

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

‘U zou eens bij ons thuis moeten komen kijken’

Intensieve ambulante hulpverlening in een kinder- en jeugdpsychiatrische setting

Samenvatting Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt weinig gebruikgemaakt van thuishulp en ambulante zorg om gezinnen binnen hun eigen leefsituatie te ondersteunen en te begeleiden. Het inzetten van ambulante hulp die nauw aansluit op de hulpbehoefte van ouders, kan een krachtige en zinvolle ingang zijn om positieve veranderingen binnen een gezin te bewerkstelligen. Dit wordt geïllustreerd met een gevalbeschrijving.

Véronique Limpens
Véronique Limpens¹ is psychotherapeut en systeemtherapeut, werkzaam als behandelcoördinator voor Heliant Kinder- en Jeugdpsychiatrie, een afdeling voor ambulante hulpverlening van de Zonnehuizen Veldheim & Stenia te Zeist.

1 INLEIDING

Hulp aan gezinnen met een kind met een psychiatrische diagnose vindt in Nederland hoofdzakelijk plaats in een poliklinische of (dag)klinische setting. Het kind wordt bij een dagklinische of klinische behandeling uit zijn natuurlijke leefomgeving gehaald. Ook op de polikliniek, of een andere GGZ-instelling, komt het kind met of zonder zijn ouders naar de instelling toe voor een vorm van therapie of begeleiding. Veelal is er aandacht voor de wisselwerking tussen de individuele ofwel kindfactoren en mogelijke onderhoudende factoren vanuit het gezin. De hulpverlening beschouwt het als vanzelfsprekend dat het kind of de jongere met zijn ouders buiten hun natuurlijke leefomgeving treden om hulp te krijgen met als doel dit te integreren in hun dagelijkse leefsituatie. Ouders wijzen vaak op de bijzonderheid van de situatie. Ze doen uitspraken als ‘U zou eens bij ons thuis moeten komen kijken’ of ‘Ja, nu lijkt me dat heel logisch, maar als ik thuis ben, ervaar ik dat toch heel anders’. Ouders en kinderen zien vaak wel de relevantie in van de gekregen adviezen en zij zijn ontvankelijk voor de interventies, maar zij vinden het moeilijk om de opgedane inzichten (voor langere tijd) thuis toe te passen. Met name

1 Correspondentieadres: Postbus 99, 3700 AB Zeist. E-mail: vlimpens@trialis.nl

wanneer er sprake is van meerdere problemen binnen een gezin, zoals het ontbreken van een partner, psychiatrische problematiek bij een van de ouders of meerdere kinderen met een psychiatrische diagnose, moeten de ouders al hun energie aanwenden om het hoofd boven water te houden. De disbalans tussen draagkracht en draaglast van de ouders maakt het niet goed mogelijk om veranderingen aan te brengen. Hulpverlening in de thuissituatie kan een goede ingang bieden om deze gezinnen te helpen. Ouders voelen zich door het aanbod van praktische hulp in alledaagse situaties daadwerkelijk gesteund in hun inspanningen zo goed mogelijk voor hun kinderen te zorgen.

VÉRONIQUE
LIMPENS

2 INTENSIEVE AMBULANTE HULPVERLENING

De afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van Heliant Ambulante Hulpverlening (Heliant KJP), onderdeel van de Zonnehuizen Veldheim-Stenia, biedt hulp aan gezinnen met een kind met kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek, al dan niet gepaard gaand met een verstandelijke beperking.

Aan de afdeling zijn een manager, een systeemtherapeut (tevens behandelcoördinator) en een kinder- en jeugdpsychiater verbonden. De manager is de lijnfunctionaris die leiding geeft aan de afdeling. De behandelcoördinator en de kinder- en jeugdpsychiater zijn verantwoordelijk voor de inhoudelijke kant van de hulpverlening. Tevens is er een aantal trajectbegeleiders werkzaam. Zij vervullen de sleutelfunctie voor het realiseren van de hulpverlening.

De afdeling beschikt over een ouderbegeleider en twee praktisch pedagogische gezinsbegeleiders (PPG-ers) die gedurende een periode van enkele maanden het gezin kunnen bezoeken om ouders praktisch pedagogische ondersteuning te bieden. Per casus is er, afhankelijk van de vraag, een team van ambulante begeleiders aangesteld. Dit zijn sociaal pedagogische hulpverleners met een mbo- of hbo-achtergrond, afhankelijk van wat de situatie vraagt. Deze ambulante begeleiders worden op vaste tijden ingeroosterd in het gezin ter ontlasting van de ouders en eventuele broertjes en zusjes. De ambulante begeleiders worden aangestuurd door de trajectbegeleiders die weer, samen met de PPG-ers en de ouderbegeleider, functionele richtlijnen krijgen van de behandelcoördinator.

Een voorwaarde voor aanmelding van een kind is dat er een psychiatrisch onderzoek heeft plaatsgevonden en een kinder- en jeugdpsychiatrische diagnose - tevens weergegeven in een DSM-IV classificatie - is gesteld. Daarnaast moet er sprake zijn van een

herkenbare en duidelijke gezinsbelasting. Wij maken geen gebruik van objectieve taxatie-instrumenten die dergelijke belasting meten; een inschatting hiervan wordt gemaakt door de behandelcoördinator aan de hand van een vragenlijst die de ouders invullen en verkregen voorinformatie van de verwijzer.

Een belangrijk uitgangspunt voor de ambulante hulpverlening is het emancipatoir karakter ervan. Ouders² zijn en blijven de meest bepalende opvoeders van hun kinderen en moeten zoveel mogelijk in staat worden gesteld hun kinderen op te (laten) voeden vanuit wat zij belangrijk vinden. Zij kunnen het zicht hierop kwijtraken op het moment dat de zorgen hen boven het hoofd groeien. Als hulpverleners dan de regie van hen overnemen, kan dit het gevoel van incompetent zijn nog verder doen toenemen. De geboden hulp moet het gezinssysteem ondersteunen en ontlasten, maar moet niet de pretentie hebben de verantwoordelijkheid van de ouders over te nemen (Aptroot, 2001). Met de inspanning om de draaglast van ouders (en kinