert en bepaalt zijn doel en de weg om dat te bereiken (Accare, 2011).
Doelgroep	- Gezinnen waarbij sprake is van een sterk disfunctioneel opvoedingspatroon als gevolg van de aanwezigheid van psychiatrische problematiek van één of meer gezinsleden (van der Most, 2001; Roosma & van der Most, 2001). - IPG is er voor gezinnen waarbij één of meerdere kinderen stageneren in hun ontwikkeling en waarbij mogelijk de vicieuze cirkel van gedragsontsporing en opvoedingsonmacht overgaat in mishandeling of uithuisplaatsing (van der Most, 2001).
Doelstelling	- De opvoedingsrelatie tussen ouders en kind herstellen (Roosma & van der Most, 2001). - De impact van de stoornis indammen en de negatieve spiraal van het symptoom en het verwijt waarin het systeem gevangen is doorbreken (Roosma & van der Most, 2001).

Indicatiecriteria	<i>Met betrekking tot IPG worden enkel indicaties beschreven.</i> - Gezinnen waarbij bij één of meerdere gezinsleden sprake is van psychiatrische problematiek (Roosma & van der Most 2001) - Gezinnen met één of meerdere kinderen met een neuropsychiatrische ontwikkelingsstoornis en een daarmee samenhangende gedragsbeperking (Roosma & van der Most, 2001, p. 579). - Multiprobleemgezinnen (Roosma & van der Most, 2001, p. 579) - Gezinnen met een kind met een ernstige gedragsstoornis (Roosma & Most, van der, 2001, p. 579). - Kinderen en/ of ouders met een licht verstandelijke handicap (Roosma & van der Most, 2001, p. 579). - Als het gezin aan de rand van de afgrond staat. Vaak is het een laatste poging om een uithuisplaatsing te voorkomen (van der Most, 2001).
-------------------	---

6.5 Mediatetherapie en de oudercursus

Mediatetherapie kan individueel worden aangeboden, evenals in groepsverband. Individueel wil zeggen aan een enkele ouder of een ouderpaar. De oudercursus is gericht op groepen ouders of professionals, zoals leerkrachten en groepsleiding (Verheij e.a., 2005). Omdat Accare Emmen zowel de individuele mediatetherapie, alsmede de oudercursus aanbiedt, worden beide zorgactiviteiten in deze paragraaf beschreven. De therapie wordt allereerst uitgewerkt in tabelvorm. Aan het eind van de paragraaf zullen de verschillen tussen individuele mediatetherapie en de oudercursus worden weergegeven.

Ontstaan en ontwikkeling(en)	Mediatetherapie als therapeutische interventie is grotendeels gebaseerd op inzichten die door Skinner (1953, 1957, in Verheij, 2005) ontwikkeld zijn vanuit het operante zoekschema. Hieraan ligt ten grondslag dat is gebleken dat sociaal gedrag van gedesorganiseerde patiënten in het ziekenhuis te bevorderen was, door middel van het belonen van gewenst gedrag en het negeren of bestraffen van ongewenst gedrag (Verheij, e.a., 2005). Wanneer men kijkt naar de ontwikkeling van mediatetherapie zijn er volgens McMahon (1999, in Verheij e.a., 2005) drie perioden te onderscheiden. De eerste periode speelde zich af in de jaren zestig en begin jaren zeventig van de vorige eeuw. In deze periode stond het zogeheten 'parent training' model centraal. Tharp en Wetzel beschrijven in hun boek 'Behavior modification in the natural environment' een werkmodel waarbij een therapeut samenwerkt met de ouder. Het gestelde doel hierbij is dat de ouder de verkregen adviezen toepast in de natuurlijke omgeving van het kind, zodat hiermee het (probleem)gedrag van het kind wordt beïnvloedt. McMahon (in Verheij e.a., 2005) beschrijft dat het model uitging van de gedachte dat sommige tekortschietende ouderlijke vaardigheden (gedeeltelijk) verantwoordelijk zijn voor het (probleem)gedrag van het kind. In deze periode werd vooral gekeken naar de korte termijn effecten van mediatetherapie. In de tweede periode, welke zich afspeelde van midden jaren zeventig tot eind jaren tachtig van de vorige eeuw, werd er meer gekeken naar de effecten op de lange termijn. McMahon (1999, in Verheij e.a., 2005) noemt dat in deze tijd het begrip 'generalisatie' centraal stond: - <i>Generalisatie van de ene naar de andere setting.</i> Men kijkt bijvoorbeeld of het gewenste gedrag in de thuissituatie ook op school plaatsvindt. - <i>Generalisatie in de tijd.</i> Met betrekking tot dit onderwerp wordt bijvoorbeeld gekeken of het gewenste gedrag voortduurt na de behandeling. - <i>Generalisatie naar broers en zussen.</i> Hierbij kan de vraag gesteld worden of de niet-behandelde broers en zussen ook op de gewenste manier reageren. - <i>Algemene generalisatie.</i> De vraag die hierbij gesteld kan worden is of er ook verbetering optreedt van de niet- doelgedragingen. De derde periode is begin jaren tachtig gestart en duurt tot heden ten dage voort. Men richt zich op de toename van de effecten van mediatetherapie. Hierbij wordt gekeken naar de effecten op korte termijn, maar vooral naar de effecten wat betreft de generalisatie.
------------------------------	---

	Multisysteembenaderingen kwamen centraal te staan binnen de mediatietherapie. Op deze manier evolueerde mediatietherapie van 'parent training' tot 'behavioral family therapy', aldus McMahon (1999, in Verheij e.a., 2005).
Beschrijving	Met betrekking tot mediatietherapie beschrijven van der Gaag & van der Plas (1991, in Cladder, Nijhoff- Huisse & Mulder, 2005) dat deze therapie gezien kan worden als een vorm van behandeling van patiënten via anderen in de natuurlijke omgeving van de cliënt. Verheij omschrijft dat mediatietherapie een behandeling van het kind of de jeugdige is, via de ouders (Verheij, e.a., 2005). Ouders worden, zo noemen Bosch en Ringrose (1997, in Verheij e.a., 2005) rechtstreeks bij de behandeling ingeschakeld. Mediatietherapie kan gedefinieerd worden als een behandeling waarbij ouders via procedures worden getraind om het gedrag van hun kind in de thuissituatie te veranderen (Verheij e.a., 2005). Kazdin (1995) en McMahon (1999) geven aan dat ouders middels deze specifieke procedures leren om de interactie met hun kind te veranderen, gewenst gedrag te bevorderen en het ongewenste gedrag te verminderen (in Verheij e.a., 2005). Bosch en Ringrose (1997, in Verheij e.a., 2005) geven aan dat ouders door middel van operante gedragsveranderingstechnieken gedragsverandering bij hun kind kunnen bewerkstelligen. De eerder genoemde procedures die ouders aangeleerd worden zijn, samen met bijbehorende interventies, gebaseerd op het operante zoekschema. Bij het operante zoekschema staat het leren van gedrag door de consequenties die het heeft centraal. Wanneer gedrag gevolgd wordt door gunstige consequenties zal het waarschijnlijk in frequentie toenemen en wanneer gedrag wordt gevolgd door ongunstige consequenties zal het waarschijnlijk in frequentie afnemen. Ouders leren gedurende de mediatietherapie het gedrag van hun kind te stimuleren door middel van positieve bekrachtiging. Hierbij is het van belang dat ouders – met hulp van de therapeut – op zoek gaan naar een definiëring van het gewenste gedrag. Ouders leren vervolgens op een duidelijke en consequente manier te bekrachtigen (Verheij, e.a., 2005). Tevens wordt ouders geleerd om ongewenst gedrag te laten afnemen, door hieraan negatieve consequenties te verbinden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen ongewenst gedrag dat genegeerd kan worden en ongewenst gedrag waarop meteen moet worden ingegrepen. De time-out is een strafprocedure die veelal wordt toegepast. Ook de 'response cost', waarbij het kind bijvoorbeeld speelgoed moet inleveren, is een vorm van een strafprocedure (Verheij, e.a., 2005). Als laatste kijkt men naar de antecedente factoren, namelijk de factoren die het gedrag uitlokken. Hieronder vallen bijvoorbeeld de regels, de wijze van communiceren en het aanbrengen van structuur in tijd en ruimte (Verheij, e.a., 2005). Bovenstaande procedures en interventies worden in een gedragsveranderingprogramma op een systematische manier ingezet om verschillende soorten gedrag tegelijkertijd aan te kunnen pakken. Enerzijds is het doel om gedragsverandering te bewerkstelligen en anderzijds is het doel om positieve interacties tussen ouders en kind op gang te brengen. Verheij noemt dat dit gedragsveranderingprogramma een 'token economy' is waarin zes doelgedragingen worden opgenomen. Deze doelgedragingen moeten concreet en positief worden geformuleerd. Bosch en Ringrose (1997, in Verheij e.a., 2005) noemen dat twee van de zes doelgedragingen gaan over gedrag dat het kind uitvoert of waar het weinig problemen mee zal hebben. Wanneer het kind deze doelgedragingen opvolgt, kan hij/ zij 'tokens' verdienen, waarmee kleine cadeautjes, privileges of activiteiten kunnen worden 'gekocht' (Verheij, e.a., 2005). Kort samengevat leert men bij mediatietherapie de volgende basisvaardigheden: prijzen en affectie geven, belonen en privileges geven, differentiële aandacht geven, negeren, time-out toepassen, beloningen en privileges ontfangen, fysieke straf en gehoorzaamheid (Cladder, Nijhoff- Huisse & Mulder, 2000, p. 104).

Doelgroep	- Mediatetherapie is geschikt voor competente ouders van incompetente kinderen (Cladder, Nijhoff- Huisse & Mulder, 2000, p. 103). - Mediatetherapie wordt geschikt geacht bij peuters, kleuters en basisschoolkinderen, oftewel kinderen tussen drie en twaalf jaar (Cladder, Nijhoff- Huisse & Mulder, 2000; Verheij, e.a., 2005). - Een oudertraining, waaronder dus mediatetherapie, is de succesvolste interventie wanneer het kinderen of jongeren betreft met een oppositionele opstandige stoornis of een gedragsstoornis (Verheij e.a., 2005). Maar er kunnen, zo noemen Bosch en Ringrose (1997, in Verheij e.a., 2005), ook behandelingen plaatsvinden bij kinderen of jeugdigen bij wie sprake is van internaliserende problemen.
Doelstelling	Verheij e.a. (2005) beschrijven dat het doel van mediatetherapie is om het interactiepatroon tussen ouder en kind in een gunstige richting te veranderen. Het op een meer positieve manier benoemen van het (probleem)gedrag van het kind en/ of het kunnen toepassen van alternatieve gedragingen heeft een positief effect op het ouderschap en de interactie tussen ouder en kind. Hierbij verandert niet alleen het gedrag van het kind op een positieve manier, maar ook het gedrag van de ouder. Dit betekent volgens Methorst e.a. (1995, in Verheij e.a., 2005) dat de relatie tussen de ouder(s) en het kind verbeterd zal worden, wat ervoor kan zorgen dat het risico op psychische problemen van het kind in de toekomst afneemt.
Indicatiecriteria	Indicaties - Landsheer, Prins en Nijhoff- Huisse (1993) stellen dat de algemene indicatie is wanneer de problemen bepaald worden door de interacties tussen de volwassene(n) en het kind (uit Verheij e.a., 2005). Deze indicatie is gespecificeerd door Nijhoff- Huisse (1992). Er werd gesteld dat mediatetherapie vooral geschikt is wanneer er sprake is van gedragsproblemen die via operante conditioneringprocedures te behandelen zijn. Voorbeelden van deze gedragsproblemen zijn het weigeren om taken uit te voeren of daarbij een overmatig beroep doen op hulp van de ouders (uit Verheij, 2005). - De ouder mist de kennis en vaardigheden die nodig zijn met betrekking tot de gedragsverandering bij het kind. De betreffende ouders is echter wel gemotiveerd en is in staat deze kennis en vaardigheden te verwerven (Cladder, Nijhoff- Huisse & Mulder, 2000). - Ouders moeten gemotiveerd zijn en in staat zijn om te kijken naar de interacties in het gezin. De interacties moeten ze kunnen beschrijven, eventueel registreren en ze moeten hier verandering in willen aanbrengen (Verheij, e.a., 2005). Contra- indicaties - Bosch en Ringrose (in Verheij e.a., 2005) noemen ernstige emotionele problematiek bij het kind als contra- indicatie. - Wanneer het ouders betreft met forse eigen problematiek, ouders met aanzienlijke relatieproblemen, wanneer ouders verschillen qua opvoedingsstijl en hier geen gesprek over kunnen voeren en/ of wanneer het problemen betreft die de kinderlijke problematiek overlappen of erop lijken (Verheij, e.a., 2005). Naast deze gestelde indicaties en contra- indicaties noemen Landsheer, Prins, Nijhoff- Huisse (1991), Bosch en Ringrose (1997, in Verheij e.a., 2005, p. 367) nog een zevental selectiecriteria voor mediatetherapie: - "Ouders moeten instemmen met een systematische, praktische aanpak. - Ouders moeten bereid zijn eigen gedrag te veranderen. - Ouders moeten beschikken over juiste en krachtige versterkers, het liefst in de relationele sfeer. Met andere woorden: ze moeten goed contact met hun kind onderhouden. - Tussen ouders en kind moet voldoende contact zijn. - Ouders moeten in staat zijn tot voldoende zelfwerkzaamheid. - Er moet sprake zijn van voldoende motivatie. - Er moet geen sprake zijn van te sterk interfererende eigen problemen van de ouders."

INDIVIDUELE MEDIATIETHERAPIE

Wanneer gekeken wordt naar de voordelen van individuele mediatietherapie ten opzichte van de oudercursus, noemt Verheij dat het contact tussen de ouders en de therapeut intensiever en uitgebreider is. Tevens wordt genoemd dat de therapeut flexibeler kan zijn ten aanzien van de individuele behoeften van de ouder(s) en de therapeut in staat moet zijn tot het geven van instructies op maat. De vertrouwensrelatie tussen de ouders en de therapeut kan zich hierdoor specifiek verdiepen (Verheij, e.a., 2005).

OUDERCURSUS

Rose (1969), Cladder (1979), Bosch en Ringrose (1997) geven aan dat de mediatietherapie in groepen zich ontwikkelde, zodat men efficiënter kon werken en er niet veel extra professionele tijdsinvestering tegenover staat (in Verheij e.a., 2005). Naast het aangaan van een leerproces kon de therapeut tevens met de ouders als groep communiceren en een werkrelatie opbouwen. Het voordeel van de oudercursus ten opzichte van de individuele mediatietherapie is dat groepssaamhorigheid steunegend kan zijn voor ouders. Deze groepssaamhorigheid kan ertoe bijdragen dat groepsdoelen worden bereikt. De leden van de groep kunnen elkaar emotionele en sociale steun bieden, wat ook wel het 'sharing-effect' wordt genoemd. Een ander voordeel van de oudercursus is het plaatsvervangend leren, ook wel 'vicarious learning' genoemd (Verheij, e.a., 2005). Plaatsvervangend leren is een vorm van modeling en kan omschreven worden als het leren via het observeren van anderen die leren. Verschillende auteurs zien modeling als kracht van de oudercursus. Het laatste voordeel is volgens Bosch (1993) en Bosch en Ringrose (1997) dat positieve bekrachtiging op gedragsverandering uitgaat van zowel de therapeut als de groepsleden (in Verheij e.a., 2005).

6.6 Systeemtherapie

Ontstaan en ontwikkeling(en)

In de huidige wet op de jeugdhulpverlening wordt met het begrip 'cliënt' niet enkel meer het kind bedoeld. Ook de ouders/ opvoeders en broers en zussen vallen binnen de omschrijving van dit begrip. Dit wil zeggen dat het gezin centraler is komen te staan, wat grote gevolgen heeft voor de jeugdhulpverlening. Het kind moet in de bredere sociale context begrepen worden en theorieën vanuit de orthopedagogiek en ontwikkelingspsychologie schieten op dit gebied tekort. De systeemtheorie kan deze rol echter wel vervullen, omdat deze theorie de invloed van de omgeving op het gedrag van iemand onderzoekt (Pont, 2007).

De opvatting die hieruit voortkomt, is dat het kind in zijn/ haar sociale context bekeken, maar ook behandeld moet worden. Het hele gezin moet bij de behandeling worden betrokken, waarbij de therapeut zich voornamelijk richt op de gezinsverhoudingen. Het theoretische kader dat hiermee overeenstemt, heeft men gevonden in de algemene systeemtheorie. De basis voor de theorie, ook wel 'general systems theory' genoemd, is al voor de Tweede Wereldoorlog gelegd door Ludwig von Bertalanffy. Deze theorie is ontstaan, omdat men kritiek had op het zogeheten reductionisme. Vanuit de wetenschappelijke benadering splitste men een complex verschijnsel op in kleine onderdelen en men stelde vervolgens oorzaak en gevolg vast. De systeemtheoretici vonden deze benadering tekortschieten, omdat zij stellen dat er geen eenduidige relatie is vast te stellen tussen oorzaak en gevolg, omdat de werkelijkheid te gecompliceerd is. Zij menen dat de werkelijkheid gezien zou moeten worden als een systeem. Dat wil zeggen dat de werkelijkheid een geheel is van elementen die onderlinge samenhang vertonen en waarbij de nadruk ligt op het netwerk van relaties tussen deze elementen. Wanneer er een wijziging plaatsvindt in één van de onderdelen van het systeem, heeft dit gevolgen voor alle onderdelen (Vandereyken & van Deth, 2009).

Bovenstaande theorie kan gebruikt worden om het functioneren van mensen te bekijken. Wanneer het gezin als uitgangspunt genomen wordt, is het volgens de systeemtheoretici een feit dat de gezinsleden elkaar beïnvloeden. De gedachten, gevoelens en gedragingen die ontstaan, ontstaan zowel in wisselwerking met de andere gezinsleden, alsmede in wisselwerking met de sociale omgeving. Dit betekent dat er ook binnen een gezin geen

	eenduidige oorzaak- gevolgrelatie vastgesteld kan worden, maar dat men moet kijken naar het grotere geheel. Het geheel is namelijk meer dan de som der delen (Vandereyken & van Deth, 2009). Systeemtherapie als behandelvorm werd rond de jaren zeventig van de vorige eeuw populair. De opvatting dat de omgeving een rol speelt bij het ontstaan en in stand blijven van bijvoorbeeld psychiatrische problematiek, is algemeen aanvaard. De gerichtheid van de systeemtherapie had in de jaren negentig van de vorige eeuw meer de nadruk dan de specifieke theorieën of technieken. Momenteel gebruiken therapeuten veelal ideeën uit de narratieve en oplossingsgerichte therapie (Vandereyken & van Deth, 2009).
Beschrijving	De algemene systeemtheorie, genoemd door Bertalanffy (1986, in de Haes, van Wezel Gualthérie & Sanderman, 2009), kan gezien worden als de overkoepelende theorie van de systeemtherapie. De uitgangspunten van deze theorie zijn uitgewerkt door Vandereyken & van Deth (2009). Zij noemen de volgende uitgangspunten: - Een systeem kan gezien worden als een georganiseerd geheel. Het systeem bestaat uit allemaal losse onderdelen die met elkaar in wisselwerking staan. - Wanneer men kijkt naar het functioneren van het systeem, moet men niet kijken naar de losse onderdelen. Het geheel is namelijk meer dan de som der delen. - Er moeten acties ondernomen worden om het evenwicht (homeostase) te herstellen, wanneer blijkt dat er wijzigingen plaatsvinden die het evenwicht uit balans brengen. - Er moet gekeken worden naar de wisselwerking (visie van circulaire causaliteit) en niet enkel naar oorzaak- gevolgrelaties. Vanuit de algemene systeemtheorie zijn er nieuwe systeemtheoretische benaderingen ontstaan, welke in zich in drie hoofdstromingen onderscheiden. Vandereyken en Deth (2009) noemen deze drie hoofdstromingen: - De structurele benadering richt zich op gezinsstructuren. Wanneer er een teveel of een tekort aan betrokkenheid is, kan dit zorgen voor problemen bij de kinderen. Tevens zou psychische problematiek 'nuttig' zijn voor het evenwicht van het gezin en voor het functioneren van één of meer gezinsleden. Ook het begrip 'coalitie' speelt een belangrijke rol in deze benadering. Wanneer er sprake is van een coalitie moet deze ontward worden. - De communicatietheoretische benadering richt zich op communicatiepatronen binnen het gezin. Hierbij wordt de wijze van communiceren onderzocht. De psychische stoornissen probeerde men te verklaren vanuit communicatiepatronen en communicatieprocessen in een gezin. - De intergenerationele of contextuele benadering gaat er vanuit dat het te oppervlakkig is om enkel te kijken naar het functioneren van het gezin in het hier en nu. Er moet gekeken worden naar de verhoudingen tussen drie generaties (intergenerationeel). Vooral het begrip 'loyaliteit' krijgt in deze benadering de aandacht. Het probleem van het kind moet begrepen worden door zowel te kijken naar de loyaliteiten van het kind ten opzichte van de ouders, maar ook van de ouders ten opzichte van hun ouders. Als het gezin als uitgangspunt wordt genomen, kijkt de therapeut vooral naar de onderlinge dynamiek en interactie binnen het gezin. De problemen moeten niet in de gezinsleden, maar tussen de gezinsleden wordt gezocht (de Haes, van Wezel Gualthérie & Sanderman, 2009). Ook kan er een verband gelegd worden tussen individuele problematiek en de onderlinge relaties binnen een gezin. Het is mogelijk dat de gedragsproblemen de oorzaak zijn van verstoorde relaties en het is mogelijk dat verstoorde relaties gedragsproblemen veroorzaken (Pont, 2007). Wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek bij één van de gezinsleden is het mogelijk dat de factoren die de problematiek versterken of in stand houden, onderdrukt worden. Het is van belang om deze factoren te ontdekken en op deze manier het gezin, met haar (on)mogelijkheden, te begrijpen in de context van de familiegeschiedenis en in de context van het hier en nu. Samen met de hulpverlener kan het gezin proberen een gezamenlijke visie ten aanzien van de problematiek te formuleren (Verheij, 2005). Bij de systeemtherapie wordt gebruikgemaakt van gedragstherapeutische

	principes om gedragspatronen te veranderen. Tevens wordt er gebruik gemaakt van systemische en cognitieve aspecten (Berg, van den Berg & Noom, 2004). Systeemtherapie kan tevens ingezet worden wanneer er sprake is van relatieproblematiek. Er kunnen moeilijkheden zijn op interactioneel gebied, bijvoorbeeld op communicatief, seksueel en/ of emotioneel vlak. Deze moeilijkheden tussen partners kunnen zich tevens uiten in individuele klachten. Het doel van systeemtherapie is dan het verbeteren van de relatie. De hulpverlener kan met het gezin de onderdelen van binding, balans en orde beïnvloeden door de interventies te richten op betrekkingaspecten en communicatieaspecten (Pont, 2007). Het is belangrijk dat de hulpverlener de interventies dusdanig inzet dat de gezinsleden zelf de onderlinge problemen leren oplossen (Vandereyken & van Deth, 2009). De sterke kanten van het gezin, bepalen volgens Nicols en Schwartz (2006, in de Haes, van Wezel Gualthérie & Sanderman, 2009) hoe succesvol de therapie is. De kracht van de systeemtherapie ligt in het combineren van technieken uit verschillende benaderingen. De eerder genoemde drie hoofdstromingen worden eclectisch toegepast. Wanneer welke hoofdstroming wordt toegepast, is onder andere afhankelijk van de aard van de problematiek (Vandereyken & van Deth, 2009). Uit onderzoek blijkt dat de therapie effectief kan zijn wanneer het gaat om jongeren met gedragsstoornissen (Berg, van den Berg & Noom, 2004). Van den Boogaart en van Muijen (2001, in Berg, van den Berg & Noom, 2004) geven aan dat de effectiviteit vergroot kan worden als de systeemtherapie gecombineerd wordt met andere technieken die ingezet worden binnen de hulpverlening.
Doelgroep	- Partners met relatieproblematiek (Vandereyken & van Deth, 2009). - Alle betrokken leden van het systeem (Vandereyken & van Deth, 2009).
Doelstelling	- Het veranderen van oplossingsvaardigheden, communicatiepatronen en interacties, zodat deze functioneler toegepast kunnen worden (Berg, van den Berg & Noom, 2004). - Het veranderen van gedragspatronen binnen het gezin (Berg, van den Berg & Noom, 2004). - De interactiepatronen in het hier en nu veranderen, zodat de klachten of problemen minder worden of verdwijnen (Vandereyken & van Deth, 2009). - Het creëren van een optimale thuissituatie die de problematiek kan verminderen en/ of verergering van de problematiek kan voorkomen (Vandereyken & van Deth, 2009) - De personen binnen het systeem gaan zich anders gedragen ten opzichte van elkaar of gaan anders tegen de onderlinge relaties aankijken (Vandereyken & Van Deth, 2009). - Bij relatietherapie is het doel het verbeteren van de relatie (Vandereyken & van Deth, 2009).
Indicatiecriteria	<i>Met betrekking tot de systeemtherapie worden enkel indicaties weergegeven.</i> - Wanneer er sprake is van problematiek op het interactionele vlak (Verheij e.a., 2005). - Als er sprake is van gezins- of relatieproblematiek (Vandereyken & van Deth, 2009). - Wanneer er sprake is van moeilijkheden tussen gezinsleden van verschillende generaties (Vandereyken & van Deth, 2009). - Wanneer er sprake is van problemen en/ of stoornissen bij kinderen, zoals angsten, depressies, gedragsproblemen en drugsmisbruik (Vandereyken & van Deth, 2009)

6.7 Video Home Training (VHT)

Ontstaan en ontwikkeling(en)	Voor het ontstaan van VHT als hulpverleningsmethode moeten we volgens Dekker (1991), Dekker en Biemans (1994) en Wels (1995) terug naar het behandelingshuis de Widdonck. Dit bestond uit een residentiële afdeling en dagbehandeling voor emotioneel gestoorde kinderen (in Kemper & Janssens, 1997). Men wilde een hulpverleningsvorm aanbieden, waarbij meer contact zou zijn met de ouders. Vanuit deze visie is men gaan experimenteren met gezinsbegeleiding en gezinsparticipatie, in combinatie met dagbehandeling van het kind.
-------------------------------------	---

	Vanuit het werk van Trevharten (1982, in Kemper & Janssens, 1997) kwam er aandacht voor de interactie tussen ouder en kind. Trevharten bekeek de interactie tot in het kleinste detail, zodat hij kon zien men elkaar wederzijds beïnvloedde. Hiervoor is het gebruik van een videocamera van essentieel belang. Door middel van video kon de hulpverlener laten zien wat goede communicatie inhield (Kemper & Janssens, 1997). De Widdonck startte met het observeren van de interactie tussen ouder en kind en ze onderzochten hoe deze interactie en communicatie zich vanaf de geboorte van het kind ontwikkelt. Daarnaast begonnen ze met het maken van video- opnames in gezinnen. Het terugkijken en het bespreken van de video's met ouders bleek effect te hebben. De hulpverlener hanteerde de principes van de basiscommunicatie en had hiermee een modelfunctie ten opzichte van de ouders. VHT werd gesteund door de overheid, omdat het aansloot bij de inhoudelijke beleidslijn van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) in de jaren tachtig van de vorige eeuw. De beleidslijn van het ministerie was dat hulp zo kort, licht en vroeg mogelijk moest en tevens zo dicht mogelijk bij huis (Kemper & Janssens, 1997). Later werden er ook video- opnames gemaakt in gezinnen waarvan de kinderen op de wachtlijst stonden bij de Widdonck. Ook dit bleek effect te hebben en zo werd in 1985 Stichting Orion opgericht. Dekker en Biemans (1994) en Wels (1995) geven aan dat deze stichting zich bezighield met het uitvoeren en ontwikkelen van VHT als methodiek (in Kemper & Janssens, 1997)
Beschrijving	Dekker en Biemans (1994) geven in hun definiëring van VHT aan dat VHT methodisch gezien een vorm van thuisbehandeling is waarin een gezinsactiverende visie centraal staat. De methodiek richt zich voornamelijk op de basiscommunicatie en aan de hand van de basiscommunicatie worden de video- beelden bekeken en wordt de interactie- analyse uitgevoerd. Deze aspecten vormen dan ook de basis voor het handelen van de hulpverlener. De kern van VHT is om bij het terugkijken van de video de momenten stil te zetten waarop het kind initiatief neemt om contact te maken met de ouder of de momenten waarop het kind initiatief neemt om zich te ontwikkelen (Dekker & Biemans, 1994). VHT is een vorm van intensieve thuisbehandeling die zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld tot een zelfstandige hulpverleningsmethodiek. De methodiek is volgens Dekker en Biemans (1994) gebaseerd op de volgende visie (Dekker & Biemans, 1994; Kemper & Janssens, 1997): - Bij VHT wordt gekeken naar de mogelijkheden in plaats van naar de problemen. - Het hele gezin wordt bij de behandeling betrokken, dus niet alleen het aangemelde kind. - Het uitgangspunt is niet de diagnose, maar van de hulpvraag/ hulpvragen van het gezin. - Het uitgangspunt richt zich op opvoedingsondersteuning en communicatie is hierbij tevens een aandachtspunt. Deze visie op VHT is ontstaan, omdat men het idee had dat de uithuisplaatsing van een kind niet het gewenste resultaat opleverde. Het kwam meerdere malen voor dat het kind na verloop van tijd weer uit huis geplaatst moest worden (Kemper & Janssens, 1997). Vanuit de visie van VHT zijn enkele uitgangspunten vormgegeven (Dekker & Biemans, 1994; Kemper & Janssens, 1997), welke hieronder zullen worden weergegeven. Bij deze uitgangspunten is video van essentieel belang, want middels video kan de hulpverlener het gedrag van ouders en kind analyseren. Door middel van het bespreken van de video met ouders kan het gedrag van ouders en kind zichtbaar gemaakt worden (Kemper & Janssens, 1997). - Er is sprake van een fundamentele betrokkenheid tussen ouders en kind. - Ouders hebben behoefte aan contact en aandacht met het kind en ouders genieten wanneer dit contact met het kind goed is. - Er wordt gewerkt met het hele gezin. - Wanneer er sprake is van een positieve sfeer, heeft dit invloed op het handelen van kinderen. - Initiatief en ontvangst is het uitgangspunt van de hulpverlening. - De ontwikkeling van kinderen wordt gesteund door het ontvangen van initiatieven.

	Naast deze uitgangspunten zijn er ook een aantal aandachtsvelden waar VHT zich op richt (Kemper & Janssens, 1997), namelijk: - Basiscommunicatie. De basiscommunicatie richt zich op het verbeteren van zowel de interactie tussen de gezinsleden, alsmede de interactie met anderen buiten het gezin. “De basiscommunicatie bestaat uit een aantal elementen van positieve interacties” (Kemper & Janssens, 1997, p. 14). Wanneer de hulpverlener de video analyseert, scoort hij deze elementen op aanwezigheid. Hiervoor is een schema opgesteld welke toegevoegd is als bijlage, namelijk bijlage 1: ‘Registratieformulier VHT’. Het schema is opgedeeld in een aantal clusters, welke aansluiten bij de ontwikkelingsfasen van het kind. Bij het bespreken van de video met de ouders laat de hulpverlener de positieve interacties zien, zodat ouders kunnen zien hoe de positieve interactie is vormgegeven. Deze positieve interacties vormen de basis voor verbetering van de communicatie. Het bespreken van interactie- analyse heeft als doel dat ouders zelf de positieve communicatie in het gezin vorm kunnen geven (Kemper & Janssens, 1997). - Het dagelijks gezinsleven. - De ontwikkeling van kinderen. - De ontwikkeling van ouders. - Maatschappelijk functioneren. De behandeling wordt beëindigd wanneer ouders zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen voor het functioneren van hun gezin (Kemper & Janssens, 1997).
Doelgroep	- Gezinnen met kinderen in de leeftijd tot twaalf jaar, waarbij sprake is van opvoedingsproblematiek die veroorzaakt wordt door disfunctionele communicatieprocessen (Kemper & Janssens, 1997).
Doelstelling	- Een goed contact tussen de ouder en het kind en het bevorderen van contactherstel (Dekker & Biemans, 1994; Kemper & Janssens, 1997). - Het bevorderen van de kwaliteit van de interactie tussen de ouder en het kind (Dekker & Biemans, 1994; Kemper & Janssens, 1997). - Het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van ouders (Dekker & Biemans, 1994; Kemper & Janssens, 1997). - Het voorkomen van sociaal- emotionele ontwikkelingsproblemen bij kinderen (Dekker & Biemans, 1994). - Aantonen dat het kind (al op jonge leeftijd) allerlei initiatieven neemt richting ouders (Kemper & Janssens, 1997).
Indicatiecriteria	Indicaties - Als er sprake is van problematiek die te maken heeft met communicatie (Kemper & Janssens, 1997). - Als er sprake is van opvoedingsproblematiek (Kemper & Janssens, 1997). - Omdat VHT in de thuissituatie plaatsvindt, moet er sprake zijn van huisvesting (Kemper & Janssens, 1997). - Er moeten kinderen of jongeren in het gezin aanwezig zijn en het gezin moet door de gezinsleden als compleet ervaren worden (Kemper & Janssens, 1997). Contra- indicaties - Er mag geen sprake zijn van andere hulpverleningsvormen in het gezin, omdat deze vaak niet dezelfde uitgangspunten hanteren (Kemper & Janssens, 1997). - Als het uit huis geplaatste kind niet op korte termijn terugkeert (Kemper & Janssens, 1997).

7. Verwijzen

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het thema ‘verwijzen’ centraal. De gegevens die in dit hoofdstuk worden weergegeven zijn gebaseerd op gegevens die verkregen zijn tijdens het interview met de hoofdbehandelaars en de gegevens van het dossieronderzoek. In de eerste paragraaf zal worden beschreven hoe de hoofdbehandelaars komen tot een keuze voor een verwijzing. Vervolgens wordt dit in de volgende paragraaf gespecificeerd naar de verwijzing naar zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp. In de laatste paragraaf worden vanuit het dossieronderzoek enkele kernbegrippen weergegeven die gebaseerd zijn op de (sub)doelen waarmee is verwezen naar de betreffende zorgactiviteit.

7.2 Keuze voor een verwijzing

Het interview is afgenomen met acht hoofdbehandelaars en tijdens het interview is de vraag gesteld hoe zij komen tot een keuze voor een verwijzing en welke gedachten en/ of overwegingen daarbij een rol spelen. In deze paragraaf worden deze antwoorden (waar mogelijk) samengevoegd. De volledige uitwerking van de interviews kunt u lezen in bijlage 6: ‘Uitwerking van de interviews’. Het is hierbij goed om te melden dat het een verwijzing in algemene zin betreft, dus niet specifiek een verwijzing naar een zorgactiviteit van ouder- en gezinshulp. De beschrijving van de keuze voor een verwijzing is onderverdeeld in verschillende subparagrafen, namelijk de kennismakingsfase, de diagnostiekfase en het adviesgesprek. Vanuit de interviews is gebleken dat de antwoorden zich voornamelijk op deze deelgebieden richten.

7.2.1 Kennismakingsfase

Eén van de hoofdbehandelaars geeft aan dat hij in de kennismaking kijkt met welke reden de cliënten komen en waar ze aan willen werken. Gedurende de eerste kennismakingsgesprekken kijkt hij naar de patronen die in stand gehouden worden in het gezin. Hierbij kijkt hij tevens naar de betekenis van het gedrag in het gezin. Op basis hiervan vormt hij hypothesen. Deze hypothesen toetst hij en hij gaat op basis hiervan in gesprek met de ouders en het kind/ de jongere. Een andere hoofdbehandelaar geeft aan dat ze in de kennismakingsfase allereerst kijkt naar het biologische stuk, namelijk dat wat het kind heeft meegekregen bij zijn geboorte. Vervolgens kijkt ze naar wat het kind in zijn/ haar leven voor ervaringen heeft opgedaan en hoe dit is verlopen. Dan wordt gekeken naar de positie is van het kind in het gezin, voornamelijk ten opzichte van zijn primaire opvoeders. Dit wordt gevolgd door het kind vervolgens in de grotere context te bekijken. Hierbij kan men denken aan school en de omgeving waar het kind opgroeit. Aan de hand van deze punten kijkt deze hoofdbehandelaar waar de problemen liggen en kiest ze een aangrijpingspunt.

7.2.2 Diagnostiekfase

In de diagnostiekfase kijken de meeste hoofdbehandelaars naar elk kind afzonderlijk. De vragen die hierbij gesteld worden zijn wat het kind nodig heeft, wat er aan de hand is, wat de sterke en zwakke kanten zijn, waar het vastloopt en hoe het kind verder geholpen kan worden. Hier komt vaak hulp voor het gezin bij. Deze hulp is afhankelijk van hoe het systeem in elkaar zit, hoe de ouders functioneren ten opzichte van het kind en of ze snappen wat er met hun kind aan de hand is.

7.2.3 Adviesgesprek

Tijdens het adviesgesprek is er een keuze voor een zorgactiviteit gemaakt. De hoofdbehandelaars geven aan dat ze bij de keuze voor een zorgactiviteit rekening houden met de diagnose, de problematiek, de leeftijd, het functioneren van kind/ ouders/ systeem, de kennis van ouders, de hulpvraag van het kind en/ of de ouders en de motivatie van de betrokken partijen. De vragen die de hoofdbehandelaars zichzelf hierbij stellen zijn op wie de zorg gericht moet zijn en wat de betrokken personen willen leren. Deze factoren spelen een rol in het komen tot een keuze voor een zorgactiviteit. Op basis hiervan wordt gekeken naar wat Accare Emmen te bieden heeft en of datgene wat benodigd is bij het kind/ de ouders/ het systeem wordt geboden in de betreffende zorgactiviteit. Kort gezegd wordt in dit proces de hulpvraag en het hulpaanbod op elkaar afgestemd. Tevens wordt er bij de keuze voor een zorgactiviteit gekeken of er plaats is voor de cliënt of dat er wachtlijsten zijn. Sommige hoofdbehandelaars geven aan dat ook de betrokken hulpverlener een rol kan spelen bij een keuze voor een zorgactiviteit. Zij proberen te kijken welke hulpverlener iets kan betekenen in het gezin. Daarnaast geven de meeste hoofdbehandelaars aan dat ze de keuze voor een zorgactiviteit maken in overleg met het gezin. Eén hoofdbehandelaar noemt dat hij hiervoor kiest, omdat hij de keuze voor een zorgactiviteit ziet als een wisselwerking tussen zijn eigen denken en de behoefte van mensen. Zo probeert hij om te kijken of dat wat mensen willen, ook is wat hij denkt dat er aan de hand is.

7.3 Resultaten interviews: verwijzing naar ouder- en gezinshulp

Hierboven wordt beschreven hoe de hoofdbehandelaars komen tot de keuze voor een verwijzing. Maar welke invulling geven hoofdbehandelaars hieraan als het gaat om een verwijzing naar een zorgactiviteit van ouder- en gezinshulp? Welke indicaties en contra- indicaties zien zij bij deze verschillende zorgactiviteiten? In het interview met de hoofdbehandelaars is deze vraag aan de orde gekomen en dat is ook de reden dat deze vraag centraal staat in deze paragraaf. In de eerste subparagraaf zullen de indicaties besproken worden, gevolgd door de contra- indicaties in de volgende subparagraaf. De resultaten worden weergegeven in de tabel, waarbij in de linkerkolom de zorgactiviteit wordt weergegeven en in de rechterkolom de (contra-)indicaties. Bij de beschrijving van de (contra-)indicaties wordt een 'rangorde' gehanteerd. Dit wil zeggen dat het antwoord dat het meest vaak is gegeven bovenaan komt te staan en het antwoord dat het minst vaak is gegeven staat onderaan. Er is gekozen voor deze volgorde, omdat over de antwoorden die het meest vaak zijn gegeven, wellicht een grotere consensus bestaat. Boven de genoemde (contra-)indicaties wordt weergegeven hoe vaak het antwoord gegeven is. De volledige uitwerking van de interviews kunt u lezen in bijlage 6: 'Uitwerking van de interviews'.

7.3.1 Indicaties

Zoals tevens in de inleiding is genoemd kan het begrip 'indicatie' worden gelezen als een aandoening, ziekte of klacht waarbij een bepaalde behandeling (therapie) kan worden toegepast⁹.

Zorgactiviteit	Indicaties
IPG (Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling)	<i>Antwoorden die driemaal zijn gegeven:</i> - Wanneer mensen thuishulp nodig hebben. <i>Antwoorden die tweemaal zijn gegeven:</i> - Wanneer je wilt observeren in de thuissituatie. - Wanneer je twijfels hebt over hoe het systeem met elkaar omgaat/ wat er speelt binnen het systeem. - Wanneer er sprake is van concrete vragen. - Wanneer er sprake is van complexe (opvoedings)vragen. <i>Antwoorden die eenmaal zijn gegeven:</i> - Wanneer je met ouders een plan moet maken over hoe om te gaan met de problemen binnen een gezinssituatie. - Wanneer je met het kind een concreet stappenplan moet maken, bijvoorbeeld wat het kind doet als bepaalde situaties zich voordoen. - Meer zicht krijgen op en inzicht geven in de interactie op moeilijke momenten binnen het gezin. - Wanneer je twijfels hebt over hoe ouders omgaan met het kind. - Als de problemen liggen op het vlak van de communicatie. - Wanneer de vraag breder is dan opvoeding en communicatie. - Wanneer er sprake is van een combinatie tussen psychiatrie en opvoedingsvragen. - Wanneer ouders ondersteuning nodig hebben en niet voldoende hebben aan een PEP-avond. - Wanneer ouders concrete en gerichte hulp nodig hebben, waarbij wel sprake is van psychiatrische problematiek. - Wanneer er teveel belemmeringen zijn om tot hulp te komen (IPG- behandelaars kunnen een ingang zoeken bij het gezin). - Wanneer er problemen zijn waarin ouders duidelijk aangeven zich onmachtig/ machteloos te voelen; situaties waarin ouders niet weten hoe ze om moeten gaan met het gedrag. -
Mediatietherapie	<i>Antwoorden die viermaal zijn gegeven:</i> - Als ouders vastlopen in de opvoeding; met daarbij eenmaal als aanvulling: en zelf heel gemotiveerd zijn om ermee aan de slag te gaan. <i>Antwoorden die tweemaal zijn gegeven:</i> - Wanneer ouders ingezet kunnen worden om gedragsverandering bij hun kind te bewerkstelligen.

⁹ Encyclo. Opzoeken indicatie. Geraadpleegd op 7 december 2011 van encyclo.nl via de URL: <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=indicatie>

	<i>Antwoorden die eenmaal zijn gegeven:</i> - Wanneer je de verschillende rollen van ouders wilt bekijken en daarvan bewust wilt worden. - Als ouders behoefte hebben aan individuele begeleiding. - Als ouders specifieke vragen hebben over hun kind. - Als je belemmerende cognities bij de ouder(s) moet bewerken, (bv. cognities die belemmeren een goede opvoeder te zijn). - Als de systeemtherapie, IPG en VHT te zwaar zijn. - Wanneer het gaat om kinderen in de basisschoolleeftijd. - Wanneer de vraag zich richt op communicatie. - Als ouders in staat zijn overstijgend te denken, met de hulpverlener analyses kunnen maken en daar iets mee kunnen. - Psycho- educatie: uitleg geven over diagnose van het kind. - Wanneer ouders redelijk gestructureerd zijn en concrete opvoedingsvragen hebben.
Oudercursus	<i>Antwoorden die zesmaal zijn gegeven:</i> - Als het voor ouders goed is om er met andere ouders over te praten: lotgenotencontact. <i>Antwoorden die viermaal zijn gegeven:</i> - Wanneer ouders vastlopen in de opvoeding en behoefte hebben aan opvoedingsondersteuning. <i>Antwoorden die eenmaal zijn gegeven:</i> - Wanneer ouders behoefte hebben aan psycho- educatie. - Wanneer je ouders het gevoel wilt geven dat ze niet de enige zijn die hiermee rondlopen. - Wanneer het gaat om kinderen in de basisschoolleeftijd. - Als de vraag gericht is op gedragsverandering en/ of communicatie. - Met het doel 'kruisbestuiving' van ouders: dat ze van elkaar horen hoe ze het doen. Zo kunnen ze van elkaar leren. - Als ouders in staat zijn overstijgend te denken; met de hulpverlener analyses kunnen maken en daar iets mee kunnen.
PEP (Psycho- educatie)	Er is er één antwoord dat alle hoofdbehandelaars hebben gegeven, namelijk: - Wanneer ouders behoefte hebben aan psycho- educatie De andere antwoorden die gegeven zijn, luiden als volgt: - Als ouders het zien zitten om informatie te krijgen in een groep. - Wanneer ouders er behoefte aan hebben de informatie in een groep te krijgen. - Als middel om ouders uit te leggen wat Accare Emmen te bieden heeft, zodat ouders kunnen kijken wat bij hen en bij het kind past.
Systeemtherapie	<i>Antwoorden die driemaal zijn gegeven:</i> - Wanneer er (interactie)patronen doorbroken moeten worden. <i>Antwoorden die tweemaal zijn gegeven:</i> - Als er sprake is van relatieproblematiek. <i>Antwoorden die eenmaal zijn gegeven:</i> - Als je het idee hebt dat het systeem niet goed functioneert, waardoor het kind ook gaat disfunctioneren. - Als je denkt dat je door procesmatig met mensen aan de gang te gaan, kunt komen tot verandering in hun leven en dat ze het zelf kunnen doen. - Wanneer je merkt dat het gedrag van het kind in stand gehouden wordt door het systeem. - Als er sprake is van een complexe situatie. - Als er sprake is van gezinsproblematiek. - Wanneer er sprake is van communicatieproblematiek in de onderliggende dynamiek. - Wanneer er disfunctionele gezinspatronen zijn, waarbij niet het individuele probleemgedrag van het kind centraal staat. Het systeem heeft gezamenlijk een probleem. - Wanneer de patronen die in het gezin zijn gegroeid verstorend zijn voor de ontwikkeling van het kind.
VHT (Video Home Training)	<i>Antwoorden die driemaal zijn gegeven:</i> - Als ouders tegen problematisch gedrag van het kind aanlopen en/ of niet begrijpen waarom het kind reageert zoals het reageert (met behulp van VHT kun je inzicht geven). - Als het gericht is op de communicatie met de vraag waar het fout gaat.

	Antwoorden die tweemaal zijn gegeven: - Wanneer er sprake is van hechtingsproblematiek. Dan kan VHT gebruikt worden om bezig te gaan met de communicatie tussen ouders en de interactie. - Bij jonge kinderen (tot een jaar of zes/ zeven). - Wanneer ouders en kind in een negatief/ disfunctioneel interactiepatroon terecht zijn gekomen. Antwoorden die eenmaal zijn gegeven: - Als het niet duidelijk is hoe ouders thuis functioneren. - Als in de omgang van ouders met het kind nog veel te verbeteren valt. - Bij ouders die weten waar het over gaat (bijvoorbeeld door psycho- educatie), maar het gevoel hebben er geen grip op te kunnen krijgen. - Psycho- educatie: uitleg geven over de diagnose van het kind. - Wanneer zicht verkregen moet worden op de wijze van interactie. - Bij moeilijk zelfinzicht. - Als de vraag gericht van ouders gericht is op opvoedingshulp en/ of gedragsverandering. - Als ouders moeite hebben de transfer te maken van de polikliniek naar thuis.
--	--

7.3.2 Contra- indicaties

Zoals tevens in de inleiding is genoemd kan het begrip ‘contra- indicatie’ worden gelezen als een aandoening, ziekte of klacht waarbij een bepaalde therapeutische behandeling (therapie) niet mag worden toegepast¹⁰.

Zorgactiviteit	Contra- indicaties
IPG (Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling)	Antwoorden die tweemaal zijn gegeven: - Als er geen duidelijke vraag is vanuit het gezin. - Wanneer ouders niemand over de vloer willen. - Als het niet nodig is. - Wanneer ouders onvoldoende/ niet gemotiveerd zijn. - Wanneer er sprake is van ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt en wanneer dit de concrete gedragsverandering in de weg staat, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. Antwoorden die eenmaal zijn gegeven: - Wanneer het probleem niet zwaar genoeg is om IPG in te zetten. - Wanneer het niveau van de ouders te laag is en ze niet kunnen reflecteren op wat ze doen. - Wanneer er in het systeem psychotische kinderen zijn. - Wanneer de situatie onveilig is. De situatie moet te handhaven zijn en de kinderen moeten niet te onveilig zijn. Er moet een zekere veilige basis zijn. - Als er geen behandeldoel gesteld is of je kunt nergens aan werken. - Als de vraag gericht is op gedrag en psycho- educatie en het kan ook poliklinisch plaatsvinden (dan moet er een andere zorgactiviteit gekozen worden). - Wanneer er behoefte is aan een heel laag frequent contact.
Mediatietherapie	Antwoorden die viermaal zijn gegeven: - Wanneer het niveau van de ouders te laag is (laag IQ). Ze moeten een transfer naar de thuissituatie kunnen maken. Antwoorden die driemaal zijn gegeven: - Co- morbiditeit: wanneer er sprake is van ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt en wanneer dit de concrete gedragsverandering in de weg staat, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. Antwoorden die tweemaal zijn gegeven: - Als mensen (financieel gezien) niet in staat zijn om naar de polikliniek te komen. - Als het gaat om complexere (opvoedings)problematiek. - Wanneer ouders onvoldoende/ niet gemotiveerd zijn.

¹⁰ Encyclo. Opzoeken indicatie. Geraadpleegd op 7 december 2011 van encyclo.nl via de URL <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=contra+indicatie>

	Antwoorden die eenmaal zijn gegeven: - Als ouders niet bereid zijn naar zichzelf te kijken. - Als er geen behandeldoel is gesteld of je kunt nergens aan werken. - Als er sprake is van teveel onderliggende problematiek, wat je eerst met systeemtherapie moet aanpakken. - Als het niet nodig is. - Als ouders aangemeld zijn bij de oudercursus en ze voelen zich daar prettig in.
Oudercursus	Antwoorden die viermaal zijn gegeven: - Wanneer het niveau van de ouders te laag is. De oudercursus is gedragsanalytisch; ouders moeten dus mee kunnen doen met de groep en de transfer naar de thuissituatie kunnen maken. Antwoorden die tweemaal zijn gegeven: - Wanneer ouders onvoldoende/ niet gemotiveerd zijn. - Wanneer ouders niet in een groep hulp willen krijgen; ze willen niet delen/ uitwisselen. - Wanneer er sprake is van ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt en wanneer dit de concrete gedragsverandering in de weg staat, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. Antwoorden die eenmaal zijn gegeven: - Als je ouders al mediatietherapie geeft is de oudercursus op dat moment een contra-indicatie. - Wanneer er geen bereidheid is om te leren van een ander. - Als ouders teveel eigen problematiek hebben, waardoor ze niet van een afstand naar de situatie kunnen kijken. - Als er geen behandeldoel is gesteld of je kunt nergens aan werken. - Als er sprake is van teveel onderliggende problematiek, wat je eerst met systeemtherapie moet aanpakken. - Wanneer het gaat om complexere opvoedingsproblematiek. <i>Eén persoon geeft aan dat je de oudercursus gewoon moet indiceren. Als kanttekening wordt hierbij geplaatst dat ouders wel moeten kunnen profiteren. Een laag niveau van de ouders wordt niet als contra- indicatie gezien, omdat de behandelaar de situaties klein kan maken, waardoor het aansluit bij het niveau van de ouders.</i>
PEP (Psycho- educatie)	Antwoorden die tweemaal zijn gegeven: - Wanneer het niveau van de ouders te laag is en ze niet kunnen reflecteren op wat ze doen. - Als de diagnoses ASS, ADHD of PDD- NOS niet gesteld zijn. Antwoorden die eenmaal zijn gegeven: - Wanneer ouders niet gemotiveerd zijn. - Wanneer ouders het gevoel hebben dat ze gestuurd worden. - Als ouders niet in de groep willen. - Als ouders al goed op de hoogte zijn. - Wanneer er sprake is van meerdere diagnoses. <i>Twee personen geven aan dat er geen contra- indicaties zijn. Eén persoon noemt daarbij dat het lastig is om ouders in een PEP- groep te hebben, wanneer deze teveel met hun eigen problemen kampen.</i>
Systeemtherapie	Antwoorden die tweemaal zijn gegeven: - Wanneer er sprake is van een te laag niveau van de ouders. - Als er geen systeemproblemen zijn. Antwoorden die eenmaal zijn gegeven: - Wanneer er sprake is van onvoldoende motivatie. - Wanneer er geen intentie ontstaat dat ze iets willen veranderen. - Als ouders niet naar de polikliniek kunnen komen (met hun kinderen/ gezin). - Als er geen behandeldoel is gesteld of je kunt nergens aan werken. - Wanneer er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen.

	- Wanneer het vooral gaat om opvoedingsproblemen. <i>Twee hoofdbehandelaars zijn van mening dat er geen contra- indicaties zijn. Eén van hen noemt dat er wel sprake moet zijn van enig niveau om dingen te begrijpen en verbanden te leggen. Te laag niveau is daarmee een contra- indicatie en deze is daarom in bovenstaande lijst opgenomen.</i>
VHT (Video Home Training)	Antwoorden die tweemaal zijn gegeven: - Wanneer ouders onvoldoende/ niet gemotiveerd zijn. - Wanneer er sprake is van ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt en wanneer dit de concrete gedragsverandering in de weg staat, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. - Als ouders geen video in huis willen hebben. Antwoorden die eenmaal zijn gegeven: - Wanneer ouders niet mee willen werken. - Als het niet nodig is. - Als er geen behandeldoel is gesteld of je kunt nergens aan werken. - Als ouders niemand over de vloer willen hebben. - Wanneer de focus niet per definitie ligt op de communicatie. - Wanneer het niveau van de ouders te laag is en ze niet kunnen reflecteren op wat ze doen. - Als mensen niet geneigd zijn om naar zichzelf te kijken. - Als er sprake is van te complexe problematiek of er is sprake van problematiek op meerdere vlakken (met als reden: VHT is een vrij lineaire manier van kijken). - Daar waar sprake is van teveel systemische problematiek en de onderliggende interacties geven nog teveel problemen.

7.4 Resultaten dossieronderzoek: verwijzing naar ouder- en gezinshulp

Bij het dossieronderzoek was het niet mogelijk om de afgeronde dossiers te onderzoeken. Daarom is ervoor gekozen om de beschikbare dossiers te onderzoeken, tot een maximum van tien dossiers per zorgactiviteit. Met betrekking tot het dossieronderzoek is gekeken naar de reden van aanmelding voor een zorgactiviteit van ouder- en gezinshulp. Er is gekeken naar de (sub)doelen die ten grondslag liggen aan deze verwijzing. Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen is er tevens gekeken naar de leeftijd, het geslacht en de diagnose van de betreffende cliënten. Deze onderwerpen staan in de linkerkolom van onderstaande tabel. In de middelste kolom wordt uitgewerkt in welke leeftijdscategorie de zorgactiviteit wordt aangeboden, welk geslacht de cliënten hebben en welke diagnoses gesteld zijn. In de rechterkolom wordt aangegeven hoeveel cliënten het betreft. Onder aan de tabellen worden enkele kernbegrippen genoemd die passend zijn bij de zorgactiviteit. Deze begrippen zijn gebaseerd op de (sub)doelen die aan de verwijzing ten grondslag liggen. De zorgactiviteiten worden besproken in de volgorde zoals deze overal in het verslag wordt gehanteerd. De volledige uitwerking van het dossieronderzoek kunt u lezen in bijlage 7: 'Uitwerking van het dossieronderzoek'.

INTENSIEVE PSYCHIATRISCHE GEZINSBEHANDELING (IPG)

Leeftijd	5 jaar 7 jaar 8 jaar 9 jaar 10 jaar 11 jaar 12 jaar 13 jaar 14 jaar	1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 2 cliënten 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt
Geslacht	Man Vrouw	7 cliënten 3 cliënten
Diagnose	(symptomen van) ADHD MCDD PDD- NOS	4 cliënten 1 cliënt 1 cliënt

Kernbegrippen die passend zijn bij IPG zijn: psycho- educatie, handvatten 'hoe om te gaan met...', inzicht krijgen in de interactie, grip op gedrag, veiligheid waarborgen, negatief ombuigen naar positief, één lijn in de opvoeding, structuur aanbrengen.

MEDIATIETHERAPIE

Leeftijd	7 jaar 10 jaar 14 jaar	1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt
Geslacht	Man Vrouw	2 cliënten 1 cliënt
Diagnose	(aanwijzingen voor) ASS PDD- NOS in combinatie met ADHD ADHD	1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt

Kernbegrippen die passend zijn bij mediatietherapie zijn: communicatie, omgaan met het gedrag van het kind, begeleiden van het kind in bepaalde levensfasen, gedragsverandering, consequent zijn.

OUDERCURSUS

Leeftijd	5 jaar 6 jaar 8 jaar 9 jaar 11 jaar	1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt
Geslacht	Man Vrouw	4 cliënten 1 cliënt
Diagnose	Asperger PDD- NOS ADHD met kenmerken van PDD- NOS ASS- problematiek	1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt

Kernbegrippen die passend zijn bij de oudercursus zijn: psycho- educatie, uitwisseling met andere ouders, omgaan met het gedrag van het kind, concrete handvatten 'hoe om te gaan met...?'

PEP (PSYCHO- EDUCATIE)

Leeftijd	7 jaar 9 jaar 10 jaar 16 jaar	1 cliënt 1 cliënt 3 cliënten 1 cliënt
Geslacht	Man Vrouw	5 cliënten 1 cliënt
Diagnose	ODD met kenmerken van ADHD en PDD- NOS PDD- NOS ASS- problematiek ADHD ADHD en asperger ADD	1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt

Het kernbegrip dat passend is bij de PEP is: psycho- educatie

SYSTEEMTHERAPIE

Leeftijd	12 jaar 13 jaar 14 jaar 17 jaar 22 jaar	1 cliënt 1 cliënt 2 cliënten 2 cliënten 1 cliënt
Geslacht	Man Vrouw	2 cliënten 5 cliënten
Diagnose	PDD- NOS in combinatie met tics, AD(H)D en ODD ADHD met vermoedens van PDD- NOS PDD- NOS en kenmerken van ADHD ADHD ASS- problematiek	1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt

Kernbegrippen die passend zijn bij de systeemtherapie zijn: relatieproblematiek, inzicht in onderlinge verhoudingen/gezinsfunctioneren, behoefte aan harmonie, afspraken binnen het gezin, uit de negatieve spiraal komen.

VIDEO- HOMETRAINING (VHT)

Leeftijd	6 jaar 8 jaar 11 jaar 12 jaar	2 cliënten 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt
Geslacht	Man Vrouw	2 cliënten 3 cliënten
Diagnose	ADHD ADHD met mogelijk hechtingsproblematiek Vermoedelijk ADHD Reactieve hechtingsstoornis	2 cliënten 1 cliënt 1 cliënt 1 cliënt

Kernbegrippen die passend zijn bij VHT zijn: communicatie, positieve momenten, positieve ondersteuning, concrete handvatten 'hoe om te gaan met...?' en het stellen van regels, afspraken en grenzen.

8. Het keuzeproces

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het keuzeproces centraal. In de eerstvolgende paragraaf zal beschreven worden waar de hoofdbehandelaars tegenaan lopen met betrekking tot het verwijzen en wat ze hierin anders zouden willen zien. Vervolgens zal de inhoud van de eventuele beslisboom worden besproken. De opdracht van Accare Emmen was om, indien mogelijk, de zorgactiviteiten inzichtelijk te maken middels een beslisboom. Eén van de vragen van het interview met de hoofdbehandelaars was erop gericht om te ontdekken welke aspecten/onderwerpen zij in de beslisboom willen zien. Als laatste zal het keuzepad worden weergegeven. Zoals genoemd wilde Accare Emmen, indien mogelijk, een beslisboom waarin de zorgactiviteiten beschreven staan. Er is echter gebleken dat de beslisboom de zorgactiviteiten niet helder en duidelijk in kaart brengt. Om deze reden is er gekozen voor een ander format. Het uiteindelijke format zal worden weergegeven in de conclusie, omdat het feitelijk gezien een antwoord vormt op de probleemstelling.

8.2 Problemen en wensen

Voordat gekeken wordt naar hoe het keuzeproces inzichtelijk gemaakt zou kunnen worden is het noodzakelijk om stil te staan bij de problemen waar de hoofdbehandelaars tegenaan lopen en wat zij hierin anders zouden willen zien. Wanneer we kijken naar de problemen met betrekking tot het verwijzen, blijkt uit de interviews dat de helft van de geïnterviewde hoofdbehandelaars de wachtlijst, de wachttijd en de volle agenda's van de medewerkers ervaart als zijnde een belemmering of probleem. Eén van de hoofdbehandelaars noemt dat haar hypothese is dat de indicatie IPG te snel wordt gesteld, waardoor er lange wachtlijsten zijn bij IPG. Een andere hoofdbehandelaar meent dat er een oudercursus of mediatietherapie gegeven moet worden aan ouders van wie het kind medicatie voorgeschreven krijgt. In de praktijk blijkt dit niet altijd te gebeuren en hierover zou deze hoofdbehandelaar graag afspraken maken met haar collega's.

Naast bovengenoemde problemen zijn er hoofdbehandelaars die aangeven dat ze het maken van een keuze voor een zorgactiviteit lastig vinden. Hiervoor worden onderstaande redenen gegeven:

- Wanneer je als hoofdbehandelaar onvoldoende kennis hebt van de zorgactiviteiten, kies je snel voor de bekende weg. De bekende weg is echter niet per definitie de goede weg.
- Er is geen protocol, wat betekent dat drie verschillende hoofdbehandelaars verschillende keuzes kunnen maken.
- De zorgactiviteiten hebben een overlap, waardoor voor één hulpvraag meerdere zorgactiviteiten kunnen worden ingezet. De keuze is afhankelijk van de hoofdbehandelaar, dus subjectief.
- De hoofdbehandelaar kan een voorkeur hebben voor een bepaald persoon. De verwijzing moet bij de goede persoon terechtkomen. Soms ontbreekt het vertrouwen en mede hierom vragen sommige hoofdbehandelaars zich af of ze de casus los moeten laten, of het zelf moeten doen.

Nu de problemen in kaart zijn gebracht kan gekeken worden naar datgene wat men anders zou willen zien. Eén van de vragen van het interview richtte zich op welke informatie men (nog) nodig heeft om te komen tot een keuze voor een zorgactiviteit. Vier hoofdbehandelaars hebben genoemd wat ze graag anders zouden zien. Deze redenen staan hieronder puntsgewijs weergegeven. De eerste reden die weergegeven wordt is tweemaal genoemd.

- Een inzichtelijke beschrijving van de zorgactiviteiten. Hierin moet beschreven staan wat wel en niet kan binnen de zorgactiviteit, zodat men bij het maken van de keuze voor de betreffende zorgactiviteit kan zien of het aansluit bij het probleem van het kind, de ouders en/ of het systeem. Tevens zou hierin genoemd moeten worden wat de behandelaar ziet als indicatie op basis van zijn/ haar kennis van de zorgactiviteit.
- Een beslisboom. Een beslisboom is visueel en alle zorgactiviteiten zijn hierin zichtbaar. Je kunt het hier flexibel in zijn, maar je zou het wel als hulpmiddel kunnen hanteren.
- Kijken of het huidige aanbod passend is en wellicht samenvoegen.

Het eerste aspect van de hierboven genoemde punten, is in het tweede hoofdstuk van dit onderzoeksrapport besproken. Het tweede aspect zal in dit hoofdstuk worden weergegeven. Niet volgens het format van een beslisboom, maar het zal worden uitgewerkt als een zogenoemd 'keuzepad'. Hierover vindt u meer informatie in paragraaf 5.4 'Het keuzepad'.

8.3 Inhoud beslisboom

Voor de definiëring van het woord 'beslisboom' worden twee bronnen gehanteerd. In de eerste bron wordt vermeld dat een beslisboom omschreven kan worden als een grafische voorstelling die vanuit een bepaald punt, stap voor stap, alle nieuwe keuzemogelijkheden weergeeft¹¹. De tweede definitie is dat een beslisboom (of beslissingsboom) een wetenschappelijk model is voor de weergave van de alternatieven en keuzes in een besluitvormingsproces. De beslisboom kan worden gezien als een techniek uit de besliskunde¹².

Tijdens het interview is met de hoofdbehandelaars is genoemd dat de opdracht van Accare Emmen is om, indien mogelijk, de zorgactiviteiten weer te geven in een beslisboom. Eén van de vragen van het interview richtte zich op welke aspecten/ onderwerpen zij in de beslisboom zouden willen zien. In de tabel die hieronder staat weergegeven worden de ideeën van de hoofdbehandelaars genoemd. De aspecten in de tabel zijn gesorteerd op hoe vaak het betreffende aspect is genoemd. Hierbij staat het aspect dat het meest vaak is genoemd bovenaan weergegeven en het aspect dat het minst vaak is genoemd wordt onderaan weergegeven.

INHOUD VAN DE BESLISBOOM	Geantwoord:
- (Contra-)indicaties	5 keer
- Niveau van de ouders	3 keer
- Een individuele behandeling of een gezins-/ systeembehandeling?	2 keer
- Hoe capabel zijn ouders?	2 keer
- Hoe functioneert het systeem (systeemfactoren)?	2 keer
- Is de diagnose gesteld?	1 keer
- Hoe functioneert het kind in zijn sociale omgeving?	1 keer
- Hoe belastbaar zijn ouders?	1 keer
- Frequentie	1 keer
- Moet de hulp poliklinisch of thuis plaatsvinden?	1 keer
- Tijdsinvestering	1 keer
- Rol van de hoofdbehandelaar	1 keer
- Wordt er gebruik gemaakt van vragenlijsten of iets waar veel structuur in zit?	1 keer
- Wat past bij de hulpvraag en bij welk type ouders?	1 keer
- Wat is de meest evidence based behandeling om te volgen?	1 keer
- Methodiek	1 keer
<i>Eén van de hoofdbehandelaars noemt dat in de beslisboom wellicht eerst de lichtste vorm gekozen kan worden en kan worden afgesloten met de zwaarste vorm.</i>	

8.4 Het keuzepad

Zoals in de inleiding genoemd is, was het niet mogelijk om de zorgactiviteiten inzichtelijk te maken middels een beslisboom. Daarom is ervoor gekozen om de zorgactiviteiten op een andere manier inzichtelijk te maken. De vraag die hierbij centraal staat is: 'De zorgactiviteit moet zich voornamelijk richten op...?' Op deze vraag zijn twee antwoorden mogelijk wanneer het zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp betreft, namelijk 'de ouder(s) en/ of het netwerk van de aangemelde cliënt' of 'het gehele systeem waarvan de aangemelde cliënt deel uitmaakt'. Vanuit beide antwoordmogelijkheden kan men drie zorgactiviteiten kiezen. Met betrekking tot de eerstgenoemde kan men kiezen voor PEP, mediatietherapie en de oudercursus. Wanneer men kiest voor het tweede antwoordmogelijkheid kan men kiezen voor systeemtherapie, VHT en IPG.

Het keuzepad is inzichtelijk gemaakt middels de wensen van de hoofdbehandelaars. Allereerst worden er behandelvoorwaarden beschreven, namelijk de leeftijd, de psychiatrische problematiek en de plaats waar de behandeling plaatsvindt. Vervolgens worden de indicaties en de contra- indicaties beschreven. Daarna wordt bij elke zorgactiviteit zowel de achterliggende methodiek alsmede de frequentie en duur van een behandeling en/ of de gehele zorgactiviteit beschreven. Als laatste wordt een aanvulling vanuit de literatuur beschreven. Het keuzepad kunt u vinden in de conclusie, ingeleid door het antwoord op de probleemstelling.

¹¹ SWC. *Beslisboom*. Geraadpleegd op 9 december 2011 van woorden-boek.nl via de URL: <http://www.woorden-boek.nl/woord/beslisboom>

¹² Encyclo. *Opzoeken beslisboom*. Geraadpleegd op 9 december 2011 van encyclo.nl via de URL <http://www.encyclo.nl/begrip/beslis%20boom>

9. Conclusie en discussie

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt allereerst de conclusie beschreven, waarin de probleemstelling wordt beantwoord. In de discussie zullen verschillende onderdelen van het onderzoek kritisch tegen het licht worden gehouden.

9.2 Conclusie

De doelstelling van het onderzoek onderscheidt zich in een doel op de korte termijn en een doel op de lange termijn. Het doel op de korte termijn is het geven van een inzichtelijke beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp, zodat helder wordt waarin de zorgactiviteiten zich van elkaar onderscheiden. Een neven doel is het beschrijven van het pad hoe de hoofdbehandelaar tot een keuze voor een zorgactiviteit kan komen. Het doel op de lange termijn kan verbonden worden met de visie van Accare. Accare wil de best bekende vorm van hulp aanbieden, afgestemd op de concrete hulpvraag van de ouders en het kind. Daarom is het noodzakelijk dat de hoofdbehandelaar een duidelijk beeld heeft van de zorgactiviteiten.

De probleemstelling van dit onderzoek is: *“Hoe kunnen de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen omschreven worden, zodat de hoofdbehandelaar voor de meest passende vorm van hulp kan kiezen?”*

Het antwoord op deze vraag heeft te maken met datgene wat de hoofdbehandelaars nodig hebben om te komen tot een keuze voor een zorgactiviteit. Bij de hoofdbehandelaars is twijfel opgemerkt met betrekking tot hun kennis over de zorgactiviteiten, met name wat betreft de contra- indicaties. Dit is gebaseerd op vragen die door hoofdbehandelaars gesteld werden, zoals: ‘Zijn er wel contra- indicaties?’ en ‘Waarom weet ik dit eigenlijk niet?’. Meerdere malen wordt genoemd dat het maken van een zorgactiviteit lastig is, onder andere door onvoldoende kennis over de zorgactiviteiten en het feit dat er een overlap is tussen de zorgactiviteiten. Het belang van het onderzoek wordt onderstreept wanneer gekeken wordt naar elkaar (deels) tegensprekende antwoorden. Eén van de hoofdbehandelaars noemt bijvoorbeeld als indicatie van IPG ‘wanneer het gaat om communicatie’, terwijl een andere hoofdbehandelaar de indicatie noemt ‘wanneer de vraag breder is dan opvoeding en communicatie’. Een ander voorbeeld is dat er bij elke zorgactiviteit wordt genoemd dat het een contra- indicatie is wanneer ouders kampen met forse eigen problematiek. Echter is dit voor IPG een indicatie en geen contra- indicatie. Ook middels dit voorbeeld wordt het belang van het onderzoek onderstreept.

Kort gezegd is het antwoord op de probleemstelling dat de hoofdbehandelaars een concrete beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp nodig hebben, waarin de onderwerpen staan die ze graag in de beslisboom zouden willen terugzien. Op basis van deze onderwerpen zou een hoofdbehandelaar namelijk komen tot een ‘onderbouwde’ keuze voor een zorgactiviteit. Als antwoord op de probleemstelling is een keuzepad opgesteld, welke in deze paragraaf zal worden weergegeven. Alvorens het keuzepad wordt genoemd, zullen eerst de zorgactiviteiten kort beschreven worden vanuit de literatuur en Accare Emmen. Allereerst wordt psycho- educatie (en PEP) beschreven, omdat dit een onderdeel vormt van elke zorgactiviteit.

Psycho- educatie en PEP

Psycho- educatie is te allen tijde een onderdeel van de behandeling en vindt over het algemeen individueel of in groepsverband plaats. Het richt zich op de patiënt (van een psychiatrische stoornis) en diens verwanten. Psycho- educatie is op zichzelf geen doel, maar een onderdeel van een behandelproces dat erop gericht is de patiënt zoveel mogelijk de regie te laten houden over zijn leven. Middels psycho- educatie leren patiënten en verwanten zo adequaat mogelijk om te gaan met de consequenties van de ziekte. Psycho- educatie moet een bijdrage leveren aan kennisvermeerdering, de ontwikkeling van vaardigheden, probleemoplossend vermogen en copingstrategieën (Hoencamp & Haffmans, 2008). Psycho- educatie kan als werkzame factor beschouwd worden wanneer de betrokkenen op meer functionele gedachten worden gebracht (Verheij e.a., 2005).

Eén van de zorgactiviteiten van Accare Emmen richt zich enkel op psycho- educatie, namelijk de PEP. Deze vorm van psycho- educatie wordt aangeboden in groepsverband. Het doel is het geven van psycho- educatie en is voornamelijk gericht op kennisvermeerdering. PEP richt zich dus op één van de doelen van psycho- educatie.

Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)

IPG is gebaseerd op de leertheorie, de systeembenadering en de communicatietheorie. Bij Accare Emmen wordt gebruik gemaakt van de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie/ systeemtheorie en het oplossingsgerichte model. Zoals beschreven in de literatuur en tevens bij Accare Emmen, richt IPG zich op

gezinnen waarbij een sterk disfunctioneel opvoedingspatroon bestaat, als gevolg van psychiatrische problematiek van één of meer gezinsleden. In de literatuurstudie wordt beschreven dat IPG zich onderscheidt van andere behandelvormen, omdat er minimale voorwaarden aan ouders worden gesteld met betrekking tot besef van het probleem, materiële omstandigheden en motivatie (van der Most, 2001). Bij Accare onderscheidt IPG zich ten opzichte van andere zorgactiviteiten, omdat IPG er vanuit gaat dat elk gedrag iemands beste keus is op dat moment. De cliënt en het systeem worden als expert gezien en zij bepalen hun doelen en de weg om de doelen te bereiken. De sterke kanten van de gezinsleden staan gedurende de behandeling centraal. Vanuit de literatuur en de beschrijving van Accare wordt beschreven dat middels IPG de opvoedingsrelatie wordt hersteld, de impact van de stoornis wordt ingedamd en de negatieve spiraal van het symptoom en het verwijt wordt doorbroken (Roosma & van der Most, 2001), vaardigheden worden aangeleerd, het probleemoplossend vermogen wordt vergroot en er veranderingen in het leven van mensen plaatsvindt. Ouders leren hoe ze ongewenst gedrag kunnen voorkomen en hun kinderen gewenst gedrag kunnen aanleren.

Mediatietherapie en de oudercursus

Mediatietherapie kan individueel worden aangeboden, evenals in groepsverband. Individueel wil zeggen aan een enkele ouder of een ouderpaar. De oudercursus is onder andere gericht op groepen ouders (Verheij e.a., 2005). Accare Emmen biedt zowel de individuele mediatietherapie, alsmede de oudercursus aan. De definitie van mediatietherapie is dat het een therapie is waarbij ouders via procedures worden getraind om de interactie met het kind te veranderen, gewenst gedrag te bevorderen en ongewenst gedrag te verminderen (Verheij e.a., 2005). De mediatietherapie van Accare Emmen gaat uit van definitie, terwijl de oudercursus zich voornamelijk richt op psycho-educatie in groepsverband. Kennisvermeerdering en het oefenen en vergroten van vaardigheden met het kind staan bij de behandeling centraal. Vanuit de literatuur en de beschrijving van Accare Emmen van zowel de mediatietherapie alsmede de oudercursus wordt weergegeven dat er bij de behandeling wordt uitgegaan van het leertheoretisch kader, waarbij de stimuluscontrole en hoe toepassen van operante leerprincipes centraal staat. In de literatuurstudie komt naar voren de mediatietherapie geschikt is voor competente ouders van incompetente kinderen en het wordt geschikt geacht bij kinderen tussen drie en twaalf jaar. De mediatietherapie van Accare Emmen richt zich op ouders van kinderen in de leeftijd van nul tot en met twaalf jaar en de oudercursus richt zich op ouders van kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar. Tevens wordt vanuit de literatuur beschreven dat de therapie een geschikte interventie is wanneer er sprake is van een oppositionele stoornis of een gedragsstoornis. Bij zowel de mediatietherapie als de oudercursus van Accare Emmen is de indicatie dat er sprake moet zijn van een kind met een licht verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek. Bij de oudercursus betreft het LVG in combinatie met PDD-NOS en/ of ADHD.

Systeemtherapie

De algemene systeemtheorie is de overkoepelende theorie van de systeemtherapie en vanuit deze theorie zijn vervolgens de structurele benadering, de communicatiethoretische benadering en de intergenerationele of contextuele benadering ontstaan. In de literatuurstudie en de beschrijving van Accare Emmen komt naar voren dat systeemtherapie ingezet wordt bij gezinsproblematiek en/ of relatieproblematiek. Systeemtheorie bij Accare Emmen wordt omschreven als de kunst om ruimte te creëren binnen het systeem, zodat het kind of de jongere zich verder kan ontwikkelen. Binnen het gezin wordt vooral gekeken naar de onderlinge dynamiek en interactie binnen het gezin. De problemen moeten niet in de gezinsleden, maar tussen de gezinsleden wordt gezocht (de Haes, van Wezel Gualthérie & Sanderma, 2009). Bij de systeemtherapie wordt gebruikgemaakt van gedragstherapeutische principes om gedragspatronen te veranderen. Tevens wordt er gebruik gemaakt van systemische en cognitieve aspecten (Berg, van den Berg & Noom, 2004). In de beschrijving van Accare Emmen en de literatuur wordt weergegeven dat bij systeemtherapie eclectisch wordt gewerkt. De doelen van de behandeling zijn vanuit beide beschrijvingen zijn met name gericht op het veranderen van gedragspatronen en/ of het verbeteren van de communicatie, interactie, onderlinge samenwerking en/ of relatie van de ouders.

VHT

Het uitgangspunt dat VHT zich voornamelijk richt op opvoedingsproblematiek en vraagstukken rondom communicatie, wordt zowel in de beschrijving van Accare Emmen, alsmede in de beschrijving vanuit de literatuur weergegeven. De initiatieven die het kind maakt en de positieve interacties staan centraal bij het bespreken van de video. Ook de genoemde doelen vinden overeenstemming. De doelen zijn voornamelijk gericht op het verbeteren van contact tussen ouder en kind en het vergroten van de vaardigheden van de ouders. Accare Emmen heeft haar zorgactiviteit specifiek gemaakt, door zich te vooral te richten op problematiek als ADHD, ASS, LVG, hechtingsstoornissen en (psycho)somatische problematiek. Om deze reden ziet Accare Emmen psycho-educatie als een doel van VHT.

DE ZORGACTIVITEIT MOET ZICH VOORNAMELIJK RICHTEN OP...?

DE OUDER(S) EN/ OF HET NETWERK VAN DE AANGEMELDE CLIËNT

HET GEHELE SYSTEEM WAARVAN DE AANGEMELDE CLIËNT DEEL UITMAAKT

PEP

'Behandelveorwaarden'

Leeftijd	Geen leeftijdsbepaling
Psychiatrische problematiek	ASS, ADHD en/ of LVG
Plaats behandeling	Poliklinisch <u>In groepsverband</u>

Indicaties

- Mensen die in hun netwerk te maken hebben met psychiatrische problematiek

Contra- indicaties

Bij de PEP zijn geen contra- indicaties vast te stellen.

Achterliggende methodiek

Naast psycho- educatie wordt er geen achterliggende methodiek gehanteerd.

Frequentie en duur

Twee avonden van elk twee uur.

Aanvulling vanuit de literatuur

Psycho- educatie is te allen tijde een onderdeel van de behandeling en richt zich onder andere op kennisvermeerdering.

MEDIATIETHERAPIE

'Behandelveorwaarden'

Leeftijd	0 tot en met 12 jaar
Psychiatrische problematiek	Bijvoorbeeld PDD- NOS of ADHD
Plaats behandeling	Poliklinisch <u>Individueel</u>

Indicaties

- Het probleemgedrag staat onder invloed van de omgeving en/ of de gedragsproblematiek van het kind is verbonden met het gedrag van ouders.
- Het gedrag is te behandelen via operante conditioneringprocedures (bv. dwars gedrag, zeuren, driftbuien, steeds uit bed komen, weigeren taken uit te voeren of daarbij een overmatig beroep doen op hulp van de ouders).
- De ouders kunnen leren hoe ze meer adequaat om kunnen gaan met de mentale handicap van hun kind.
- Als er sprake is van geëxternaliseerde of geïnternaliseerde problematiek. Er moet voldoende en kwalitatief contact zijn vanuit de ouder(s) met het kind en ouders moeten effectief kunnen bekrachtigen.
- De ouders moeten zelfwerkzaam zijn en de transfer maken van de polikliniek naar de thuissituatie.
- De ouders zijn bereid om gesprekken te voeren en mee te werken aan de behandeling.

Contra- indicaties

- Kinderen met ernstige emotionele problemen, welke ingebed zijn binnen pathologische en conflictueuze gezinsrelaties.
- Psychiatrische- of relatieproblematiek bij ouders.

Achterliggende methodiek

(cognitieve) Gedragstherapie

Frequentie en duur

Wekelijks of tweewekelijks gedurende één uur.

Aanvulling vanuit de literatuur

Dit is de succesvolste interventie o.a. bij kinderen met een gedragsstoornis. Ouders leren via procedures het gedrag van het kind in de thuissituatie te veranderen. Bij mediatietherapie kan de vertrouwensrelatie tussen de ouders en therapeut zich verdiepen

OUDERCURSUS

'Behandelveorwaarden'

Leeftijd	6 tot 12 jaar
Psychiatrische problematiek	LVG in combinatie met ADHD en/ of PDD- NOS
Plaats behandeling	Poliklinisch <u>In groepsverband</u>

Indicaties

- De diagnostiek is afgerond.
- De hulpvraag is gericht op meer kennis van de problematiek, meer vaardigheden in het omgaan met de problematiek en/ of in contact treden met andere ouders.
- Ouders kunnen/ willen voldoen aan basale groepsvoorwaarden als meedoen aan en het volbrengen van de oudercursus.
- De ouders moeten in staat en bereid zijn huiswerkopdrachten te maken.
- De ouders moeten indien mogelijk beide deelnemen aan de training. Bij eenoudergezinnen mag de ouder deelnemen, eventueel samen met een vriend(in) of familielid. Bij voorkeur is dat iemand die ook een rol speelt in de opvoeding.

Contra- indicaties

- Wanneer ouders niet kunnen komen.
- Te ingewikkelde eigen psychiatrische problematiek van de ouder(s).
- Bij gezins- of relatieproblematiek.
- Bij een crisissituatie in het gezin.

Achterliggende methodiek

(cognitieve) Gedragstherapie

Frequentie en duur

13 bijeenkomsten van 19.00- 21.00 uur die één keer in de twee weken plaatsvinden.

Aanvulling vanuit de literatuur

Dit is de succesvolste interventie o.a. bij kinderen met een gedragsstoornis. Ouders leren via procedures het gedrag van het kind in de thuissituatie te veranderen. De groepssaamhorigheid van de oudercursus kan steungevend zijn voor ouders.

SYSTEEMTHERAPIE

'Behandelveorwaarden'

Leeftijd	Geen leeftijdsbepaling
Psychiatrische problematiek	Psychiatrische problematiek is geen voorwaarde voor behandeling
Plaats behandeling	Poliklinisch

Indicaties

- Wanneer er behoefte is aan meer communicatie binnen het gezin.
- Wanneer er sprake is van fase- problematiek, bijvoorbeeld kinderen die in de puberteit komen.
- Bij behoefte aan psycho- educatie.

Contra- indicaties

- Wanneer de cliënten niet willen. *Verder zijn er geen contra- indicaties. De systeemtherapie is breed inzetbaar.*

Achterliggende methodiek

Werkt eclectisch

Frequentie en duur

75 tot 90 minuten per gesprek.

Aanvulling vanuit de literatuur

De algemene systeemtheorie is de overkoepelende theorie van de systeemtherapie. De kracht van de therapie ligt in het eclectisch werken.

VHT

'Behandelveorwaarden'

Leeftijd	1,5 tot 12 jaar
Psychiatrische problematiek	ADHD, ASS, LVG, hechtingsstoornissen, (psycho)somatische problematiek
Plaats behandeling	Thuis

Indicaties

- Wanneer ouders geen positieve eigenschappen van zichzelf en/ of de kinderen meer zien.
- De ouders zien hun eigen aandeel in de communicatie en opvoeding niet.
- De ouders kunnen geen afstand meer nemen.
- Wanneer ouders moeite hebben om de transfer van de polikliniek naar thuis te maken, bijvoorbeeld door laag niveau van de ouders. Het laten zien van en doorvragen op beelden is dan effectiever dan inzicht geven met behulp van woorden.
- De ouders beschikken over motivatie en draagkracht en zijn bereid om naar zichzelf te kijken.
- Video Home Training is gericht op gedragsverandering, concreet in het hier en nu.

Contra- indicaties

- Wanneer er sprake is van crisis: ter voorkoming van uithuisplaatsing.
- Multi- probleem gezinnen.

Achterliggende methodiek

Naast VHT wordt er geen achterliggende methodiek gehanteerd.

Frequentie en duur

Video bespreken duurt één uur tot anderhalf uur.

Aanvulling vanuit de literatuur

Bij VHT staat een gezinsactiverende visie centraal. De belangrijkste momenten om terug te kijken zijn de momenten waarop het kind initiatief neemt om contact te maken of zich te ontwikkelen.

IPG

'Behandelveorwaarden'

Leeftijd	0 tot 18 jaar
Psychiatrische problematiek	Psychiatrische problematiek bij ouders en/ of kind
Plaats behandeling	Thuis

Indicaties

- Gezin kan niet voldoende profiteren van een poliklinische behandeling, of dit is niet toereikend genoeg (bv. geen transfer kunnen maken).
- Wanneer een werkbare hulpverleningsrelatie niet of nauwelijks tot stand komt.
- Als de veiligheid in het geding is.
- Ongewenst gedrag van kind ontstaat door beperkte samenwerking tussen ouders in de opvoeding.
- Ouders met psychisch probleem wat het gedrag van kinderen beïnvloedt.
- De ouders maken zich zorgen over de ontwikkeling van hun kind, ze willen de grip op de opvoeding van hun kind(eren) herstellen.
- De ouders en/ of kinderen vinden dat er meer contact moet zijn tussen de gezinsleden, willen rust, harmonie en gezelligheid terug, willen overzicht over de problemen en zicht over de mogelijkheid tot verandering.
- De oplossing voor de problematiek komt niet vanzelf en ouders willen steun vanuit de hulpverlening.

Contra- indicaties

- Een behandeling is niet goed van de grond te krijgen bij actieve verslavingsproblematiek bij ouders.

Achterliggende methodiek

Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, oplossingsgericht model, gezins-/ systeemtherapie

Frequentie en duur

Afhankelijk van de hulpvraag.

Aanvulling vanuit de literatuur

IPG is gebaseerd op de leertheorie, de systeembenadering en de communicatie – theorie en kan ingezet worden om een uithuisplaatsing te voorkomen.

9.3 Discussie

In dit onderdeel van het onderzoeksrapport volgt een discussie over de uitkomsten van het onderzoek. Hierin worden zaken besproken die te maken hebben met de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek.

De betrouwbaarheid geeft middels de onderzoeksresultaten aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toeval. Om de betrouwbaarheid te kunnen meten moet het onderzoek herhaalbaar zijn. Wanneer het tot dezelfde antwoorden leidt, is het onderzoek betrouwbaar. Betrouwbaarheid is een voorwaarde voor validiteit. Validiteit heeft betrekking op de geldigheid van het onderzoek, wat bepaald wordt door de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten. Verhoeven benoemt dat de twee belangrijkste vormen van validiteit de geldigheid van je meetinstrument en die van je onderzoeksgroep zijn (Verhoeven, 2007).

De opdracht van Accare Emmen was in eerste instantie om acht zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp uit te werken. Naast de genoemde zorgactiviteiten in dit onderzoeksrapport zouden ook de ouderavonden en de ouderbegeleiding uitgewerkt worden. Echter bleek dat de ouderavonden niet los indiceerbaar zijn, omdat ze een onderdeel zijn van een zorgactiviteit. Wanneer het kind bijvoorbeeld aangemeld wordt voor een SOVA-training, nemen ouders deel aan de ouderavonden. Over de ouderbegeleiding bestaat geen inhoudelijke overeenstemming bij de (hoofd)behandelaars. Veelal wordt aangegeven dat men mediatietherapie ziet als een vorm van ouderbegeleiding. Omdat beide zorgactiviteiten niet passend blijken te zijn binnen de kaders van dit onderzoek, is ervoor gekozen deze zorgactiviteiten niet te beschrijven.

Wanneer gekeken wordt naar de meetinstrumenten is er allereerst gebruik gemaakt van een vragenlijst met de behandelaars die een zorgactiviteit van ouder- en gezinshulp aanbieden. In deze vragenlijst staan dertien vragen centraal die met name betrekking hebben op de beschrijving van de zorgactiviteit, de doelgroep, de doelstelling, de indicatiecriteria, de verwachtingen ten opzichte van de cliënt en de taak van de hulpverlener. De vragenlijst bevat mijns inziens duidelijke vragen, maar de vragen hadden geclusterd kunnen worden in de hierboven genoemde onderwerpen. Tevens had er een vraag toegevoegd kunnen worden met betrekking tot de indicaties, namelijk de vraag met welke (sub)doelen naar de zorgactiviteit is verwezen. Wanneer hoofdbehandelaars verwijzen naar een zorgactiviteit van ouder- en gezinshulp doen ze dit op basis van verschillende (sub)doelen. Deze resultaten zouden vervolgens vergeleken kunnen worden met de resultaten van het interview en het dossieronderzoek.

Het volgende meetinstrument dat is gebruikt is het interview met de hoofdbehandelaars. Voorafgaand aan het interview is er een proefinterview afgenomen met mijn begeleider. Naar aanleiding van het proefinterview is het interview aangescherpt en vervolgens is deze afgenomen met de hoofdbehandelaars. Tijdens het interview bleek dat de hoofdbehandelaars met name moeite hadden met het benoemen van contra- indicaties. Eén van de genoemde contra- indicaties was bijvoorbeeld 'motivatie', terwijl motivatie een indicatie zou zijn en gebrek aan motivatie is een contra- indicatie. Om de resultaten meer betrouwbaar te maken had nogmaals een vraag gesteld kunnen worden om de contra- indicaties te achterhalen. Wellicht de vraag wat maakt dat een hoofdbehandelaar niet voor een zorgactiviteit kiest. Middels het interview wilde ik de behoefte van de hoofdbehandelaars beschrijven met betrekking tot het inzichtelijk maken van het keuzeproces. Deze vraag had ik letterlijk in mijn interview kunnen opnemen, in plaats van de vraag wat ze (nog) nodig hebben om te komen tot een keuze voor een zorgactiviteit. Tijdens het interview bleek namelijk dat hoofdbehandelaars de vraag verschillend interpreterden. De vraag welke behoefte ze hebben om het keuzeproces inzichtelijk te maken is wellicht minder interpretatiegevoelig.

Met betrekking tot het dossieronderzoek zouden van elke zorgactiviteit de tien laatst afgeronde dossiers worden onderzocht. Echter bleken de afgeronde dossiers niet beschikbaar in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Wanneer deze geraadpleegd moeten worden moet contact worden opgenomen met Smilde, waar de dossiers worden opgeslagen. Dit was onhaalbaar op korte termijn, omdat tevens niet bekend was van welke cliënten de dossiers geraadpleegd zouden moeten worden. Daarom is ervoor gekozen de beschikbare dossiers te onderzoeken, met een maximum tot tien. Het aantal onderzochte dossiers verschilt per zorgactiviteit, wat de enige mogelijkheid bleek omdat sommige zorgactiviteiten net waren opgestart. Afgaand op de resultaten van het dossieronderzoek kan alleen gesteld worden op basis van welke (sub)doelen naar de zorgactiviteit is verwezen. Dit wil niet per definitie zeggen dat die zorgactiviteit op basis van de (sub)doelen de beste zorgactiviteit is, omdat er geen gegevens beschikbaar zijn over het resultaat van de behandeling.

Wanneer vervolgens wordt gekeken naar de resultaten van het onderzoek, kunnen ook enkele zaken kritisch tegen het licht worden gehouden. De informatie over de zorgactiviteiten is voornamelijk gebaseerd op de gegevens die met behulp van de vragenlijst zijn verkregen. De informatie die verkregen is met behulp van de vragenlijsten is gebaseerd op het beeld dat de behandelaars hebben van de zorgactiviteit. Zij hebben kennis van datgene wat ze aanbieden, maar hun mening zal niet volledig objectief zijn. Zo zal de taak van de hulpverlener door verschillende behandelaars van dezelfde zorgactiviteit anders geformuleerd kunnen worden. Daarnaast heb ik als onderzoeker de resultaten verwerkt in een beschrijving van de zorgactiviteit. De gegevens van de vragenlijsten zijn gekoppeld aan andere bronnen, zoals de folders van de zorgactiviteiten en eventueel andere documenten. Op basis van deze bronnen heb ik de beschrijving van de zorgactiviteiten vormgegeven. In dit beschrijvingsproces kan het zijn dat ik als onderzoeker informatie verkeerd heb geïnterpreteerd of verkeerd heb weergegeven.

Ook de weergave van het dossieronderzoek, alsmede de resultaten van de interviews zijn interpretatiegevoelig. Bij het dossieronderzoek is op basis van de (sub)doelen gekeken naar welke kernbegrippen passend zijn bij de zorgactiviteit. Hierbij is echter op basis van mijn beeld van de (sub)doelen de informatie geïnterpreteerd. Voor de resultaten van de interviews geldt hetzelfde. Hier is de informatie ook geïnterpreteerd en gegeneraliseerd door antwoorden aan elkaar te koppelen. In de weergave van de resultaten wordt weergegeven hoe vaak een antwoord is gegeven. Hierbij heb ik geprobeerd alleen de antwoorden te koppelen die in de meest letterlijke zin van het woord overeen kwamen.

In de inleiding van dit onderzoeksrapport wordt beschreven dat er één of meerdere checklisten weergegeven zouden worden op basis van veelvoorkomende dossierdata. Deze checklisten zouden ondersteuning kunnen bieden voor de hoofdbehandelaars met betrekking tot het verwijzen. Vervolgens zou de beslisboom weergegeven worden, wat een visuele ondersteuning zou bieden voor de hoofdbehandelaars. De beslisboom zou niet leidend moeten zijn in het proces, maar zou als hulpmiddel gehanteerd kunnen worden. Echter bleek het niet mogelijk om een duidelijke beslisboom weer te geven. De opzet van de beslisboom staat weergegeven in bijlage 8 'Beslisboom'. In deze bijlage kunt u zien dat de beslisboom bestaat uit verschillende vakken en verschillende rode en groene lijnen. Door deze verschillende vakken en lijnen kan de beslisboom onoverzichtelijk lijken. Ook blijkt dat op sommige vragen niet een duidelijke 'ja' of een duidelijke 'nee' geantwoord kan worden of het is niet duidelijk waar het antwoord 'ja' of 'nee' heen moet leiden. Tevens zijn niet alle vragen helder en eenduidig geformuleerd. Wanneer je drie hoofdbehandelaars met dezelfde casus de beslisboom laat doorlopen, vraag ik me af of ze bij hetzelfde zorgactiviteit uit zouden komen. Daarom is ervoor gekozen om de beslisboom volgens een ander format vorm te geven, namelijk het keuzepad. Bij de vormgeving van het keuzepad is geprobeerd om rekening te houden met datgene wat de hoofdbehandelaars in de beslisboom wilden zien staan. Wanneer men het keuzepad hanteert wil het niet zeggen dat alle hoofdbehandelaars altijd tot dezelfde keuze komen voor een zorgactiviteit, maar het is mijns inziens een passender en overzichtelijker model dan de beslisboom.

Naast de genoemde discussiepunten zijn er ook factoren ingezet om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te vergroten. Er is binnen het onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie, wat wil zeggen dat er meerdere dataverzamelmethodeën zijn ingezet om een antwoord te kunnen geven op de probleemstelling. Tevens is er gebruik gemaakt van peer- examination. Verschillende medestudenten en mijn begeleider hebben feedback gegeven op mijn onderzoeksopzet, de meetinstrumenten en de weergave van de resultaten. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van een logboek, waarin ik mijn proces heb weergegeven.

10. Aanbevelingen

10.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de conclusie en de discussie weergegeven. Ondanks alle discussiepunten die in dat hoofdstuk naar voren zijn gekomen, ben ik van mening dat het onderzoek bruikbaar is voor Accare Emmen. De informatie is voornamelijk gebaseerd op datgene wat de (hoofd)behandelaars hebben aangedragen. Ik ben van mening dat er op basis van deze gegevens een concrete beschrijving van de zorgactiviteiten is opgesteld. Deze beschrijving is gebruikt bij het vormgeven van het keuzepad. Daarnaast zijn er nog enkele aanbevelingen opgesteld, welke in dit hoofdstuk aan de orde komen.

10.2 Aanbevelingen

In het kader van dit onderzoek zijn er voor Accare Emmen vier aanbevelingen beschreven. Deze worden hieronder weergegeven.

EERSTE AANBEVELING

De eerste aanbeveling die ik wil geven is om de zorgactiviteiten vorm te geven volgens de onderwerpen die de hoofdbehandelaars in de beslisboom zouden willen zien. Deze aanbeveling is gebaseerd op mijn mening dat de hoofdbehandelaars allen op deze vraag hebben geantwoord wat volgens hun belangrijke aspecten zijn met betrekking tot het verwijzen naar een zorgactiviteit. Wanneer na dit onderzoek blijkt dat er andere aspecten zijn die volgens de hoofdbehandelaars aandacht verdienen, kan dit meegenomen worden in de beschrijving van de zorgactiviteiten.

TWEDE AANBEVELING

Mijn tweede aanbeveling is dat er bij de beschrijving van de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen gekeken kan worden naar een koppeling met datgene wat in de literatuur wordt genoemd. Wellicht kan de beschrijving van Accare Emmen daarmee worden gespecificeerd. Uit onderzoek blijkt dat over het algemeen de resultaten overeenkomen, maar vanuit de literatuur wordt bijvoorbeeld genoemd dat IPG in principe ingezet wordt om uithuisplaatsing te voorkomen. Echter wordt IPG bij Accare Emmen ook ingezet om te observeren in de thuissituatie. Hiermee wil ik niet zeggen dat ik van mening ben dat in de beschrijving van Accare Emmen moet worden weergegeven dat IPG in principe ter voorkoming van uithuisplaatsing wordt ingezet, maar ik ben van mening dat het goed kan zijn om de zorgactiviteit te ondersteunen vanuit de literatuur.

Mogelijk kan hierbij tevens gekeken worden naar wat de meest evidence based behandeling is om te volgen. Eén van de hoofdbehandelaars noemde dat als wens voor in de beslisboom. Het was echter niet te realiseren om hier goed onderzoek naar te verrichten.

DERDE AANBEVELING

Op basis van de interviews kan ik opmaken dat hoofdbehandelaars verschillende factoren laten meewegen in hun keuze voor een zorgactiviteit. Ze hebben antwoord gegeven op de vraag welke onderwerpen in de beslisboom terug te vinden moeten zijn en dat heb ik geïnterpreteerd als zijnde belangrijke onderwerpen met betrekking tot het verwijzen. Uiteindelijk is het proces vormgegeven in een keuzepad en bij het gebruik van het keuzepad heb ik een aanbeveling voor de hoofdbehandelaars.

Allereerst zijn enkele vragen zijn niet opgenomen in het keuzeproces, omdat dit niet mogelijk bleek. Deze vragen zijn wel van belang en kunnen wellicht voorafgaand aan het gebruik van het keuzepad 'beantwoord' worden. Het betreft de volgende vragen:

- Wat is het niveau van de ouders?
- Hoe capabel zijn ouders?

- Hoe functioneert het systeem (systeemfactoren)?
- Hoe functioneert het kind in zijn sociale omgeving?
- Hoe belastbaar zijn ouders?
- Wordt er gebruik gemaakt van vragenlijsten of iets waar veel structuur in zit?
- Wat past bij de hulpvraag en bij welk type ouders?
- Wat is de meest evidence based behandeling om te volgen?

Nadat een antwoord is geformuleerd op deze vragen kan gekeken worden waar de problemen liggen en wat de hulpvraag en de doelen zijn. Op basis hiervan kan wellicht al gesteld worden of de hulp gericht moet zijn op ouders of op het systeem. Vervolgens kan gekeken worden naar de 'behandelvoorwaarden', waarbij kan worden ingeschat of de zorgactiviteit passend kan zijn. Tevens verdienen de (contra-) indicaties aandacht in dit proces. Passen de hulpvraag van ouders en kind en datgene ze willen bij de indicaties? En zijn er geen factoren die een contra- indicatie vormen?

Vervolgens kan er vanuit de beschrijving van de zorgactiviteiten worden gekeken naar het gewenste resultaat van de behandeling. Er kan gekeken of dit in overeenstemming is met de wens van de ouders en het kind. Ook kan gekeken worden naar de taak van de hulpverlener. Met andere woorden: 'Wat doet de behandelaar van de zorgactiviteit om het gewenste resultaat te bereiken en wat wordt daarbij van de cliënt verwacht?'

Mijn aanbeveling is hierbij om het keuzepad te gebruiken op de manier zoals hierboven staat beschreven. Mijns inziens geeft dat het meest complete beeld, omdat de mening en wens van iedere hoofdbehandelaar hierin is meegenomen. Ik ben van mening dat het keuzepad daarmee het meest tot zijn recht komt.

VIERDE AANBEVELING

Eén van de hoofdbehandelaars noemt in het interview dat ouders niet altijd een zorgactiviteit van ouder- en gezinshulp aangeboden krijgen als er medicatie wordt voorgeschreven. Zij vindt dit echter wel van belang en zou hierover graag afspraken maken met haar collega's. Vanuit de literatuur wordt de volgende beschrijving weergegeven die betrekking heeft op dit onderwerp:

"Middels psycho- educatie probeert de therapeut een perspectief te bieden op de betekenis van het probleemgedrag. De betrokkenen krijgen door middel van psycho- educatie voorlichting die hen in staat stelt om met de beperkingen van de psychiatrische stoornissen om te gaan. Tevens leren ze door deze voorlichting om de behandelinterventies, bijvoorbeeld de geadviseerde medicatie, te begrijpen (Verheij e.a., 2005)."

Psycho- educatie kan ingezet worden, zodat ouders de geadviseerde medicatie leren te begrijpen. In principe richten alle zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp zich op psycho- educatie, maar het is van belang om uit te zoeken welke zorgactiviteit daarvoor het meest geschikt is. De betreffende hoofdbehandelaar noemt dat zij de oudercursus of mediatietherapie geschikt acht. Mijn aanbeveling zou daarom zijn dat de medewerkers van Accare Emmen in overleg gaan met betrekking tot dit vraagstuk, zodat ze wellicht kunnen kijken welke zorgactiviteit in de genoemde situatie het meest passend zou kunnen zijn.

Literatuurlijst

Accare (2009). *Accare: verantwoordelijk, effectief en betrokken!* Accare.

Accare (2010). *Aanmeldingen binnen Accare Drenthe/ Overijssel, werkproces*. Divisie Drenthe/ Overijssel: Accare.

Accare (2010). *Accare Drenthe/ Overijssel*. Divisie KJP D/O: Accare.

Accare (2011). *Divisie Kinder- en Jeugdpsychiatrie Drenthe/ Overijssel en Forensische Jeugd- en orthoPsychiatrie - Aanbod cluster Emmen*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Indicatiecriteria mediatietherapie*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Indicaties polihulp*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Informatiebijeenkomsten psycho- educatie*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *IPG*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Mediatietherapie*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Methodiekstuk IPG*. Divisie UCKJP & Drenthe/ Overijssel: Accare.

Accare (2011). *Oudercursus*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Systeemonderzoek*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Systeemtherapie*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Thema's oudercursus*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Video- hometraining*. Emmen: Accare.

Accare (2011). *Video- hometrainingbeleid*. Emmen: Accare.

Berg, Berg, van den, M. & Noom, M.J. (2004) *Omkepseling van jeugdigen*, eerste druk. Maklu.

Cladder, J.M., Nijhoff- Huysse, M. en Mulder, G. (2000). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*, vijfde druk. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.

Cornelissen, R. en Borger, A. (2011). *Ouderbegeleiding in de praktijk; Training bij de minor SO*. Zwolle: Windesheim.

Dekker, J.M. en Biemans, H.M.B. (1994). *Video- hometraining in gezinnen*, eerste druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Encyclo. *Opzoeken beslisboom*. Geraadpleegd op 9 december 2011 van [encyclo.nl](http://www.encyclo.nl/begrip/beslis%20boom) via de URL <http://www.encyclo.nl/begrip/beslis%20boom>

Encyclo. *Opzoeken contra- indicatie*. Geraadpleegd op 7 december 2011 van [encyclo.nl](http://www.encyclo.nl) via de URL <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=contra+indicatie>

Encyclo. *Opzoeken indicatie*. Geraadpleegd op 7 december 2011 van [encyclo.nl](http://www.encyclo.nl) via de URL <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=indicatie>

- Haes, de, H., Wezel Gualthérie, van, L, & Sanderman, R. (2009) *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*, eerste druk. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Heller, K. en Wanders, F. *Draaiboek thuisbehandeling polikliniek*. UCKJP: Accare
- Hoencamp, E. en Haffmans, P.M.J. (2008). *Psycho- educatie in de GGz en de verslavingszorg*, eerste druk. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Kemper, A. en Janssens, J. (1997). *Zin en onzin van Video- Hometraining; de plaats van VHT in de jeugdhulpverlening*, eerste druk. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Litamahuputty, C. en Reijners, M. (2011). *Minorhandleiding Pedagogiek 2011-2012*. Zwolle: Windesheim.
- Meijer, M.C. (2008). *Verklaringenlijst begrippen*. Divisie KJP D/O: Accare.
- Most, van der, G.H.F. (2001) *Hechting en therapeutische pleegzorg; een behandelmethodiek voor kinderen met een bedreigd perspectief*, eerste druk. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Most, van der, G.H.F., Roosma, A.H. (2001) Intensieve psychiatrische gezinsbehandeling, *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 43 (8), pag. 579-583
- Pont, S. (2007). *Er zit systeem in...! De introductie van een systeemtheoretisch model voor de jeugdhulpverlening*, tweede druk. Modderman Drukwerk.
- Rietveld, A.A. (2011). *Samen naar Beter - Beleidsplan Accare 2011-2012*. Accare.
- Roose, R. (2006). *De bijzondere jeugdzorg als opvoeder*, eerste druk. Gent: Academia Press.
- SWC. *Beslisboom*. Geraadpleegd op 9 december 2011 van woorden-boek.nl via de URL: <http://www.woorden-boek.nl/woord/beslisboom>
- Timmers- Huigens, D. (2004). *Opvoeden praktisch bekeken*, derde druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Top, A. (2011). *Colleges praktijkonderzoek*. Zwolle: Windesheim.
- Vandereyken, W. & Deth, van, W. (2009). *Psychotherapie; van theorie tot praktijk*, tweede druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Verheij, F. e.a. (2005). *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie*, eerste druk. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*, tweede druk. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Vermeulen, P. (2010). *Ik ben speciaal 2; Werkboek voor psycho- educatie met autisme*, zevende druk. Berchem: uitgeverij EPO.

Bijlagen

Als bijlagen zijn aan dit verslag toegevoegd:

- Registratieformulier VHT
- Vragenlijst voor de behandelaars
- Uitnodiging interview hoofdbehandelaars
- Het interview
- Uitwerking van de vragenlijsten
- Uitwerking van de interviews
- Uitwerking van het dossieronderzoek
- Beslisboom

Bijlage 1: 'Registratieformulier VHT' ¹

Clusters	Patronen	Elementen
1. Initiatief en ontvangst	<i>Attent zijn</i> <i>Instemmen/ afstemmen</i>	Toewenden Aankijken Vriendelijke intonatie Vriendelijke gezichtsexpressie Vriendelijke houding Ontvangen Meedoen Ja- knikken Ja- zeggen Instemmend benoemen: - Namen van kinderen - Handelingen van kinderen - Handelingen van jezelf - Gedachten, gevoelens
2. Uitwisseling in de kring	<i>Kring vormen</i> <i>Beurten maken</i> <i>Coöperatief zijn</i>	In kring betrekken Rondkijken Ontvangst bevestigen Beurt geven en nemen Gelijke beurtverdeling Samen handelen Elkaar helpen Afstemmen: - op niveau - op tempo - op situatie
3. Overleg	<i>Meningsvorming</i> <i>Inhoudelijkheid</i> <i>Besluitvorming</i>	Mening - geven - aannemen - uitwisselen - onderzoeken Onderwerpen - aanreiken - uitwerken - uitdiepen Afspraken over - voorstellen - overeenkomen - bijstellen
4. Conflict hanteren	<i>Contact herstellen</i> <i>Onderhandelen</i>	Tegenstelling benoemen Intenties onderzoeken Terugvoeren naar cluster 1, 2, 3 Standpunten vaststellen Regelingen overeenkomen

¹ Cornelissen, R. en Borger, A. (2011). *Ouderbegeleiding in de praktijk; Training bij de minor SO*. Zwolle: Windesheim.



Betreft: Vragenlijst met behandelaars

Met betrekking tot de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp wordt er met één behandelaar per zorgactiviteit een vragenlijst afgenomen.

“Hoe kunnen de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen omschreven worden, zodat de hoofdbehandelaar voor de meest passende vorm van hulp kan kiezen?”

- Welke zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp biedt Accare Emmen?
Dit wil ik onderzoeken door het aanbod van Accare Emmen te bekijken en te beschrijven. Tevens wil ik met verschillende medewerkers in gesprek, om informatie over deze zorgactiviteiten te verzamelen. Ook wil ik hierbij ingaan op de voorwaarden die ten grondslag liggen aan deze zorgactiviteiten. De vraag die daarbij centraal staat is wat de voorwaarden zijn om een vorm van hulp aan te bieden.

Vragen voor de vragenlijst:

In de inleiding noemen dat het onderzoek zich richt op de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp en dat in het kader van het onderzoek een vragenlijst afgenomen wordt met de behandelaars.

- Als je [naam zorgactiviteit] in drie woorden mocht omschrijven, welke woorden zijn volgens jou dan het meest passend bij [naam zorgactiviteit]?
- Hoe is de behandeling vormgegeven? (aantal bijeenkomsten, duur van de bijeenkomsten)
- Wat is het doel van de behandeling?
- Wat is het (gewenste) resultaat van de behandeling?
- Op welke doelgroep richt de behandeling zich?
- Hoe komt de cliënt bij jullie terecht?
- Welke methodiek ligt aan deze zorgactiviteit ten grondslag?/ Welke methoden worden gebruikt?
- Hoe ziet een behandeling eruit? (voorbeeld van een dag/ activiteit)
- Wat is de taak van de hulpverlener?
- Wat verwachten jullie van de cliënt?
- Op basis van welke indicaties kan naar deze zorgactiviteit worden verwezen?
 - o Bv. hulpvraag, problematiek, intelligentie, woonplaats
- Wat zijn de contra- indicaties?
- Wat maakt [naam zorgactiviteit] specifiek ten opzichte van andere zorgactiviteiten?

Afsluiten met de vraag of de behandelaar nog vragen/ opmerkingen heeft. Daarna de behandelaar bedanken voor het verlenen van zijn/ haar medewerking aan de vragenlijst.



Betreft: Uitnodiging interview

Hallo[naam],

In de periode van september 2011 tot januari 2012 voer ik een onderzoek uit in opdracht van Accare Emmen. Deze opdracht richt zich op de volgende vraag:

“Hoe kunnen de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen omschreven worden, zodat de hoofdbehandelaar voor de meest passende vorm van hulp kan kiezen?”

Binnen dit onderzoek wil ik zes vormen van ouder- en gezinshulp uitwerken aan de hand van de beschrijving van het zorgaanbod van Accare en een beschrijving vanuit de literatuur. Eén van de resultaten van het onderzoek is het beschrijven van het pad dat de hoofdbehandelaar kan volgen om tot een keuze voor een zorgactiviteit te komen.

Eén van de onderzoeksmethoden die ik hanteer is het uitvoeren van een interview. Kort gezegd staat in het interview centraal hoe de hoofdbehandelaar tot de keuze van een zorgactiviteit komt. Een voorbeeld van een onderdeel dat de aandacht krijgt, is op basis van welke indicatie(s) naar een zorgactiviteit wordt verwezen. Zoals genoemd wil ik het pad beschrijven dat de hoofdbehandelaar kan volgen om tot een keuze voor een zorgactiviteit te komen. Met betrekking tot dit onderwerp wil ik peilen welke behoefte er ligt bij de hoofdbehandelaars.

Dit interview wil ik uitvoeren met alle hoofdbehandelaars van Accare Emmen. Via mijn begeleider Erika Kramer werd ik op de hoogte gesteld van het feit dat u een hoofdbehandelaar bent binnen Accare Emmen. Via deze uitnodiging wil ik vragen of u uw medewerking zou willen verlenen aan het interview. Het interview zal ik (kort) inleiden met de aanleiding van het onderzoek en een inleiding op het interview. De duur van het interview bedraagt maximaal één uur. Zou u mij zo spoedig mogelijk kunnen informeren of u mee wilt werken aan het interview? Dan zal ik met het secretariaat een afspraak plannen en vervolgens krijgt u van mij een bevestiging via de e- mail. Wanneer er vragen zijn, mag u gerust een e- mail sturen naar y.buisman@accare.nl.

Graag hoop ik van u te horen.

Met vriendelijke groet,
Yvonne Buisman



Betreft: Interview hoofdbehandelaars

Het interview wordt afgenomen met de hoofdbehandelaars van Accare Emmen. De duur van het interview is maximaal één uur.

“Hoe kunnen de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp van Accare Emmen omschreven worden, zodat de hoofdbehandelaar voor de meest passende vorm van hulp kan kiezen?”

- Welke zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp biedt Accare Emmen?
Dit wil ik onderzoeken door het aanbod van Accare Emmen te bekijken en te beschrijven. Tevens wil ik met verschillende medewerkers in gesprek, om informatie over deze zorgactiviteiten te verzamelen. Ook wil ik hierbij ingaan op de voorwaarden die ten grondslag liggen aan deze zorgactiviteiten. De vraag die daarbij centraal staat is wat de voorwaarden zijn om een vorm van hulp aan te bieden.
- Op basis van welke indicatie(s) is naar een zorgactiviteit verwezen?
Dit wil ik doen door dossiers te onderzoeken en te kijken op basis van welke indicaties, hulpvragen, et cetera, is doorverwezen naar een vorm van ouder- en gezinshulp. Tevens wil ik de gegevens van het interview met hoofdbehandelaars meenemen bij het beantwoorden van de deelvraag. Tijdens het interview wil ik vragen op basis van welke indicaties hoofdbehandelaars naar een zorgactiviteit verwijzen en tevens wil ik vragen op basis van welke keuzes/ beslissingen zij de keuze maken voor een verwijzing naar een zorgactiviteit.
- Welke behoefte hebben hoofdbehandelaars met betrekking tot het inzichtelijk maken van het keuzeproces?
In het kader van deze deelvraag heeft het keuzeproces betrekking op het kiezen voor een zorgactiviteit. Deze wil ik onderzoeken middels een interview. In het interview wil ik een aantal vragen stellen welke betrekking hebben op deze deelvraag.

Vragen voor het interview

Inleiding en aanleiding	- De aanleiding voor het onderzoek dat ik in opdracht van Accare Emmen mag uitvoeren is dat het idee speelt dat niet alle zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp duidelijk zijn voor de hoofdbehandelaars. Accare Emmen wil de zorgactiviteiten helder in beeld hebben en wil tevens een idee hebben hoe de hoofdbehandelaars komen tot de keuze voor een verwijzing en welke overwegingen hierbij een rol spelen. Het interview heeft een aantal onderwerpen, met daarbij enkele vragen. Tevens wil ik u als geïnterviewde de mogelijkheid tot eigen inbreng geven. De duur van het interview bedraagt maximaal één uur. Als laatste wil ik u vragen of u er bezwaar tegen heeft dat het interview wordt opgenomen.
Achtergrondinformatie	- Wat is uw naam? - Hoe lang bent u werkzaam bij Accare (Emmen)? - Wat zijn uw taken binnen Accare (Emmen)? - Wat is uw hulpverleningsgeschiedenis (loopbaan)?
Aanmeld-/ intakeprocedure	- Hoe verloopt de aanmeld-/ intakeprocedure bij Accare (Emmen)? - Wat is uw taak/ functie daarin?
Verwijzen	- Hoe komt u tot een keuze voor een zorgactiviteit? - Welke gedachten/ overwegingen spelen hierbij een rol?

<i>Specifiek verwijzen</i>	- Op basis van welke indicaties verwijst u door naar: ○ VHT ○ IPG ○ PEP ○ Mediatetherapie ○ Systeemtherapie ○ Oudercursus - Wat zijn contra- indicaties voor: ○ VHT ○ IPG ○ PEP ○ Mediatetherapie ○ Systeemtherapie ○ Oudercursus
<i>Behoeftepeiling</i>	- Zijn er problemen waar u tegenaan loopt met betrekking tot het verwijzen? - [Indien ja] Tegen welke problemen loopt u aan? - Welke behoefte heeft u met betrekking tot het inzichtelijk maken van het keuzeproces om te komen tot de keuze voor een zorgactiviteit? Accare Emmen heeft mij gevraagd om – indien mogelijk – een beslisboom te maken met betrekking tot de zorgactiviteiten van ouder- en gezinshulp. Hierin zou de hoofdbehandelaar snel en makkelijk kunnen zien welke vorm van hulp passend zou kunnen zijn bij (een) bepaalde indicatie(s). - Welke ‘indicaties/ onderwerpen’ zou ik hierin volgens u kunnen/ moeten meenemen?
<i>Afsluiting</i>	- Heeft u nog vragen/ opmerkingen? <i>Dan wil ik het interview afsluiten door u te bedanken voor uw medewerking.</i>

Bijlage 5 'Uitwerking van de vragenlijsten'

VRAGENLIJST MET M.D. OVER IPG

<i>IPG in drie woorden</i>	Systeemgericht, oplossingsgericht en cognitief- gedragstherapeutische benadering.
<i>Wat maakt IPG specifiek?</i>	IPG gaat er vanuit dat elk gedrag iemands beste keus is op dat moment. IPG ziet de cliënt en zijn systeem als de expert. Dat wil zeggen dat het gaat om wat de cliënt en zijn systeem zien als probleem, zij bepalen wat hun doelen zijn en hoe zij die willen bereiken. De sterke kanten van de gezinsleden staan centraal, omdat die de uitzonderingen maken op wanneer iets wel lukt. Als eenmaal duidelijk wordt wat wel werkt, wordt de focus gelegd om dat meer te doen van wat werkt. Dit maakt dat het gezin van binnenuit sterker wordt. Ook wanneer er sprake is van "gedwongen hulp" wordt de focus gelegd op wat het gezin denkt dat nodig is om te zorgen dat de gedwongen hulp stopt. De cliënt blijft de expert. De cliënt en zijn systeem bepalen het tempo van de behandeling. De samenwerking- hulpverlener- cliënt (systeem) staat centraal. IPG- behandelaars werken met de flowchart, waarin tijdelijke typering van de soort relatie worden weergegeven. IPG behandelaars zijn experts in het motiveren van de cliënt en zijn systeem om van "bezoekers- relatie " en een "klagers- relatie " een "klanten- relatie" op te bouwen. De IPG behandelaar doet dit vanuit het werken met de 8 stappen: 1. Contact leggen, 2. Context verhelderen en problemen onderkennen, 3. Doelen SMARTIE formuleren of Succes beschrijven, 4. Resources ontdekken, 5. Positieve uitzondering identificeren, 6 complimenten, 7. Schaalvragen stellen, 8. Toekomstgerichtheid.
<i>Verwijzing naar IPG</i>	<i>Informatie over de verwijzing heeft Mariëlle gebaseerd op informatie, zoals genoemd in het methodiekstuk over IPG.</i> De verwijzing naar IPG kan intern (binnen Accare) en extern plaatsvinden. Wanneer de cliënt extern wordt aangemeld, dan meldt de casemanager van de instelling, waar de ouder of het kind onder behandeling is (gewest), het gezin aan.
<i>Vormgeving van de behandeling</i> VOORBEELD VAN EEN CASUS:	Familie de Boer bestaat uit een samengesteld gezin met zes kinderen. Moeder heeft drie kinderen van tien, acht en zeven jaar. De dochter van acht jaar is aangemeld voor IPG. Vader heeft twee grote zoons van eenentwintig en negentien jaar oud. Samen hebben zij nog een dochtertje van 2 jaar. Dit gezin woont in, het voor het gezin, te kleine tussenwoning. Er lopen nog zeven katten rond die in het huis hun behoeften doen. Moeder heeft een posttraumatische stressstoornis en borderline- persoonlijkheidsproblematiek. Zowel moeder als de dochter van acht jaar zijn in het verleden door opa (vader van moeder) seksueel misbruikt. Moeder en dochter ondervinden hier beiden nog ambivalente gevoelens van. Dochter van acht heeft vaak boze buien, gaat schelden en slaan en loopt weg van huis wanneer zij vindt dat er niet naar haar geluisterd wordt. Het gezin stelt als doel: dat de dochter op een prettige manier omgaat met haar moeder, (stief)vader, (stief)broers en zusje. Dit doel is nog abstract, en alleen gericht op de dochter van acht. <i>Wij zien vaak dat de focus in eerste instantie alleen op het kind is gericht.</i> We werken vanuit de 8- stappen dans, dit geeft ons inzicht wat voor "relatie "wij hebben met de cliënt en zijn systeem. Zo kan een IPG behandelaar op het ene moment bij het ene gezinslid in de vrijblijvende relatie(geen doel) en op het andere moment in de zoekende relatie(doel is niet SMARTIE geformuleerd) zitten, of weer in de consulterende relatie (het doel is SMARTIE geformuleerd).Van belang is dat een IPG- behandelaar zijn meerzijdige partijdigheid behoudt. Het samengestelde gezin begint als doel dat de dochter van acht jaar op een prettige manier omgaat met de rest van de familieleden. Het ongewenste gedrag van de dochter wordt gelabeld door de IPG- behandelaar als de beste oplossing die de dochter op dat moment heeft. Doordat de IPG behandelaar schaalvragen, circulairevragen en relatievragen stelt wordt de context concreet. Waardoor er vanuit concreet haalbare stappen het doel ingedeeld wordt in subdoelen. Dit doet de IPG behandelaar door de focus te leggen op het hele gezin, rekening houdend waar de IPG behandelaar zit op de flowchart zit (meerzijdige partijdigheid, strategieën van Kaplan). De context wordt verhelderd: Zo wordt helder dat de dochter van 8 jaar, niet meer wil luisteren omdat ze het gevoel krijgt niks goeds te kunnen doen en niemand de tijd voor haar neemt en niet naar haar luistert. Vervolgens wordt er gezocht naar uitzonderingen. Dit is de sleutel om gewenste effecten te vergroten en te vermeerderen. Nu ontstaan er subdoelen voor alle gezinsleden en de focus ligt niet meer alleen op dochter. Het gezin heeft elkaar nodig om het doel te realiseren. Dit maakt dat er meer subdoelen ontstaan, bijvoorbeeld dat moeder elke dag na school een kopje thee drinkt met haar dochter en vraagt hoe haar dag is geweest. Dit doel wordt stap voor stap verder uitgebouwd van hoe vaak, naar hoe is het jou gelukt, hoe heeft mama, stiefpapa, je stief broers jou daarbij gesteund, zodat het jou nog beter lukte?)

Doelgroep	<i>Informatie over de doelgroep heeft Mariëlle gebaseerd op informatie, zoals genoemd in het methodiekstuk over IPG.</i> - Gezinnen met kinderen in de leeftijd van nul tot achttien jaar, die problemen hebben in en rond de gezinssituatie. - Gezinnen waarbij sprake is van een chronisch verstoorde balans tussen draaglast en draagkracht, welke mede veroorzaakt wordt door ofwel psychiatrische problemen bij de ouder(s), ofwel door psychiatrische problematiek bij een van de kind(eren), of beide. Het gaat om kinderen, jongeren en ouders met een normale begaafdheid of een licht verstandelijke beperking - Ouders die niet adequaat invulling kunnen geven aan hun opvoedingstaken. Binnen deze gezinnen kan sprake zijn van disfunctionerend ouderschap en een vastgelopen ontwikkeling van het kind. Vaak is er sprake van verstoorde interacties. - Multi- problem gezinnen: KOPP- kinderen (kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek) en licht- verstandelijk beperkten. De DSM- IV- criteria gaat uit van een licht verstandelijke beperking bij een intelligentieniveau hoger dan 50-55 tot ongeveer 70. IPG kan in dit geval ingezet worden wanneer het gezin niet voldoende kan profiteren van een poliklinische behandeling of poliklinische behandelmogelijkheden zijn niet toereikend genoeg. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval doordat het gezin de transfer van de behandelsituatie niet of onvoldoende kan maken. - Tevens kan IPG ingezet worden wanneer een werkbare hulpverleningsrelatie niet of nauwelijks tot stand komt.
Doelstelling	<i>Informatie over de doelstelling heeft Mariëlle gebaseerd op informatie, zoals genoemd in het methodiekstuk over IPG.</i> - Cliënten helpen gewenste veranderingen in hun leven te maken, zodanig dat er een structurele verbetering in de situatie van het cliëntsysteem ontstaat. - De vaardigheden van de gezinsleden zijn zodanig vergroot dat ze gebruik weten te maken van (in)formele hulpbronnen in hun sociale omgeving, zodat ze grip krijgen op hun eigen leven. - De gezinsleden leren hun probleemoplossend vermogen vergroten. Het doel is bereikt wanneer cliënten het gevoel hebben en geleerd hebben dat ze de problemen kunnen hendelen. - Ouders leren hoe ze ongewenst gedrag kunnen voorkomen en hun kinderen gewenst gedrag kunnen aanleren.
Indicaties	<i>Informatie over de indicaties heeft Mariëlle gebaseerd op informatie, zoals genoemd in het methodiekstuk over IPG.</i> - Het gezin kan niet voldoende profiteren van een poliklinische behandeling of poliklinische behandelmogelijkheden zijn niet toereikend genoeg. Bijvoorbeeld als het gezin de transfer van de behandelsituatie niet of onvoldoende kan maken. - IPG kan ingezet worden wanneer een werkbare hulpverleningsrelatie niet of nauwelijks tot stand komt. - Wanneer de veiligheid in het geding is kan IPG ingezet worden om stappen te maken om veiligheid te gaan vergroten. - Beperkte samenwerking tussen ouders in de opvoeding, waardoor ongewenst gedrag van kinderen ontstaat. - Ouders met een psychisch probleem wat het gedrag van kinderen beïnvloedt. - Ouders maken zich zorgen over de ontwikkeling van hun kind, ze willen de grip op de opvoeding van hun kind(eren) herstellen. - Er kan aangemeld worden wanneer ouders en/ of kinderen vinden dat er meer contact moet zijn tussen de gezinsleden, wanneer ze meer rust, harmonie en gezelligheid in het gezin terug willen, wanneer ze overzicht over de problemen willen hebben en wanneer ze zicht willen hebben over de mogelijkheid tot verandering. - De oplossing voor de problematiek komt niet vanzelf en ouders willen steun van iemand uit de hulpverlening.
Contra- indicaties	<i>Informatie over de contra- indicaties heeft Mariëlle gebaseerd op informatie, zoals genoemd in het methodiekstuk over IPG.</i> - Bij actieve verslavingsproblematiek bij de ouders, is het niet mogelijk een behandeling goed van de grond te krijgen.
Gewenst resultaat	Gezinnen vinden gezamenlijk een betere manier van communiceren die bij hun als gezin past en aansluit bij elk gezinslid en in het bijzonder de aangemelde cliënt nodig heeft om goed te kunnen functioneren en daardoor weer ruimte heeft om zich verder te ontwikkelen.
Verwachtingen t.o.v. de cliënt	Wij gaan ervan uit dat elk mens gemotiveerd is om het beste te maken van zijn leven. Weerstandspatronen die er kunnen ontstaan, zien wij als de beste manier de een cliënt en zijn systeem op dat moment heeft op zijn kwetsbaarheid niet te hoeven laten zien. Wanneer de

	cliënt “niet “gemotiveerd is en hulp wel gewenst is door ouders en of vereist vanuit bijvoorbeeld BJZ dan is het doel contact maken met de cliënt en zijn systeem. Onze verwachtingen zijn dan bijvoorbeeld dat de cliënt en zijn systeem je binnenlaat thuis en dat je bijvoorbeeld eerst tien minuten een praatje maakt en dan een vervolg afspraak maakt. In de praktijk is het zo dat je uiteindelijk driekwartier tot een uur op huisbezoek bent en doordat wij de one- downpositie vanaf het begin inzetten, voelen cliënten en hun systemen zich meestal vrij snel veilig, waardoor weerstandspatronen verdwijnen. Dus met andere woorden onze houding en de strategie die wij inzetten gaat samen met de verwachtingen die wij hebben van een cliënt. Het kan daardoor lijken dat we geen verwachtingen hebben, en dat kan in de praktijk ook in eerste instantie zijn. Onze ervaring is dat onze manier van werken ervoor zorgt dat cliënten zich openstellen en cliënten tot inzicht komen doordat zij gaan nadenken wat goed voor hun is om zich goed te kunnen ontwikkelen. Dit doen wij door aan te sluiten en veel open vragen te stellen.
<i>Taak hulpverlener</i>	<i>Informatie over de taak van de hulpverlener heeft Mariëlle gebaseerd op informatie, zoals genoemd in het methodiekstuk over IPG.</i> De taken van de hulpverlener zijn: aansluiten bij de gezinnen, afstemmen op het angstniveau van de gezinsleden, richten op wat goed gaat, tegemoetkomende hulp, vasthoudendheid, transparant zijn, echtheid in de relatie, respectvolle benadering, crisissen beschouwen als kansen, willen leren/ nieuwsgierig zijn. Centraal staat de cliënt en zijn expertise over de situatie. Door middel van successen van de cliënt wordt gekeken naar hoe de gewenste situatie in de toekomst te bereiken is. Met andere woorden: met welke vaardigheden kan de cliënt zijn doel bereiken en/ of het probleem oplossen? Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener gebruik maakt van empowerment. Tevens is de hulpverlener meerzijdig partijdig en hij/ zij gaat coalities aan met alle gezinsleden en is voor alle gezinsleden beschikbaar.

VRAGENLIJST MET P.W. EN K.H. OVER MEDIATIETHERAPIE

<i>Mediatietherapie in drie woorden</i>	- P.W.: Gedragsverandering van het kind door middel van de ouders als mediator in te zetten. - K.H.: Concreet, doelgericht en gedragsmatig.
<i>Wat maakt mediatietherapie specifiek?</i>	- P.W.: Je gaat met ouders aan de slag in plaats van met het kind. Er wordt gebruik gemaakt van een individuele benadering en de therapie wordt op een actieve manier vormgegeven. Ook wordt er van ouders een actieve houding verwacht.
<i>Verwijzing naar mediatietherapie</i>	- P.W.: Via een verwijzing van een collega binnen Accare Emmen. - K.H.: Eigen cliënt of aangemeld door een andere hoofdbehandelaar middels aanvraag behandelactiviteit en op wachtlijst.
<i>Vormgeving van de behandeling</i>	- P.W.: Eerst kom psycho- educatie aan bod, dan kijken waar en/ of in welke situatie het probleem ligt. Daarop inzoomen aan de hand van de 5G's en kijken hoe dit gedrag te veranderen/ aan te pakken is. De methodiek die bij mediatietherapie past is volgens P.W. de cognitieve gedragstherapie. - K.H.: Gedragstherapie kan onderdeel zijn van mediatietherapie
<i>Doelgroep</i>	<i>Informatie over de doelgroep is gebaseerd op het document 'indicaties mediatietherapie'.</i> - Mediatietherapie is een vorm van ouderbegeleiding waarbij ouders ingeschakeld worden en zelf aan het werk gezet worden om het probleemgedrag van hun kind op te lossen. - P.W. vult aan dat het gaat om ouders van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar.
<i>Doelstelling</i>	<i>Informatie over de doelstelling is gebaseerd op het document 'indicaties polihulp'</i> - Gericht op gedragsverandering van het kind in de thuissituatie en aanleren van vaardigheden van de ouders. Cognities en belevingsaspecten kunnen aan de orde komen. Door het aanleren van operante leerprincipes (gedragstherapeutische principes) wordt er met de ouders gewerkt aan het inzicht krijgen in het gedrag van het kind en mediatietherapie is gericht op gedragsverandering van het kind en het oefenen/ vergroten van vaardigheden van de ouders. - P.W. geeft hierbij aan dat zij als doel ziet: gedragsverandering van het kind door middel van de ouder als mediator in te zetten.
<i>Indicaties</i>	<i>De indicaties zijn gebaseerd op het document 'indicaties mediatietherapie'</i> Probleemgedrag - Indien de indruk is dat het probleemgedrag van het kind onder invloed staat van de omgeving. Hoe nauwer de gedragsproblematiek van het kind verbonden is met het gedrag van de ouders, des te belangrijker is het ook om gedragsverandering bij de ouders na te streven. - Gedragsproblemen die via operante conditioneringprocedures te behandelen zijn.

	(Voorbeelden: zeuren, dwars gedrag, driftbuien, steeds uit bed komen, weigeren taken uit te voeren of daarbij een overmatig beroep doen op hulp van de ouders). - Ouders te leren hoe adequater met een fysieke of mentale 'handicap' van hun kinderen om te gaan. (Voorbeelden: ADHD- en ASS- problematiek, LVG). - Mediatie therapie kan zowel voor geëxternaliseerde gedragsproblematiek als ook voor geïnternaliseerde gedragsproblematiek. (Voorbeeld: Kind met obsessief en angstig gedrag). Leeftijd van de kinderen: - Kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. Ouderfactoren: - Er dient voldoende en kwalitatief contact te zijn met het kind. Minimale voorwaarde is dat de ouders over de mogelijkheden beschikken om effectief te kunnen bekrachtigen. - De ouders dienen in staat te zijn tot voldoende zelfwerkzaamheid. Er dienen observatieopdrachten uitgevoerd te worden, maar ook wordt hen gevraagd systematisch bepaalde opdrachten uit te voeren en de resultaten te registreren. Hierbij is veel geduld vereist en ouders moeten de transfer kunnen maken van hetgeen besproken is in de begeleiding naar de thuissituatie. - Er dient sprake zijn van voldoende motivatie. Bereid om regelmatig therapiegesprekken te voeren en thuis aan de behandeling van hun kind mee te werken. - Er moet geen sprake zijn van te sterk interfererende eigen problemen van de ouders. Dit kan een heel scala van problemen zijn, zoals psychiatrische problematiek, maar ook relatieproblematiek
<i>Contra- indicaties</i>	<i>De contra- indicaties zijn gebaseerd op het document 'indicaties mediatie therapie'</i> - Kinderen met ernstige emotionele problemen, ingebed binnen pathologische en conflictueuze gezinsrelaties.
<i>Gewenst resultaat</i>	- P.W.: ouders handvatten geven, waardoor ze de situatie/ het gedrag van hun kind kunnen veranderen in de gewenste richting.
<i>Verwachtingen t.o.v. de cliënt</i>	- P.W.: Dat ze met een kritische blik naar zichzelf kunnen kijken. Ze moeten gemotiveerd zijn, zich kwetsbaar opstellen en een actieve houding hebben met betrekking tot huiswerk. - K.H.: Concrete informatie kunnen verschaffen over opvoedingssituaties/ transfer kunnen maken van geleerde vaardigheden en opgestelde plannen op de polikliniek naar de thuissituatie. Kind leren observeren in concrete gedragingen en naar zichzelf kunnen kijken.
<i>Taak hulpverlener</i>	- P.W.: Geven van psycho- educatie, structureren, de juiste verbanden leggen. Daarbij heeft de hulpverlener de cognitieve gedragstherapeutische gesprekken in het achterhoofd. Motiveren en coachen zijn ook taken van de hulpverlener. - K.H.: Structureren, bevragen, functie van gedrag uitzoeken samen met ouders, maar ook leren van vaardigheden (dus wat onderwijzend).

VRAGENLIJST MET D. vd T. OVER DE OUDERCURSUS

<i>Oudercursus in drie woorden</i>	Gedragstherapeutisch en ervaringen delen.
<i>Wat maakt oudercursus specifiek?</i>	Bij de oudercursus worden de ouders vaardigheden aangeboden en niet de kinderen.
<i>Verwijzing naar oudercursus</i>	De cliënt komt bij de oudercursus terecht door een verwijzing via de hoofdbehandelaar. Als het een externe verwijzing betreft dan wordt de cliënt aangemeld via het aanmeldbureau.
<i>Vormgeving van de behandeling</i>	Er zijn dertien bijeenkomsten, welke duren van 19.00-21.00 uur. Per oudercursus kunnen er zes ouderparen deelnemen. Dat betekent dat er twaalf ouders per avond aanwezig zijn. Tijdens de oudercursus wordt er gebruik gemaakt van het boek 'Sociaal onhandig' van Minderaa. Hier moeten ouders hoofdstukken uit lezen. De methodiek die ten grondslag ligt aan de oudercursus is de gedragstherapie. De avonden kennen een vaste structuur. Het begint met een drie- minutenronde over positieve situaties en situaties waarin ouders anders hadden kunnen handelen. Dan wordt huiswerk besproken. Vervolgens wordt het thema van de avond besproken, wordt er een oefening gedaan en een samenvatting gegeven van de avond. Als laatste krijgen ouders huiswerk mee om te maken en literatuur om te lezen.
<i>Doelgroep</i>	- Ouders van kinderen van 6-12 jaar (basisschoolleeftijd) met psychiatrische stoornissen als PDD- NOS, ADHD, ASS, LVG.
<i>Doelstelling</i>	- Ouders opvoedingsvaardigheden aanbieden. - Ouders horen van elkaar hoe ze een kind met ontwikkelingsproblematiek opvoeden.

<i>Indicaties</i>	- Ouders willen hulp bij de opvoeding. - Ouders willen weten hoe ze dingen moeten aanpakken, bijvoorbeeld als net de diagnose is gesteld.
<i>Contra- indicaties</i>	- Als het ouders niet lukt om te komen. - Als de eigen psychiatrische problematiek van de ouders te ingewikkeld is.
<i>Gewenst resultaat</i>	Dat ouders zich in de opvoeding van hun kind vaardiger voelen; dat hun vaardigheden worden vergroot.
<i>Verwachtingen t.o.v. de cliënt</i>	Inzet en werken aan de gestelde doelen.
<i>Taak hulpverlener</i>	Tijd bewaken, informatie geven, vaardigheden vergroten, cognities en helpende gedachten verwoorden, inzicht geven in eigen handelen, helpen bij gedragsveranderingprogramma en bij vragen die niet in de behandeling thuishoren verwijzen naar de hoofdbehandelaar.

VRAGENLIJST MET C.H. OVER PEP

<i>PEP in drie woorden</i>	Informatief, kort en bondig.
<i>Wat maakt PEP specifiek?</i>	Het is kort, bondig, informatief, een open groep, ouders kunnen op eigen initiatief komen/ kunnen zichzelf opgeven en als PEP te weinig is kunnen ze door naar andere hulp.
<i>Verwijzing naar PEP</i>	Ouders kunnen zichzelf opgeven (vrijwillig), maar ze kunnen ook op advies van de (hoofd)behandelaar deelnemen aan de PEP.
<i>Vormgeving van de behandeling</i>	Er zijn twee bijeenkomsten van twee uur. Tussen deze bijeenkomsten zit een week de tijd. Tijdens deze bijeenkomst wordt er uitgelegd aan de hand van PowerPoint- presentaties. De eerste avond gaat inhoudelijk over ASS/ ADHD/ LVG en de tweede avond gaat over praktische informatie en datgene wat Accare Emmen te bieden heeft. Gedurende deze avonden kunnen ouders vragen stellen.
<i>Doelgroep</i>	- Het netwerk van de jongere met de ASS-/ ADHD-/ LVG- problematiek.
<i>Doelstelling</i>	- Psycho- educatie; informatie verstrekken. Op basis daarvan kan men kijken of ouders wel weten of dat ze meer hulp nodig hebben.
<i>Indicaties</i>	- Er is sprake van psychiatrische problematiek (vaak het netwerk van het kind).
<i>Contra- indicaties</i>	<i>Er zijn geen contra- indicaties</i>
<i>Gewenst resultaat</i>	Dat ouders meer begrijpen wat de problematiek inhoudt. Dat ze handvatten hebben en eventueel een vervolgbehandeling kunnen volgen.
<i>Verwachtingen t.o.v. de cliënt</i>	Dat ze komen, dat ze vragen stellen en inbreng hebben en dat ze open staan voor het krijgen van handvatten.
<i>Taak hulpverlener</i>	Informatie geven over.../ doceren. En eventueel doorverwijzen.

VRAGENLIJST MET J.I. OVER DE SYSTEEMTHERAPIE

<i>Systeemtherapie in drie woorden</i>	J.I. heeft een korte zin genoemd, namelijk: De kunst om ruimte te creëren binnen het systeem, zodat het kind of de jongere zich verder kan ontwikkelen. Tevens noemt hij dat de systeemtherapie een opzichzelfstaande methode is waarbij eclectisch wordt gewerkt. Met andere woorden worden er verschillende vormen van de systeembenadering ingevoegd op basis van wat zich voordoet.
<i>Wat maakt systeemtherapie specifiek?</i>	Als systeemtherapeut heb je een metafunctie. Je 'hangt' boven het gezin en ziet hiermee het proces. Je bent specialist in het proces. J.I. noemt dat 'erin' en 'eruit'. Erin is het leren kennen en contact maken. Eruit is op afstand (metaniveau). Als systeemtherapeut kijk je naar het gezin en luister je naar je innerlijke dialoog, het gesprek in jezelf. J.I. noemt dat hierbij afwegingen aan de orde kunnen komen, bijvoorbeeld "Hoe zin vol is dit?", "Wat is het effect?" en/ of "Wat bereik ik?" Het is belangrijk om transparant te werken en dingen uit te spreken. Zo kun je je ideeën checken.
<i>Verwijzing naar systeemtherapie</i>	Door een indicatie. Vaak gaat er een gezinsonderzoek aan vooraf, gevolgd door systeemtherapie.
<i>Vormgeving van de behandeling</i>	De doelen voor de systeemtherapie worden met de cliënten doorgenomen en ook wordt gekeken naar hoe lang de behandeling zal duren. Over de duur van de behandeling zijn geen afspraken. Het gezinsonderzoek duurt een uur tot anderhalf uur en J.I. geeft aan dat hij houdt van een kortdurende therapie (drie tot vijf bijeenkomsten van gemiddeld vijf kwartier tot anderhalf uur). Soms zijn er meer behandelingen nodig, dat ligt aan de focus. Als die gericht is op relatie heb je vaak meer behandelingen nodig. Eerst wordt kennisgemaakt, waarbij J.I. zich een beeld probeert te vormen of dat wat gebeurt tot normaal of abnormaal wordt gerekend. Hij gebruikt hier het circulaire interview voor. Ook maakt hij vaak gebruik van een genogram (met drie generaties) aan het begin van de

	behandeling. J.I. meent dat het belangrijk is om bij de start van de behandeling niet met het probleem te beginnen, maar eerst te kijken wat voor kind het is, vanuit zijn plek thuis, op school en met leeftijdsgenootjes. J.I. noemt de centrale vraag: "Hoe presenteert het systeem zich en hoe presenteren ze hun probleem?"
<i>Doelgroep</i>	- Alle gezinsleden die bij de aangemelde cliënt betrokken zijn.
<i>Doelstelling</i>	Het doel voor de behandeling bespreek je met het systeem. Dat doel kan tijdens de behandeling veranderd worden, daarom stel je ze globaal vast. Hij noemde als voorbeeld dat als doel werd gesteld om met kinderen in gesprek te komen. Als hulpverlener is het belangrijk om ruimte te creëren waarbij je aansluit bij de taal van het gezin en dat wat zich op dat moment aandient. Je moet vaststaande ideeën van mensen langs de meetlat leggen.
<i>Indicaties</i>	- Behoeftte aan meer communicatie binnen het gezin. - Als er sprake is van faseproblematiek, bijvoorbeeld kinderen in de puberteit. - Het geven van psycho- educatie.
<i>Contra- indicaties</i>	Er zijn geen contra- indicaties. Alleen als cliënten niet willen. De systeemtherapie is breed inzetbaar. Zo kan het ook bij een psychose ingezet worden. Dan wordt besproken hoe je je zorgen en/ of emoties uit.
<i>Gewenst resultaat</i>	Psycho- educatie. Acceptatie is hierin een belangrijk onderdeel, omdat ouders hierdoor anders met hun kind om kunnen gaan. Ouders kunnen woorden anders gaan gebruiken. In plaats van 'conflict' gebruiken ze nu het woord 'meningsverschil'.
<i>Verwachtingen t.o.v. de cliënt</i>	J.I. verwacht dat cliënten akkoord gaan met de verwijzing voor therapie en dat ze aan hun problemen willen werken. Ook wordt inzet verwacht.
<i>Taak hulpverlener</i>	Het faciliteren van het proces. Als systeemtherapeut heb je kennis van zaken en ben je specialist in het proces. Dit kun je sturen. Teveel op de inhoud gaan zitten of advies geven werkt niet. Het is belangrijk om afspraken te maken met ouders, waarbij je niet uitstraalt hoe het wel en niet hoort. Je moet juist de verschillen in normen en waarden accepteren.

VRAGENLIJST MET L.P. OVER VHT

<i>VHT in drie woorden</i>	Ouders leren bewuster met initiatieven van hun kinderen om te gaan. Bewustwording/ beter begrijpen en aanvoelen van de belevingswereld van het kind.
<i>Wat maakt VHT specifiek?</i>	Video laat geen problemen verdwijnen, wel kunnen initiatieven van kinderen heel duidelijk in beeld worden gebracht en uitvergroot. Hierdoor is er (beter) begrip vanuit de ouders voor de initiatieven van het kind. Vaak gaan initiatieven verloren in het tumult van het gezinsleven. Video biedt de kans om letterlijk afstand te nemen van de realiteit en die tegelijkertijd exact in beeld te krijgen.
<i>Verwijzing naar VHT</i>	Vaak krijg ik een mail als de cliënt wordt aangemeld en dan worden gezinnen of op de wachtlijst gezet, of er wordt een kennismakingsgesprek gepland.
<i>Vormgeving van de behandeling</i>	De vormgeving van de behandeling verschilt per casus en vraag. Het bespreken van de video duurt gemiddeld één tot anderhalf uur. VHT hoeft niet altijd bij mensen thuis plaats te vinden, het zou ook in groepsgebeuren of op een andere locatie kunnen. Het bespreken van de video zou ook op de polikliniek kunnen.
<i>Doelgroep</i>	<i>Informatie over de doelgroep is gebaseerd op informatie uit de PowerPoint- presentaties over VHT.</i> - Gezinnen met een kind in de leeftijd van anderhalf tot twaalf jaar waarbij sprake is van opvoeding- of communicatieproblemen. Het onderlinge contact tussen de ouders en het kind wordt als problematisch ervaren. - Ouders kunnen pedagogische hulpvragen hebben, welke zich kunnen richten op ADHD, ASS, hechtingsstoornissen, verminderd begripsvermogen (LVG) en/ of (psycho)somatische problematiek. - Tevens kunnen ouders een hulpvraag hebben met betrekking tot het verbeteren van het contact. Hierbij is het mogelijk dat er bij het kind sprake is van een vertraagde of verstoorde ontwikkeling. Dit vraagt van de ouders extra vaardigheden in de basiscommunicatie.
<i>Doelstelling</i>	<i>Informatie over de doelstelling is gebaseerd op informatie uit de PowerPoint- presentaties over VHT.</i> - Psycho- educatie - De basiscommunicatie in het gezin is op gang gebracht, verbeterd of hersteld (negatieve spiraal ombuigen) - Ouders kunnen beter aansluiten bij het niveau/ problematiek van het kind en hebben daarmee het contact met het kind verbeterd. - Ouders beheersen meer pedagogische vaardigheden om negatief gedrag in positief gedrag om te buigen.

	- Ouders hebben meer zelfvertrouwen bij het opvoeden van de kinderen (aanwezige vaardigheden bekrachtigen door positieve momenten terug te laten zien en uitbreiden hiervan)
<i>Indicaties</i>	<i>De indicaties zijn gebaseerd op informatie uit PowerPoint- presentaties over VHT.</i> - Ouders die geen positieve eigenschappen van zichzelf en/ of de kinderen meer zien. - Ouders die hun eigen aandeel in de communicatie en opvoeding niet zien - Ouders die geen afstand meer kunnen nemen. - Transfer/ generalisatie van vaardigheden van de polikliniek naar thuis is erg lastig (bv. i.v.m. laag niveau van ouders of er letterlijk geen afstand van kunnen nemen) - Het laten zien van het effect van bepaalde reacties op elkaar is dan effectiever dan wanneer je het verloop van bepaalde interactiepatronen terughaalet m.b.v. woorden; doorvragen op de beelden is vaak effectiever dan inzicht geven met behulp van woorden - Draagkracht, motivatie en naar zichzelf willen kijken - Gedragsverandering, concreet in het hier en nu
<i>Contra- indicaties</i>	<i>De contra- indicaties zijn gebaseerd op informatie uit de PowerPoint- presentaties over VHT.</i> - Crisis (ter voorkoming van uithuisplaatsing) - Multi-problem gezinnen.
<i>Gewenst resultaat</i>	Ouders leren bewuster met initiatieven van hun kinderen om te gaan. Bewustwording/ beter begrijpen en aanvoelen van de belevingswereld van het kind. Je hoopt dat door het beter begrijpen, het bewust worden en het aanvoelen van de belevingswereld van het kind minder vaak correcties nodig zijn, minder irritaties. Ouders en kind voelen zich prettiger in het dagelijkse gezinsleven.
<i>Verwachtingen t.o.v. de cliënt</i>	Draagkracht, motivatie en naar zichzelf willen kijken.
<i>Taak hulpverlener</i>	Ouders leren bewuster met initiatieven van hun kinderen om te gaan. Bewustwording/ beter begrijpen en aanvoelen van de belevingswereld van het kind. En de positieve momenten op een film uitvergrooten; dat wat goed gaat uitvergrooten.

Bijlage 6 'Uitwerking van de interviews'

N.S.

Hoofdbehandelaar

Het interview met N.S. is afgenomen op 25 oktober 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

<i>Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan</i>	Studie/ werk: - Studie psychologie in Groningen (afgestudeerd in 1982) - Zwakzinnigenzorg op verschillende groepen en daar ook lessen verzorgd. - Woelwijck Sappemeer: een woongemeenschap voor verstandelijk beperkten en verstandelijk gehandicapten. - Na een hernia een carrièreswitch en werkzaam bij de gemeente Groningen, bij de afdeling openbaar werk. Taak: het begeleiden van een veranderingsproces waarin twee divisies samengevoegd werden en moesten samenwerken. - 't Ruige Veld in Rolde: zeer intensieve zorg groep; een groep met gedragsgestoorden (jongeren met psychiatrische problematiek). Op de crisisafdeling 'onderwijs' verzorgd voor een groep die buiten het reguliere onderwijs viel, omdat de gedragsproblematiek en de psychiatrische problematiek te groot was. - Na de opstarting van de polikliniek in Rolde daar werkzaam als psycholoog, omdat er een wachtlijst was. Vanaf die tijd werkzaam als psycholoog. Eerst voornamelijk als diagnosticus. De laatste jaren dat we in Emmen zitten, ook omdat het beleid ten aanzien van psychologen en orthopedagogen veranderde, ook andere werkzaamheden.
<i>Werkzaam bij Accare Emmen sinds...</i>	- November 2007, vanaf de start van Accare Emmen.
<i>Taken binnen Accare Emmen</i>	- Psychologisch onderzoek, intakegesprekken en oudergesprekken; - Geven van psycho- educatie. Dat kan in individuele ouderparen of in groepsverband. Bij de psycho- educatie voor ouder richt ik me vooral op de LVG: dus moeilijk lerend zijn en informatieverwerking. Ik richt me op wat aan de basis ligt van andere problemen. ADHD- problemen kun je terug vertalen naar wat je ook ziet in het intelligentieprofiel. En daarmee kun je aan ouders ook makkelijk inzichtelijk maken van waarom hun kind reageert zoals hij reageert.

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

<i>Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar</i>	Aan het begin heb je meerdere gesprekken met ouders (ontwikkelingsanamnese) waarin ik helder probeer te krijgen wat de problematiek van het kind is, wat de mogelijkheden van de ouders zijn en wat de opvoedingssituatie is. Op basis hiervan kijk ik wat het meest passend kan zijn, wat weer per ouder kan verschillen. Als ik zicht heb op de ontwikkelingsanamnese en zie hoe een kind reageert in de thuissituatie kan ik ook helder krijgen waar de ouders tegenaan lopen, wat de concrete gezinssituaties zijn en waar ze met name tegenaan lopen. Dan probeer ik een prioriteitslijst te maken met wat het belangrijkste is om op in te zetten. Met betrekking tot de zorgactiviteit maak ik een keuze of ik inzet op gelijktijdige aanpak en maak ik de keuze of ik ze samen/ apart aanmeld. Ik meld vervolgens aan bij het secretariaat, vraag aan de betreffende hulpverleners wat de mogelijkheden zijn en of er een wachtlijst is.
--	---

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

<i>VHT</i>	- Wanneer ik denk dat er sprake is van hechtingsproblematiek. - Wanneer ouders niet begrijpen waarom het kind reageert zoals het reageert. Dan kun je met VHT inzicht geven.
<i>IPG</i>	- Wanneer je met ouders een plan moet maken over hoe om te gaan met problemen binnen een gezinssituatie; problemen inventariseren en

	kijken hoe je dat kunt aanpakken. Het gaat met name om het opstellen van het plan. Het is belangrijk haalbare doelen te stellen. - Om meer zicht te krijgen en inzicht te geven in de interactie op moeilijke momenten binnen het gezin. - Wanneer je een concreet stappenplan maakt met het kind, bijvoorbeeld wat het kind doet als bepaalde situaties zich voordoen.
PEP	- Eerste kennismaking met LVG- problematiek en de psychiatrische problemen. Dit kan een eerste stap zijn naar verdere ouderbegeleiding. - PEP is een kennismaking met de problematiek en het kan een goede manier zijn om daarin andere ouders te horen.
Mediatietherapie	- Mediatietherapie zou je kunnen inzetten om de verschillende rollen die ouders hebben te bekijken en je daarvan bewust te worden. <i>Ik heb zelf nooit doorverwezen naar mediatietherapie.</i>
Systeemtherapie	<i>Ik heb zelf nooit doorverwezen naar systeemtherapie.</i>
Oudercursus	- Behoeft aan psycho- educatie over LVG, ADHD en PDD- NOS. - Als het voor ouders een goede manier is om met andere ouders hierover te praten: lotgenotencontact.

Contra- indicaties

VHT	- Ouders moeten mee willen werken. - Ouders moeten in staat zijn om het te snappen; het gaat om het niveau van de ouders. Als ouders niet kunnen reflecteren op wat ze doen, moet je ze meer begeleiden in de situatie waarin het zich voordoet.
IPG	- Het probleem moet zwaar genoeg zijn om IPG in te zetten. - Ouders moeten in staat zijn om het te snappen; het gaat om het niveau van de ouders. Als ouders niet kunnen reflecteren op wat ze doen, moet je ze meer begeleiden in de situatie waarin het zich voordoet.
PEP	- Ouders moeten in staat zijn om het te snappen; het gaat om het niveau van de ouders. Als ouders niet kunnen reflecteren op wat ze doen, moet je ze meer begeleiden in de situatie waarin het zich voordoet.
Mediatietherapie	- Ouders moeten in staat zijn om het te snappen; het gaat om het niveau van de ouders. Als ouders niet kunnen reflecteren op wat ze doen, moet je ze meer begeleiden in de situatie waarin het zich voordoet. <i>Verder kan ik geen contra- indicaties bedenken.</i>
Systeemtherapie	- Ouders moeten in staat zijn om het te snappen; het gaat om het niveau van de ouders. Als ouders niet kunnen reflecteren op wat ze doen, moet je ze meer begeleiden in de situatie waarin het zich voordoet. <i>Verder kan ik geen contra- indicaties bedenken.</i>
Oudercursus	- Ouders moeten in staat zijn om het te snappen; het gaat om het niveau van de ouders. Als ouders niet kunnen reflecteren op wat ze doen, moet je ze meer begeleiden in de situatie waarin het zich voordoet. <i>Verder kan ik geen contra- indicaties bedenken.</i>

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

<i>De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen</i>	- De gedachte of het haalbaar is en waar je het meeste succes mee kunt halen in korte tijd. - Wie/ wat is beschikbaar (rekening houden met wachtlijsten) - De ervaring van de medewerkers: wie kan iets betekenen in dit gezin?
<i>Problemen met verwijzen</i>	- Wachtlijst
<i>Benodigde informatie</i>	- Inzichtelijke beschrijving van de behandelactiviteit met daarin wat wel en wat niet kan. Tevens wat de behandelaar als indicatie ziet op basis van zijn/ haar kennis van de behandeling.

INHOUD BESLISBOOM

<i>Inhoud beslisboom</i> Doel volgens N.S.: inzicht krijgen in de behandelingen.	- Niveau; - Indicaties en contra- indicaties vanuit de behandelaren zelf; - Beginnen bij de lichtste vorm en eindigen bij de zwaarste vorm;
---	---

Overige vragen/ opmerkingen: -

Het interview met J.v.B. is afgenomen op 31 oktober 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan	Studie/ werk: - Studie geneeskunde; - Consultatie- arts op consultatiebureau; - Opleiding accupunctuur en een eigen bedrijf begonnen; - GGZ in Assen in de kinder- en jeugdpsychiatrie; - Jeugdarts bij de GGD; - Naast de GGD- opleiding begonnen bij Accare Assen en daar medicatie-instellingen doen. Gestopt bij GGD en naar Accare Emmen gegaan.
Werkzaam bij Accare Emmen sinds...	- November 2010.
Taken binnen Accare Emmen	- Hoofdbehandelaar (met alle taken die daarbij horen); - Zorgen voor medicaties/ medicatie- instellingen.

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar	De cliënt wordt aangemeld bij het aanmeldbureau. Daar wordt het geselecteerd, ingedeeld en dan komt het bij mij in de agenda te staan. Dat is normaal gesproken het eerste contact wat mensen hier dan hebben. Van daaruit ga je verder kijken naar wat mensen nodig hebben, wat hun vraag is, welke diagnostiek er nodig is en wat je daarbij zelf kan en/ of uitbesteedt. Alles wat ik zelf kan pak ik zelf op en de rest besteed ik uit.
---	---

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

VHT	- Als het niet duidelijk is hoe ouders thuis functioneren. - Als ik denk dat er in de omgang van ouders met het kind nog heel veel te verbeteren valt. <i>Ik vind er wel wat overlap in zitten met het IPG- werk. VHT wordt niet veel gebruikt heb ik het idee, terwijl het wel mooi is om in te zetten. Maar vaak wordt er iemand van IPG in het gezin geplaatst om te kijken hoe het gaat en die geeft aanwijzingen.</i>
IPG	- Als je twijfels hebt over hoe het systeem omgaat met elkaar. - Als je twijfels hebt hoe ouders omgaan met het kind. - Als er argwaan is in de communicatie; of dat allemaal wel goed gaat. <i>Als je wilt kijken binnen het gezin, kan IPG ingezet worden. Ook voor ouders die goed functioneren, maar een kind met een beperking hebben. In de thuissituatie kun je meteen ingrijpen op dat wat gebeurt.</i>
PEP	- Als ouders aangeven dat ze psycho- educatie willen. - Als je het idee hebt dat ouders wat meer kunnen weten over ADHD/ ADD. Heel veel ouders vinden het prettig, informatie over de aandoening van hun kind.
Mediatietherapie	- Als ouders behoefte hebben aan individuele begeleiding. - Als ouders specifieke vragen hebben over hun kind.
Systeemtherapie	- Als je het idee hebt dat het systeem gewoon niet goed functioneert, waardoor het kind ook gaat disfunctioneren. <i>Ik zie systeemtherapie vaak als iets 'zwaarders'. Vaak laat ik aan systeemtherapie een gezinsonderzoek voorafgaan. Als ik mijn twijfels heb over het functioneren van het systeem vraag ik wel eens een systeemtherapeut om mee te kijken.</i>
Oudercursus	- Als ouders het prettig vinden om in een groep te functioneren en daar hun informatie vandaan te halen. <i>Ik verwijs niet vaak door naar de oudercursus. Ook omdat ouders daar bij mij niet veel behoefte aan hebben. Die lijken minder behoefte te hebben om de problemen in een groep te bespreken.</i>

Contra- indicaties

VHT	- Als het niet nodig is. Het is intensief en het vergt veel tijd. Je zet in als het nodig is, maar als het niet nodig is doe je het niet.
IPG	- Inzetten wat wenselijk en nodig is. Bij een simpele ADHD- er ga je geen IPG inzetten als het thuis gewoon loopt. Je zet het alleen in als ouders in de thuissituatie in de knel komen.
PEP	- Als er geen diagnose ADHD of PDD- NOS is gesteld bij het kind.
Mediatietherapie	- Als het niet nodig is, hoeft je het niet te doen. - Als kinderen medicatie krijgen; omdat ik van mening ben dat de problemen ook te maken heeft met omgevingsfactoren. Als het kind medicatie krijgt zou ik mediatietherapie inzetten om het probleem van meerdere kanten te belichten. - Als je een oudercursus geeft en ouders voelen zich daar prettig in, dan heb je geen mediatietherapie nodig.
Systeemtherapie	- Als het niet nodig is doe je het niet. Bijvoorbeeld met goed functionerende ouders en goed functionerend systeem.
Oudercursus	- Als je mediatietherapie geeft, is de oudercursus op dat moment een contra- indicatie.

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen	- In de diagnostiekfase kijk je naar elk kind afzonderlijk, wat het nodig heeft en wat er aan de hand is. Vervolgens kijk je wat het kind nodig heeft om hem verder te helpen. Vaak komt daar hulp voor het gezin bij, welke afhankelijk is van hoe het systeem in elkaar zit, hoe de ouders functioneren ten opzichte van het kind en of ze snappen wat er met hun kind aan de hand is. Bij het verwijzen houd ik rekening met: - o Wat is de diagnose? - o Hoe functioneert het systeem? - o Hoe functioneert het kind? - o Hoeveel kennis hebben de ouders?
Problemen met verwijzen	- Het maken van een keuze is lastig; er is geen protocol. Drie behandelaars kunnen drie verschillende keuzes maken. Ik denk dat het wel eens goed kan zijn dat je een bepaald stappenplan kunt volgen, zodat we allemaal wat meer op één lijn komen. Op IPG zit bijvoorbeeld een wachtlijst, dus dat kan niet ingezet worden en er moet iets anders gezocht worden. Je moet ook wel eens de second best zoeken, maar soms is het 'natte vinger werk' en dat vind ik jammer. Ik schrijf medicatie voor, zie vervolgens dat ouders geen mediatietherapie of oudercursus krijgen en daar zet ik vraagtekens bij. Ook daar wil ik duidelijke afspraken over maken, omdat ik denk dat dat heel nuttig is.
Benodigde informatie	- Je moet het doen met de informatie die je hebt en dat is soms 'natte vinger werk'; het is geen exacte wetenschap die we doen. Ik denk dat het belangrijk is om de diagnostiek goed te doen, zodat je weet waar de zere plek ligt.

INHOUD BESLISBOOM

Inhoud beslisboom	- De vraag: is er een diagnose gesteld bij het kind of niet? - Hoe capabel zijn ouders?/ Hoeveel inzicht hebben ouders? (Met betrekking tot diagnose en/ of hun deel in het geheel). - Hoe functioneert het gezin als geheel? Is er een enkelvoudig probleem of hangt het gezin in zijn geheel aan elkaar van allerlei ellende? - Hoe belastbaar zijn ouders? (draagkracht) - Hoe functioneert een kind in zijn sociale omgeving? (school, contact met leeftijdgenootjes) - Opvoedskills van ouders; wat weten ze van opvoeden?
-------------------	--

Overige vragen/ opmerkingen:

Niet in die zin, maar ik denk dat je een lastige opdracht hebt gekregen. Juist omdat er zoveel onduidelijkheid is en het zoeken is en waarschijnlijk ook blijft. Ik denk dat er nooit iets van een pasklaar stappenplan gemaakt kan worden. Ik denk dat je daar ook niet naar moet streven. Maar gewoon richtlijnen, dat zou wel mooi zijn in ieder geval.

Het interview met J.I. is afgenomen op 31 oktober 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan	Studie/ werk: - Studie sociale academie; - Voortgezette opleiding (naast mijn werk); - Systeemtherapie- opleiding (naast mijn werk); - Opleiding voor psycho- therapeut (naast mijn werk); - EMDR- opleiding (naast mijn werk); - Maatschappelijk werker in Utrecht in Academisch Ziekenhuis: volwassenenpsychiatrie; - Maatschappelijk werker, ouderbegeleider, systeemtherapeut op de Ruyterstee; - Psychotherapeut op 't Ruige Veld; - Uiteindelijk terechtgekomen bij Accare Emmen.
Werkzaam bij Accare Emmen sinds...	- November 2007, vanaf de start van Accare Emmen.
Taken binnen Accare Emmen	- Clustermanager behandelzaken; - Psychotherapeut; - Uitvoeren van behandelingen (individuele- en gezinsbehandeling); - Superviseren, coachen, werkbegeleiding geven; - Andere instellingen bezoeken vanuit de taak als clustermanager.

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar	Verwijzers sturen een brief/ fax naar het aanmeldteam en daar wordt het verdeeld onder de leden van het aanmeldteam. Ik zit ook in dit team. In het aanmeldteam wordt besloten of het een goede indicatie is. Als er nog vragen zijn bellen we de verwijzer en/ of ouder. In het aanmeldteam besluiten we of een specifiek iemand de intakes moet doen (bv. bij medische vragen). Vanaf het moment van de kennismaking/ intake is er een hoofdbehandelaar bij betrokken. Het kan zijn dat twee hoofdbehandelaars een intake doen, maar één van de twee wordt hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de casus, doet diagnostiek en verwijzingen (intern) naar andere disciplines. Naast lid van het aanmeldteam ben ik hoofdbehandelaar en ik zit ook in de teams zelf. Ik bemoei me niet inhoudelijk met wat mensen doen. Behalve als ik denk dat het niet goed is wat er gebeurt, maar dat gebeurt zelden.
---	--

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

VHT	- Bij mensen die wel weten waar het over gaat (bv. door psycho- educatie) maar ze hebben het gevoel dat ze er geen grip op kunnen krijgen. - Wanneer zicht verkregen moet worden op hoe de interactie plaatsvindt.
IPG	- Als er sprake is van concrete vragen (Bv. "Ik wil graag leren wat ADHD is en wil daar handvatten voor hebben voor in de thuissituatie). - Voor mensen die huishulp nodig hebben. - Ouders die concrete en gerichte hulp nodig hebben; niet teveel praten, maar doen. Je moet met elkaar komen tot doelen waar je aan kunt werken. Er moet wel sprake zijn van psychiatrische problematiek. - Mensen die het moeilijk vinden om hier naar toe te komen. IPG is een combinatie van psychiatrie en opvoedingsvragen, een soort van opvoedingsondersteuning.
PEP	- Als je denkt dat het goed is als ouders voorlichting zouden krijgen over ADHD, LVG en wat cluster Emmen kan bieden. Ik zet het in als mensen geen idee hebben waar het over gaat en er blanco in staan.
Mediatietherapie	- Als je belemmerende cognities bij de ouder(s) moet bewerken, (bv. cognities die belemmeren een goede opvoeder te zijn). Je richt je dan op de opvoedingstaak en de aanwezige psychiatrische problematiek.

<i>Systeemtherapie</i>	- Als je denkt dat je door procesmatig met mensen aan de gang te gaan, kunt komen tot verandering in hun leven en dat ze het zelf kunnen doen. Als systeemtherapeut creëer je ruimte om in beweging te komen. Het gaat niet om een grootscheepse verandering, maar dat mensen gaan nadenken over wat ze doen en waarom ze dat zo doen.
<i>Oudercursus</i>	- Om ouders met elkaar in gesprek te laten komen. - Behoeftte van ouders aan uitwisseling met andere mensen, ondersteuning van andere mensen in een soortgelijke situatie. - Ouders het gevoel geven dat ze niet de enige zijn die hiermee lopen.

Contra- indicaties

<i>VHT</i>	- Geen motivatie. - Mensen die niet geneigd zijn naar zichzelf te kijken. <i>Eigenlijk zou ik niet weten wat een contra- indicatie is.</i>
<i>IPG</i>	- Geen motivatie. - Ouders moeten meewerken; IPG kan vertroetelend werken. - Wanneer er in het systeem psychotische kinderen zijn. <i>Ik vind dat er niet echt contra- indicaties zijn.</i>
<i>PEP</i>	- Geen motivatie. - Mensen moeten zich niet gestuurd voelen.
<i>Mediatietherapie</i>	- Geen motivatie. - Co- morbiditeit: psychiatrische problematiek bij de ouders.
<i>Systeemtherapie</i>	<i>Die zijn er niet. Je kunt altijd systeemtherapie doen.</i>
<i>Oudercursus</i>	- Geen motivatie. - Er moet bereidheid zijn om te leren van een ander.

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

<i>De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen</i>	- Kennismaking: ik vraag waar ze voor komen en waar ze aan willen werken. Tijdens gesprekken vorm ik hypothesen, deze toets ik en op basis daarvan ga ik in gesprek met de ouders en het kind/ de jongere. Ik geef mijn denken richting in het onderzoek dat ik doe. Soms weet ik ook tijdens een gesprek welke behandeling past. Het is een wisselwerking eigen denken en de behoefte van mensen. Je probeert om te kijken of dat wat mensen willen ook is wat jij denkt dat er aan de hand is. - In de diagnostische fase kom je tot een adviesgesprek met een plan. De gedachten/ overwegingen die hierin een rol spelen bij mij zijn: - Ik denk circulair; ik kijk naar het patroon wat in stand gehouden wordt. Ik kijk naar de betekenis van het gedrag in het gezin en het patroon in het gezin. Ook denk ik in generaties van de opvoeding. Ik heb sterk de neiging om in het probleem te stappen, maar ook om me er weer uit te trekken. Om zo op metaniveau te kunnen kijken wat er gebeurt.
<i>Problemen met verwijzen</i>	- Wachtlijsten en wachttijden. - De voorkeur voor een bepaald persoon en soms het ontbreken van vertrouwen. De verwijzing moet bij de goede persoon terecht komen. Soms vraag ik me af of ik het moet loslaten of het zelf moet doen.
<i>Benodigde informatie</i>	- Als mensen met een vooropgezet idee komen. Of ze hebben gehoord/ gelezen over iets dat werkt.

INHOUD BESLISBOOM

<i>Inhoud beslisboom</i> Tip van J.I.: Met je hele lijst moet je maar groeperen denk ik.	- Frequentie; - Thuis of poliklinisch; - Gezin of individueel; - Tijdsinvestering; - Rol van de hoofdbehandelaar; - Wordt er gebruik gemaakt van vragenlijsten of iets waar heel veel structuur in zit (structuurondersteunde activiteiten)?
--	---

Overige vragen/ opmerkingen:

-

Het interview met H.K. is afgenomen op 3 november 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan	Studie/ werk: - Studie psychologie aan de RUG in Groningen. In het laatste jaar heb ik klinische- en ontwikkelingspsychologie gedaan en daarbij een onderzoek gedaan bij Accare naar angstbehandeling. Mijn praktijkstage heb ik gedaan bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) in Groningen. - Werk: 18 uur bij Accare, 20 uur bij BJZ Groningen. Na een jaar ben ik fulltime gaan werken bij Accare Emmen.
Werkzaam bij Accare Emmen sinds...	- April 2009.
Taken binnen Accare Emmen	- Psycholoog en opleiding tot GZ- psycholoog. Mijn taken zijn: intakes, diagnostiek (o.a. psychologische onderzoeken) en behandeling. - Qua behandeling doe ik runningtherapie en schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen. Qua trainingen heb ik SOVA- trainingen gedaan en doe ik nu de brusesgroep. Ook doe ik de PEP- avonden.

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar	Er is een aanmeldbureau die de intakes verdeelt over de hoofdbehandelaars. Ik voer vervolgens één van de vele intakegesprekken. Dit gesprek voer ik alleen, of met iemand anders. In principe is het zo dat degene met wie je het intakegesprek voert 'jouw' cliënt wordt. Samen met de cliënt ga je het hele traject door. Dus daar kan diagnostiek achterweg komen, maar ook alleen behandeling.
---	--

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

VHT	- Wanneer er sprake is van hechtingsproblematiek is VHT een goed middel om bezig te gaan met de communicatie tussen ouders en de interactie. - Wanneer ouders zich niet goed bewust zijn van wat er mis gaat in de communicatie, dat kun je inzichtelijk maken. - Wanneer ouders zeggen dat er iets mis gaat in de communicatie, maar ze niet goed snappen waar het mis gaat.
IPG	- Wanneer er problemen zijn waarin ouders duidelijk aangeven zich onmachtig/ machteloos te voelen; situaties waarin ouders niet weten hoe ze om moeten gaan met het gedrag. - Wanneer ouders ondersteuning nodig hebben en niet voldoende hebben aan een PEP- avond. - Observatie in de thuissituatie.
PEP	- Wanneer de diagnose ADHD, PDD- NOS, autisme of LVG wordt vastgesteld. - Wanneer ouders zich afvragen wat de diagnose inhoudt. - Als middel om ouders uit te leggen wat Accare Emmen te bieden heeft, zodat ouders kunnen kijken wat bij hen en bij het kind past.
Mediatietherapie	- Als ouders vastlopen in de opvoeding en zelf heel gemotiveerd zijn om ermee aan de slag te gaan. <i>Ik heb nog niet naar mediatietherapie verwezen. Ik heb het niet zo helder, want het is vrij nieuw. Het beeld dat ik hierbij heb is dat het cognitieve gedragstherapie is, gericht op gedrag van het kind. Je probeert het gedrag van het kind te veranderen middels de ouders. Het verschil met IPG vind ik wat lastig, maar ouders moeten misschien wat gemotiveerder zijn, omdat ze ook hierheen moeten komen</i>
Systeemtherapie	- Wanneer je merkt dat er patronen moeten worden doorbroken in de interactie in een gezin. - Wanneer je merkt dat het gedrag van het kind in stand gehouden wordt door het systeem.

<i>Oudercursus</i>	- Wanneer ouders vastlopen in de opvoeding. - Wanneer ouders behoefte hebben aan lotgenotengevoel; steun vinden bij andere ouders.
--------------------	---

Contra- indicaties

<i>VHT</i>	- Ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. - Onvoldoende motivatie.
<i>IPG</i>	- Ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. - Onvoldoende motivatie. - Wanneer de situatie onveilig is. De situatie moet te handhaven zijn en de kinderen moeten niet te onveilig zijn. Er moet een zekere veilige basis zijn, wil je daar aan het werk kunnen.
<i>PEP</i>	<i>Er zijn geen contra- indicaties.</i>
<i>Mediatietherapie</i>	- Ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. - Onvoldoende motivatie. - Een laag IQ. Mediatietherapie is gedragsanalytisch, dus daar moet je wel een beetje voor snappen.
<i>Systeemtherapie</i>	- Ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. - Onvoldoende motivatie.
<i>Oudercursus</i>	- Ernstige psychiatrie bij één van de ouders. Wanneer dit probleem op de voorgrond speelt, dan moet die ouder eerst zelf hulp hebben, voordat hij/ zij deel kan nemen. - Onvoldoende motivatie. - Een laag IQ. Oudercursus is gedragsanalytisch, dus daar moet je wel een beetje voor snappen.

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

<i>De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen</i>	- Ik probeer in de diagnostiekfase een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het kind, wat de sterke/ zwakke kanten zijn en waar het vast loopt. Vanuit waar het vastloopt ga ik kijken wat wij vanuit Emmen kunnen bieden om het kind hierin te helpen. Na de diagnostiek heb je een adviesgesprek met ouders. Ik bedenk van tevoren wat ik passend vind bij het gezin. In het adviesgesprek leg ik aan ouders uit wat er uit gekomen is en dan eventueel het advies. Ik doe wel alles in overleg met hun, uitgaande van wat zij nodig hebben nu ze weten wat er aan de hand is.
<i>Problemen met verwijzen</i>	- Onvoldoende kennis van de verschillende vormen. Ik kies snel voor de bekende weg, terwijl dat niet per definitie de goede weg is. Ik vind het niet bij alle zorgactiviteiten duidelijk waar het precies voor staat.
<i>Benodigde informatie</i>	- Ik kan me veel voorstellen bij een beslisboom. Dat ik die ophang en daar even naar kan kijken. Dan heb je het meteen visueel, alle vormen zie je dan ook direct. In je hoofd sla je er heel snel eentje over. Je kunt er heel flexibel in zijn, maar je kunt het wel bij langslopen en kijken wat er uit komt. Ik denk dat dat mij wel zou helpen.

INHOUD BESLISBOOM

<i>Inhoud beslisboom</i>	- Het zou wel mooi zijn dat je kijkt naar wat per diagnose de meest evidence based behandeling is om te volgen. Elk type behandeling heeft een doel of motivatie, en dat je kunt zien waarvoor je nou wat inzet. - De indicaties.
--------------------------	--

Overige vragen/ opmerkingen:
Nee. Ik wens je veel succes.

Het interview met J.B. is afgenomen op 7 november 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan	Studie/ werk: - B- verpleegkundige en gewerkt in kinder- en jeugdpsychiatrie. - Groepsleider op de Ruyterstee. - De ambulante hulpverlening opleiding en IPG- opleiding. - Tussenopleidingen: VHT, KOPP- psychiatrie en systeemtherapeut.
Werkzaam bij Accare Emmen sinds...	- Drie jaar
Taken binnen Accare Emmen	- Hoofdbehandelaar - Systeemtherapeut

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar	De aanmelding komt binnen bij het secretariaat. Die verzamelen het en vervolgens gaat het naar het aanmeldbureau. Die lezen de aanmeldingen en indien ze vragen hebben bellen ze erachter aan. Dat komt bij elkaar en dan wordt het ingepland bij de hoofdbehandelaar die een intake gaat doen. Soms alleen, soms met een ander. De hoofdbehandelaar komt in beeld op moment dat de intake plaatsvindt.
---	---

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

VHT	- Als ouders en kind overwegend een negatief interactiepatroon hebben. - Bij moeilijk zelfinzicht. - Bij jonge kinderen.
IPG	- Als het ambulant lastig gaat, kun je het thuis intensiever doen. Het is gericht op hele specifieke doelen; concreet en meetbaar.
PEP	- Vrij vlot na de diagnostiek om informatie te verkrijgen over wat er aan de hand is en andere praktische dingen.
Mediatietherapie	- Als de systeemtherapie, IPG en VHT te zwaar zijn. - Als het puur gaat om opvoedkundige zaken naar ouders toe.
Systeemtherapie	- Als er sprake is van complexe situatie. - Als er sprake is van gezinsproblematiek. - Als er sprake is van relatieproblematiek. - Het doorbreken van patronen (vanuit positie, vanuit rol, vanuit bepaald kader waarin mensen leven en contexten waarin dingen gebeuren).
Oudercursus	- 'Kruisbestuiving' van ouders, dat ze van elkaar horen hoe ze het doen. Zo kunnen ze elkaar leren wat ze kunnen doen. Het is laagdrempelig.

Contra- indicaties

VHT	- Als de problematiek te zwaar is, omdat het een vrij lineaire manier van kijken is. - Als er op meerdere vlakken problemen zijn.
IPG	- Als het niveau van ouders te laag is. - Als er geen duidelijke vraag is vanuit het gezin. Dan kun je geen heldere doelen formuleren. IPG is niet alleen maar gezellig koffie drinken.
PEP	- Als het niveau van ouders echt te laag is om dingen op te pakken en te begrijpen. <i>Verder denk ik dat je altijd PEP zou kunnen inzetten.</i>
Mediatietherapie	- Als het niveau van ouders echt te laag is om dingen op te pakken en te begrijpen - Als mensen financieel gezien niet in staat zijn om hier te komen. - Als de problematiek te complex is.
Systeemtherapie	<i>Geen contra- indicatie, maar er moet wel enig niveau zijn om dingen te begrijpen en verbanden te leggen. Te laag niveau zou voor mij een contra- indicatie zijn.</i>

<i>Oudercursus</i>	<i>Gewoon doen, maar ze moeten wel kunnen profiteren. Met laag niveau kun je toch zo de dingen proberen aan te geven dat ze er iets mee kunnen. Het heel laag maken door bijvoorbeeld te kijken naar kleine situaties als tandenpoetsen.</i>
--------------------	--

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

<i>De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen</i>	- De keuze voor de zorgactiviteit is afhankelijk van de problematiek, leeftijd, aanbod, plaats (bv. wachtlijst). We volgen het stepped-caremodel, dus we proberen laag in te zetten tot zwaar waar dat nodig is. Ik vind het belangrijk aan te sluiten bij het gezin. Je geeft ze een aantal opties; je bedenkt wat ze nodig hebben aan de hand van de vraag, aan de hand van waarmee je ze kunt helpen.
<i>Problemen met verwijzen</i>	- De wachttijd. - Als je denkt aan deeltijdgroepbehandelingen moet de groep wel in evenwicht zijn. Bijvoorbeeld een twaalfjarige jongen die niet in kan passen, omdat het verder oudere jongeren zijn. En dat terwijl het wel de doelgroep is. Je moet rekening houden met de leeftijd en het niveau.
<i>Benodigde informatie</i>	- Diagnostiek - Systeemfactoren - Niveau - Context van leven - Schoolinformatie - Ontwikkeling van kinderen - Mogelijkheden (wat kunnen ze zelf?) - Aard van de problematiek.

INHOUD BESLISBOOM

<i>Inhoud beslisboom</i>	- Dingen die we nu besproken hebben; overwegingen die je hebt tot het maken van een keuze. Dat is een boom met 'ja' en 'nee'. Of je gaat terug, of je gaat weer door. Iets dat je in één oogopslag door kan lopen. - Aspecten die je er in kunt noemen zijn: niveau en systeemfactoren (het ene kind met ADHD zie je hier niet, het andere kind wel).
--------------------------	--

Overige vragen/ opmerkingen:

Ik vind het een duidelijk interview. Je stelt heldere vragen waar je vrij concreet op kunt antwoorden. Ik denk dat het wel lastig is voor jou om een beslisboom te maken, omdat er een grote nuance in zit. De beslisboom geeft richting, maar is niet leidend. Als je tot iets komt kan het een weegmoment zijn voor een hoofdbehandelaar, maar niet een doorslaggevende beslissing. Zo klinkt de term beslisboom wel, terwijl het in de hulpverlening wel wat genuanceerder ligt. Misschien kun je nog denken aan een andere term in plaats van beslisboom. Je kunt namelijk niet alleen op basis van een beslisboom beslissen, dat is te kort door de bocht.

Het interview met G.t.S. is afgenomen op 7 november 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan	Studie/ werk: - Studie: geneeskunde - 1984-1987 arts- assistent in de psychiatrie - 1987-1988 het huisartsenjaar - Eind 1988-1994 begonnen met de medische specialisatie richting psychiatrie. Het laatste jaar ben ik kinderpsychiatrie gaan doen, waarna ik nog één extra jaar kinderpsychiatrie moest doen voor de aantekening kinder- en jeugdpsychiater. - Werkzaam bij JKZ in Den Haag. - Vanaf september 1997 werkzaam bij de Ruyterstee. Daar heb ik aanvankelijk klinisch bij de kinderen gewerkt, daarna de eetstoornissen en nu dus sinds anderhalf jaar polikliniek.
Werkzaam bij Accare Emmen sinds...	- Herfst 2009.
Taken binnen Accare Emmen	- Kinderpsychiater: medicatiecontroles en kinderpsychiatrische diagnostiek. - Superviseren van Henriet in het kader van haar GZ- opleiding. - Mijn kennis in dienst stellen van het team, dus patiëntenbesprekingen bijwonen.

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar	De hoofdbehandelaar is degene die de diagnostiek en behandeling coördineert en ook eindverantwoordelijk is voor het reilen en zeilen van de behandeling. En deelbehandelingen kunnen gedaan worden door andere disciplines. De hoofdbehandelaar komt al in beeld bij de intakefase. Normaal gesproken zou dit moeten doorlopen totdat de behandeling wordt afgesloten met een afsluitende brief.
---	--

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

VHT	- Als ouders aanlopen tegen problematisch gedrag van hun kind. - Als ouders met hun kind in disfunctionele interactiepatronen terecht zijn gekomen.
IPG	- IPG is misschien wat breder dan VHT; je kijkt naar het gezin in zijn eigen context. - IPG inzetten als er nog veel belemmeringen zijn om tot hulp te komen, omdat IPG'ers goed zijn in het zoeken naar een ingang bij het gezin.
PEP	- Ouders informeren over de problematiek van het kind; algemeen over opvoeding van een kind met probleemgedrag.
Mediatietherapie	- Inzetten van ouders om tot gedragsverandering van het kind te komen. Ouders leren hoe je een kind kan helpen zijn gedrag bij te stellen. In feite maak je gebruik van leerprincipes.
Systeemtherapie	- Wanneer er disfunctionele gezinspatronen zijn, waarbij niet het individuele probleemgedrag van het kind centraal staat. Het is het systeem dat gezamenlijk een probleem heeft.
Oudercursus	- Ligt in het verlengde van de PEP, maar langer en uitvoeriger. Er wordt stilgestaan bij de ingrediënten van de opvoeding, bijvoorbeeld begrenzen en het aanleren van nieuw gedrag.

Contra- indicaties

VHT	- Als ouders niemand over de vloer willen hebben. - Als er geen behandeldoel is gesteld of je kunt nergens aan werken. <i>Wanneer ouders geen opnames willen is het een belemmering.</i>
IPG	- Wanneer ouders niemand over de vloer willen.

	- Als er geen behandel doel is gesteld of je kunt nergens aan werken.
PEP	<i>Daar zijn geen contra- indicaties voor. Maar ik denk dat het lastig is als ouders teveel met hun eigen problemen zitten, ze in een PEP- groep te hebben.</i>
Mediatietherapie	- Als ouders niet naar de polikliniek kunnen komen. - Als ouders niet bereid zijn naar zichzelf te kijken. - Als er geen behandel doel is gesteld of je kunt nergens aan werken.
Systeemtherapie	- Als ouders niet naar de polikliniek kunnen komen (met hun kind(eren)/ gezin). - Als er geen intentie ontstaat dat ze iets willen veranderen. - Als er geen behandel doel is gesteld of je kunt nergens aan werken.
Oudercursus	- Als ouders te zwakbegaafd zijn en daardoor niet mee kunnen komen in de groep. - Als ouders teveel eigen problematiek hebben, waardoor ze overspoeld zijn met hun eigen sores. Er moet wel enige afstand zijn. - Als er geen behandel doel is gesteld of je kunt nergens aan werken.

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

<i>De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen</i>	- Nadat je een analyse hebt gemaakt van het probleem kijk je waar en op welk niveau hulp ingezet moet worden. De gedachten/ overwegingen die hierin een rol spelen bij mij zijn: - Ik begin bij het biologische stuk, wat het kind mee heeft gekregen bij zijn geboorte. - Vervolgens kijk ik naar wat hij in de loop van zijn leven voor ervaringen opgedaan heeft en hoe dat verder gegaan is. - Dan kijk ik naar het kind in het gezin, hoe dat verlopen is ten opzichte van zijn primaire opvoeders. - Daarop volgend kijk ik naar het kind in de grotere context; school en andere activiteiten en de omgeving waar het opgroeit. Aan de hand van bovenstaande punten kijk ik waar de problemen liggen en kies ik een aangrijpingspunt.
<i>Problemen met verwijzen</i>	- Volle agenda's en/ of wachtlijsten, maar dat is meer een belemmering. Uiteindelijk gaat het erom of we mensen kunnen verleiden om hier te komen en of we met mensen tot een gezamenlijke probleemdefinitie kunnen komen waardoor je verder kan. En dat is denk ik de grootste kunst van de beginfase.
<i>Benodigde informatie</i>	- Ik moet weten wat er is gebeurd. Ik moet weten wat er in een activiteit gebeurt om te kijken of dat aansluit bij het probleem van de mensen. Het is zoeken en kijken wat het beste past.

INHOUD BESLISBOOM

<i>Inhoud beslisboom</i>	- Waar liggen de verschillen tussen de verschillende vormen? Gaat het dan bijvoorbeeld om leeftijd? - Een uitspraak over de verstandelijke vermogens van de ouders of het kind (of daar een verschil in zit). - Het aangrijpingspunt: gaat het om het probleemgedrag van het kind of gaat het om een heel gezin wat problematisch gedrag vertoont? Daar zullen wat accentverschillen liggen tussen de verschillende activiteiten. - Methodiek kan ook een rol spelen. <i>Als je de verschillen onder woorden kunt brengen, kun je misschien tot een beslisboom komen. Waarbij je kunt zien waarom je bij het ene kind voor het één en bij het andere kind voor het andere zou kiezen.</i>
--------------------------	---

Overige vragen/ opmerkingen:

Nee. Je hebt het goed voorbereid en ik denk dat we datgene wat ik wilde zeggen wel hebben besproken. Ik ben wel benieuwd naar het stuk en misschien moet je dat ook nog met mensen doorspreken. Je komt vast nog wel meer vragen tegen. En misschien kom je er bij sommige zorgactiviteiten wel achter dat er zoveel overlap is dat je je kunt afvragen of het wel twee verschillende activiteiten zijn. Ik vind het overigens wel een ambitieus plan, je onderzoek.

Het interview met K.H. is afgenomen op 10 november 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan	Studie/ werk: - Studie orthopedagogiek. Eindstage gedaan bij UCKJP in Groningen en een scriptie gedaan bij Autismeteam Noord Nederland. - Gewerkt bij UCKJP als Hometrainer, één jaar als casusbegeleidster en werkbegeleidster en na twee jaar ook als orthopedagoog. - Daarna registratie GZ- psycholoog gehaald bij UCKJP. - Vanaf 1999/2000 vier jaar op kliniek 't Ruige Veld in Rolde gewerkt. - Daarna gewerkt op de polikliniek in Assen en van daaruit naar Emmen. Werkzaamheden overlapt wat. Wat ik nu in Emmen doe, deed ik ook in Assen. Op een kliniek is het anders.
Werkzaam bij Accare Emmen sinds...	- November 2007, vanaf de start van Accare Emmen.
Taken binnen Accare Emmen	- Uitvoeren van intakes, psychiatrische diagnostiek (en alles wat daarbij hoort), behandelingen, superviseren van enkele medewerkers die in opleiding zijn en methodiekontwikkeling.

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar	De aanmeldingen komen binnen bij het aanmeldbureau. Die beoordelen of het een cliënt voor Accare is. Ook kijken ze naar de inhoud wie de intake het beste kan doen en dan wordt de intake ingepland. Als je dit als hoofdbehandelaar in je agenda ziet staan ben je betrokken bij de casus en voer je de intake uit.
---	--

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

VHT	- Als de vraag van ouders opvoedingshulp of gedragsverandering is. - Als ouders moeite hebben transfer te maken van polikliniek naar thuis. - Als het gericht is op de communicatie; waar gaat het fout? - Als het een jong kind is (tot een jaar of zes/ zeven). - Psycho- educatie: uitleg geven over de diagnose van het kind.
IPG	- Als ouders geen video willen en de vraag is breder dan opvoeding en communicatie. - Als er systemisch meer aan de hand is. - Als de problematiek zwaarder is. IPG is van oorspong uithuisplaatsing-voorkomend. IPG moet ingezet worden als het breder/ zwaarder is en waarbij je niet kunt helpen met VHT en mediatietherapie.
PEP	- Als je denkt dat ouders iets hebben aan psycho- educatie of de vraag van ouders is gericht op psycho- educatie (diagnose ADHD, PDD- NOS, ASS). - Als ouders het zien zitten informatie te krijgen in een groep.
Mediatietherapie	- Kinderen in de basisschoolleeftijd. - Vraag richt zich op opvoeding/ gedragsverandering/ communicatie. - Als ouders in staat zijn overstijgend te denken, met de hulpverlener analyses kunnen maken en daar iets mee kunnen. - Psycho- educatie: uitleg geven over diagnose van het kind.
Systeemtherapie	- Als het gaat om dieper liggende communicatie binnen het gezin; (interactie)patronen die zijn ontstaan (bv. parentificatie, niet los kunnen laten van gezinspatronen). - Relatieproblematiek of communicatieproblemen in de onderliggende dynamiek.
Oudercursus	- Kinderen in de basisschoolleeftijd. - Als de vraag gericht is op opvoeding/ gedragsverandering/ communicatie. - Als ouders in staat zijn overstijgend te denken, met de hulpverlener analyses kunnen maken en daar iets mee kunnen. - Psycho- educatie: uitleg geven over diagnose van het kind.

	- Als ouders profiteren van een groep of aangeven dat ze in een groep willen.
--	---

Contra- indicaties

VHT	- Als mensen geen video in huis willen. - Daar waar nog teveel systemische problemen zijn en de onderliggende interacties nog teveel gedoe geven. - Als de individuele problematiek van de ouders te heftig is en dat de concrete gedragsverandering in de weg staat. <i>Daar waar geen opvoedingsvraag is, maar ouders hebben wel een vraag.</i>
IPG	- Als de vraag gericht is op gedrag en psycho- educatie en het kan ook poliklinisch plaatsvinden, moet er een andere vorm gekozen worden. - Als de individuele problematiek van de ouders te heftig is en dat de concrete gedragsverandering in de weg staat. <i>Ik vind het geen goede contra- indicatie dat het voor ouders niet mogelijk is om hier te komen.</i>
PEP	- Als ouders niet in de groep willen. - Als de diagnoses ASS, ADHD of PDD- NOS niet gesteld zijn.
Mediatietherapie	- Als de individuele problematiek van de ouders te heftig is en dat de concrete gedragsverandering in de weg staat. - Niveau van de ouders moet niet te laag zijn (niet zwakbegaafd); ze moeten een transfer naar de thuissituatie kunnen maken. - Als er sprake is van teveel onderliggende problematiek, wat je eerst met systeemtherapie moet aanpakken.
Systeemtherapie	- Als er geen systeemproblemen zijn.
Oudercursus	- Als de individuele problematiek van de ouders te heftig is en dat de concrete gedragsverandering in de weg staat. - Als ouders niet in een groep hulp willen krijgen. - Niveau van de ouders moet niet te laag zijn (niet zwakbegaafd); ze moeten een transfer naar de thuissituatie kunnen maken. - Als er sprake is van teveel onderliggende problematiek, wat je eerst met systeemtherapie moet aanpakken.

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

<i>De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen</i>	- Leidend hierin zijn de diagnose van het kind en de hulpvraag van kind/ ouders. Dat stem je af op het hulpaanbod van Accare Emmen - De gedachten/ overwegingen die hierin een rol spelen bij mij zijn: moet de zorg gericht zijn op kind/ ouders/ systeem, wat willen ze leren en wordt dat aangeboden in de zorgactiviteit? Dus afstemmen hulpaanbod en hulpvraag. Ook kijk ik naar motivatie, praktische haalbaarheid en de diagnose diagnostische omschrijving van het kind/ systeem; wat is nodig in het systeem om dat te veranderen wat het kind wil?
<i>Problemen met verwijzen</i>	- Indicatie IPG wordt te snel gesteld, daardoor zijn er lange wachtlijsten. Er kan ook naar andere vormen ouder- en gezinshulp verwezen worden.
<i>Benodigde informatie</i>	- Alles wat je in een intakeprocedure verzamelt: over het gedrag van het kind, opvoedingsvaardigheden, systeem functioneren, het netwerk en de hulpvraag. Dat heb je allemaal nodig om goed te kunnen bekijken waar de vraag/ probleem ligt. Je kunt van alles bedenken, maar als ouders het niet willen houdt het op.

INHOUD BESLISBOOM

<i>Inhoud beslisboom</i>	- Als ik aan een beslisboom denk, dan denk ik aan het al aanvinkend kunnen komen tot een keuze. En daarbij alles wat ik net genoemd heb waar ik zicht op nodig heb en de indicaties en contra- indicaties. - Uitschrijven van indicaties en vervolgens kan ik als hoofdbehandelaar kijken naar de vraag van ouders en hun wens.
--------------------------	--

Overige vragen/ opmerkingen:
Nee. Ik ben benieuwd naar de boom.

Het interview met S.S. is afgenomen op 14 november 2011

ACHTERGRONDINFORMATIE

Hulpverleningsgeschiedenis/ loopbaan	Studie/ werk: - Voordat ik bij Accare Emmen kwam werken, werkte ik in de kliniek als behandelteamcoördinator.
Werkzaam bij Accare Emmen sinds...	- Januari 2011
Taken binnen Accare Emmen	- Ik ben orthopedagoog en gedragstherapeut. - Ik doe intakes en daaruit voortkomende contacten en zie kinderen/ jongeren/ ouders voor individuele therapieën.

AANMELD- EN INTAKEPROCEDURE

Verloop van de aanmeld- en intakeprocedure en de taak van de hoofdbehandelaar	Het kind wordt verwezen door bijvoorbeeld de huisarts of Bureau Jeugdzorg. De aanmelding wordt besproken in het aanmeldteam. Het intakegesprek wordt ingepland en vindt plaats. Vervolgens worden vervolcontacten en/ of onderzoeken ingepland en vindt er een adviesgesprek plaats. Het behandeltraject wordt gestart indien hierin een vraag is. Mijn taak is het voeren van intakegesprekken, ontwikkelingsanamneses afnemen, spelobservaties doen en adviesgesprekken uitvoeren.
---	--

VERWIJZEN NAAR ZORGACTIVITEIT OUDER- EN GEZINSHULP

Indicaties

VHT	- Vooral vragen op het vlak van communicatie.
IPG	- Vooral complexe opvoedingsvragen van ouders die moeite hebben de transfer van de polikliniek naar thuis te maken.
PEP	- Vooral ouders die behoefte hebben aan psycho- educatie.
Mediatietherapie	- Ouders die redelijk gestructureerd zijn en concrete opvoedingsvragen hebben.
Systeemtherapie	- Wanneer de patronen die in het gezin zijn gegroeid verstorend zijn voor de ontwikkeling van het kind.
Oudercursus	- Wanneer ouders willen delen met andere ouders en behoefte hebben aan opvoedingsondersteuning.

Contra- indicaties

VHT	- Ouders willen niet werken met video. - De focus ligt niet per se op de communicatie.
IPG	- Ouders willen niet iemand thuis. - Er is behoefte aan een heel laag frequent contact.
PEP	- Ouders zijn al goed op de hoogte. - Er is sprake van meerdere diagnoses.
Mediatietherapie	- Wanneer het gaat om complexere opvoedingsproblematiek.
Systeemtherapie	- Wanneer het vooral gaat om opvoedingsproblemen.
Oudercursus	- Wanneer het gaat om complexere opvoedingsproblematiek. - Wanneer ouders niet willen delen/ uitwisselen.

VERWIJZEN EN EVENTUELE PROBLEMEN MET VERWIJZEN

<i>De keuze voor een zorgactiviteit en de gedachten en overwegingen die hierin een rol spelen</i>	- Ik sluit aan bij de hulpvraag van ouders en ik put uit mijn eigen ervaring en bekendheid met de zorgactiviteiten. - De gedachten/ overwegingen die hierin een rol spelen bij mij zijn mijn ervaring en bekendheid met de betreffende zorgactiviteit en mijn inschatting wat passend is bij de hulpvraag en het type ouders.
<i>Problemen met verwijzen</i>	- De activiteiten hebben een overlap. Voor één hulpvraag kunnen verschillende activiteiten worden ingezet. De keuze is afhankelijk van de behandelaar, dus subjectief.
<i>Benodigde informatie</i>	- Goed onderzoeken of het huidige aanbod passend is, eventueel samenvoegen.

INHOUD BESLISBOOM

<i>Inhoud beslisboom</i>	- Wat past bij welke hulpvraag en bij welk type ouders?
--------------------------	---

Overige vragen/ opmerkingen:

Nee. Succes.

S.S. geeft aan dat ze vooral positieve keuzes maakt om iets juist wel te adviseren. Voor haar zijn contra- indicaties daarom het tegenovergestelde van de indicaties.

Bijlage 7 'Uitwerking van het dossieronderzoek'

INTENSIEVE PSYCHIATRISCHE GEZINSBEHANDELING (IPG)

Naam/ geslacht/ geboortedatum	Doelen en subdoelen
Naam: J.K. Geslacht: Man Geboortedatum: 28-12-1999	- Moeder wil een manier vinden dat J. wekelijks zijn kamer opruimt en zij kan stofzuigen en alles opzij kan schuiven. J. weet wat in de kisten moet en wat mag blijven staan. Dit staat op papier zodat J. dat kan zien en weet wat er van hem verwacht wordt.
Naam: Z.B. Geslacht: Man Geboortedatum: 01-11-2001 <i>Diagnose: ADHD</i>	- Handvatten ten aanzien van het bieden van structuur en duidelijkheid, hierbij rekening houdend met de beperking van de gezinsleden. - Inzicht krijgen in handelen met betrekking tot de wisselwerking/ interactie tussen moeder en de kinderen: "Waar kan ik aanpassingen doen zodat het thuis gezelliger wordt?" - De kinderen willen minder ruzie met elkaar hebben. Reageren sterk op elkaar en willen dit graag op een meer positieve manier doen.
Naam: Jo.K. Geslacht: Man Geboortedatum: 25-03-1998 <i>Diagnose: ADHD</i>	Doel van moeder en stiefvader - Wij hebben grip op J. zijn gedrag. Doel van Jordy - Het is gezellig thuis. Subdoelen - J. en C. luisteren naar J. (stiefvader) - J. voelt zich erkend in zijn rol als (stief)vader - De dagindeling en de afspraken die daaruit voortvloeien zijn voor iedereen duidelijk en iedereen anticipeert hierop. - J. gebruikt zijn medicatie op de afgesproken tijden. - Moeder en (stief)vader waarborgen de veiligheid wanneer R. thuis is.
Naam: Ja.K. Geslacht: Man Geboortedatum: 27-03-2006 <i>Diagnose: MCDD</i>	- Ouders hebben grip op gedrag van J. - Ouders maken J.'s wereld voorspelbaar.
Naam: R.P. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 12-08-2000 <i>Diagnose: PDD- NOS</i>	- R. stelt grenzen. - o R. weet wat wel kan en wat niet kan. - Ouders hebben zicht op wat R. denkt. - R. is eerlijk.
Naam: D.S. Geslacht: Man Geboortedatum: 22-07-2004 <i>Diagnose: ADHD</i>	- Psycho- educatie. - Concrete handvatten voor ouders (zowel voor vader als moeder) om beter bij hem aan te sluiten.
Naam: N.K. Geslacht: Man Geboortedatum: 28-03-1999	- Structuur bieden aan N. - Ouders verdelen de aandacht tussen N. en zijn zusje.
Naam: J.B. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 26-02-2002 <i>J.B. heeft een broer met Asperger</i>	- J. wordt weerbaarder. - J. verwoordt haar emoties.

Naam: W.B. Geslacht: Man Geboortedatum: 16-01-2003 <i>Symptomen van ADHD</i>	- W. luistert beter naar ouders. - W. is minder vaak boos. - Duidelijk is waar W. bang voor is en hoeveel last hij hiervan heeft. - Ouders zitten in hun opvoeding op één lijn.
Naam: E.P. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 23-09-1997	- Handvatten voor vader hoe beter om te gaan met het pubergedrag van E. - Vader wil graag leren om beter om te gaan met een samengesteld gezin.

MEDIATIETHERAPIE

Naam/ geslacht/ geboortedatum	Doelen en subdoelen
Naam: N.W. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 19-03-2001 <i>Diagnose: Op basis van het intakegesprek aanwijzingen voor onderliggend ASS. Verder is er sprake van ziekenhuisfobie/ slikfobie</i>	- Moeder wil graag om leren gaan met de heftige boze reacties van N.
Naam: L-J.M. Geslacht: Man Geboortedatum: 15-10-1997 <i>Diagnose: PDD- NOS en ADHD.</i>	- Hoe begeleid ik L. rondom seksualiteit? - Moeder wil graag een mannelijk figuur waar L. af en toe een positieve ervaring mee op kan doen, voor langere tijd.
Naam: D.S. Geslacht: Man Geboortedatum: 02-01-2004 <i>Diagnose: ADHD</i>	- Ochtendsituatie doorspreken om te kijken hoe D. eerder in de kleren is om naar school te gaan. - Wellicht met behulp van video-opnamen moeder inzicht geven in haar benadering van D. - Verschillende vormen van communicatie aanleren aan moeder, zoals: - o Uitleg waarom van de gedragsinstructie. - o Meegaan in de belevingswereld van D. - Moeder leren het positieve gedrag te belonen en het negatieve gedrag te negeren. - Moeder consequent laten reageren op gedrag.

OUDERCURSUS

Naam/ geslacht/ geboortedatum	Doelen en subdoelen
Naam: D.H. Geslacht: Man Geboortedatum: 05-07-2005 <i>Diagnose: Asperger</i>	- Hoe breng je informatie over zodat het aanslaat? - Hoe kan ik pedagogisch D. beïnvloeden, sturen, aanpakken?
Naam: Q.Z. Geslacht: Man Geboortedatum: 10-07-2000 <i>Diagnose: PDD- NOS</i>	- Ouders weten wat PDD- NOS inhoudt en kunnen hierdoor beter met Q. omgaan.
Naam: P. de G. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 11-11-2003 <i>Diagnose: ADHD en kenmerken van PDD- NOS</i>	- Uitwisselen met andere ouders. - Bereiken dat in gesprek met P. dat haar sociale gedrag ontwikkeld. - Handvatten voor de opvoeding in een gezin met een kind met ADHD en kenmerken van PDD- NOS en een ander kind.

Naam: N.S. Geslacht: Man Geboortedatum: 09-09-2006	<i>Naast algemene psycho- educatie en opvoedingsthema's, formuleert moeder de volgende doelen:</i> - Ik weet hoe ik kan voorkomen dat N. overprikkeld raakt. - Ik weet hoe ik kan reageren op N. zijn driftige buien. - N. kan 15 minuten zelfstandig spelen.
Naam: G. van 't H. Geslacht: Man Geboortedatum: 29-03-2002 <i>Diagnose: ASS- problematiek</i>	- Hoe kunnen we G. helpen als hij boos is?

PEP (PSYCHO- EDUCATIE)

Naam/ geslacht/ geboortedatum	Doelen en subdoelen
Naam: M.N. Geslacht: Man Geboortedatum: 10-05-2001 <i>Diagnose: ODD en kenmerken van PDD- NOS en ADHD.</i>	- Psycho- educatie
Naam: B.S. Geslacht: Man Geboortedatum: 11-02-1995 <i>Diagnose: PDD- NOS.</i>	- Psycho- educatie
Naam: G. van 't H. Geslacht: Man Geboortedatum: 29-03-2002 <i>Diagnose: ASS- problematiek</i>	- Psycho- educatie
Naam: A. v/d P. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 19-03-2001 <i>Diagnose: ADHD</i>	- Psycho- educatie
Naam: T.S. Geslacht: Man Geboortedatum: 02-11-2004 <i>Diagnose: ADHD/ asperger</i>	- Psycho- educatie
Naam: C.D. Geslacht: Man Geboortedatum: 04-05-2001 <i>Diagnose: ADD</i>	- Psycho- educatie

SYSTEEMTHERAPIE

Naam/ geslacht/ geboortedatum	Doelen en subdoelen
Naam: J.R. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 24-02-1998	<i>Er is geen informatie beschikbaar over doelen en subdoelen. Bij de probleemomschrijving staat genoemd: "Jasmijn geeft aan zelf weinig problemen te ervaren. Ze heeft wel last van de relatieproblemen van ouders. Afgesproken om relatietherapie te gaan geven."</i>

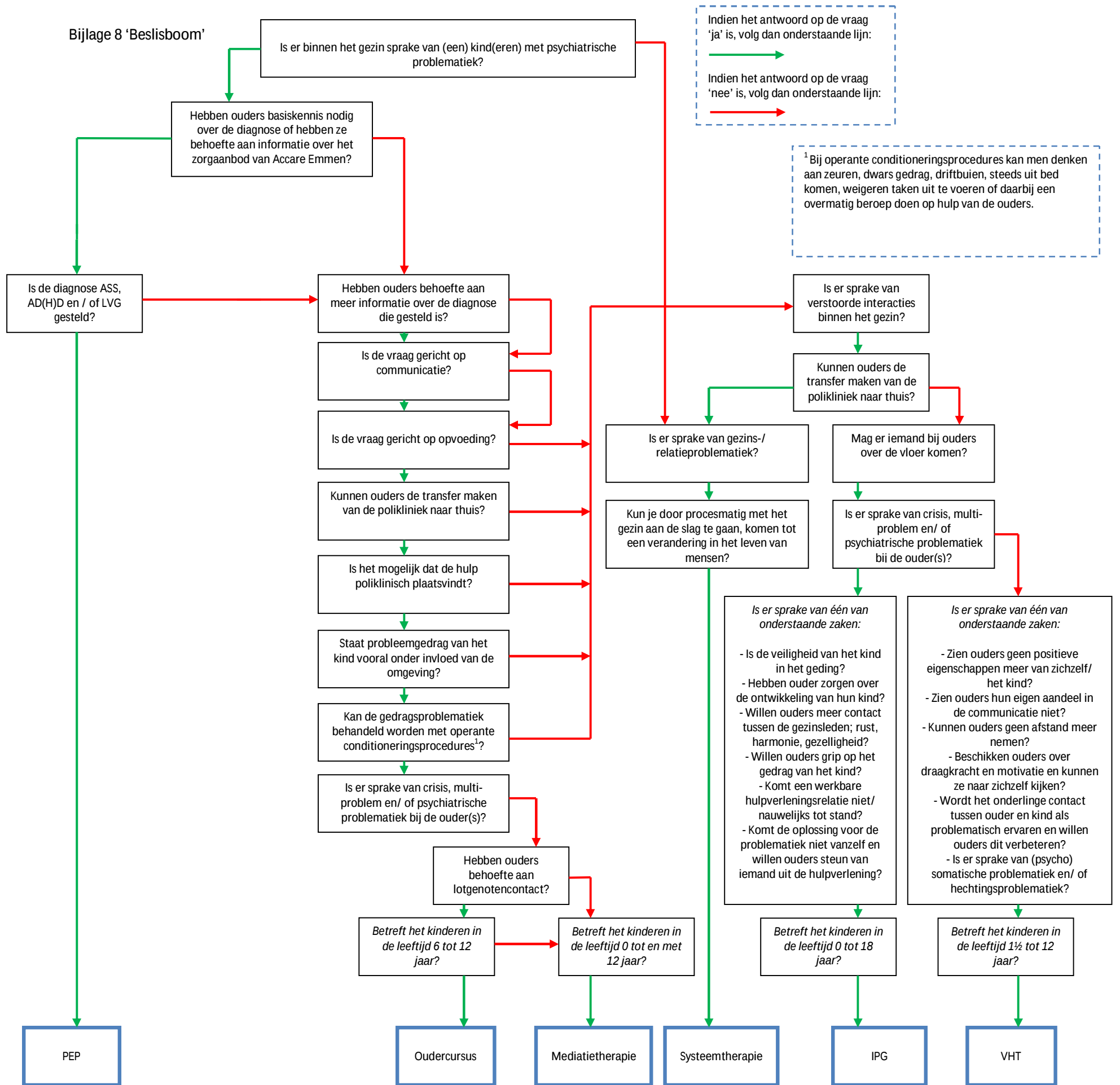
Naam: J.H. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 15-06-1989	<i>Over de doelen en subdoelen van systeemtherapie is geen informatie beschikbaar in het EPD.</i>
Naam: K.E. en L.E. Geslacht: K.E. man en L.E. vrouw Geboortedatum: K.E.: 16-06-1994 en L.E.: 19-03-1997. <i>Diagnose: K.E. PDD-NOS, tics, AD(H)D en ODD. L.E. ADHD en vermoedens van PDD- NOS.</i>	- Ondersteuning in de gezinsdynamiek met twee pubers.
Naam: J.K. en N.K. Geslacht: J.K. man en N.K. vrouw Geboortedatum: J.K.: 14-11-1997 en N.K.: 02-08-1999. <i>Diagnose: J.K. PDD-NOS en kenmerken van ADHD. N.K. ADHD.</i>	<i>Er zijn geen (sub)doelen beschikbaar. Ouders geven aan dat ze elkaar door de jaren heen meer als broer en zus zijn gaan benaderen. Tevens vraagt de ouderrol veel energie en hiermee zijn ze de relatie als partners en geliefden wat kwijt geraakt. Wel zijn er enkele hulpvragen opgesteld, namelijk:</i> - Help ons als gezin uit deze negatieve spiraal te komen - N. wil graag dat de afspraken duidelijk zijn waar ze zich aan moet houden. - N. wil op een manier omgaan met haar broertje, zodat ze minder ruzie hebben. - J. wil dat het thuis meer in harmonie verloopt, dat er minder ruzies zijn - J. wil zich begrepen voelen door de mensen in zijn omgeving - J. wil leren beter te begrijpen hoe de dingen bij hem werken. Hij voelt zich anders en wil begrijpen waarom
Naam: C.Z. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 17-11-1994 <i>Diagnose: ASS- problematiek</i>	- Ouders krijgen inzicht in onderlinge verhoudingen binnen het gezin. - Ouders krijgen zicht op factoren die een rol spelen in de beïnvloeding van het gedrag van C. - Ouders krijgen zicht op sterke en minder sterke punten van hun gezin.

VIDEO- HOMETRAINING (VHT)

Naam/ geslacht/ geboortedatum	Doelen en subdoelen
Naam: J.J. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 23-05-2005 <i>Diagnose: de beschreven symptomatologie past het beste in de classificatie ADHD, maar het is niet uitgesloten dat het beeld zich meer richting PDD-NOS ontwikkelt.</i>	- Communicatie tussen ouders is verbeterd. - De positieve momenten met J. zijn toegenomen. - Ouders hebben handvatten om met het gedrag van J. om te gaan.
Naam: S.D. Geslacht: Man Geboortedatum: 16-09-2003 <i>Diagnose: ADHD met mogelijk hechtingsproblematiek</i>	- Ouders hebben een helder zicht op het functioneren van S. en de behoeftes van S. - Ouders zijn beter in staat S. op een positieve manier te ondersteunen bij zijn ontwikkeling.
Naam: M.E. Geslacht: Man Geboortedatum: 28-05-2000 <i>Diagnose: ADHD staat het meest op de voorgrond; uiten van oppositioneel gedrag wat doet denken aan ODD.</i>	- Moeder wil graag een betere communicatie met haar zoon. - Moeder wil hulp bij het stellen van regels en afspraken bij haar 10- jarige zoon. - Moeder wil een transfer van hetgeen haar zoon geleerd heeft op de kliniek naar thuis.

Naam: M.W. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 04-11-2005 <i>Diagnose: Reactieve hechtingsstoornis, maar dat komt minder naar voren in de ontwikkelingsanamnese dan ASS.</i>	- Om communicatie tussen moeder en kind in de thuissituatie te optimaliseren.
Naam: C.O. Geslacht: Vrouw Geboortedatum: 06-09-1999 <i>Diagnose: vermoedelijk ADHD</i>	- Moeder stelt regels en grenzen bij C. - Moeder kan benoemen wat ze wel wil.

Bijlage 8 'Beslisboom'



PEP [in dit vakje wordt informatie over PEP weergegeven]	Oudercursus [in dit vakje wordt informatie over de oudercursus weergegeven]	Mediatetherapie [in dit vakje wordt informatie over de mediatetherapie weergegeven]
Systeemtherapie [in dit vakje wordt informatie over de systeemtherapie weergegeven]	IPG [in dit vakje wordt informatie over IPG weergegeven]	VHT [in dit vakje wordt informatie over VHT weergegeven]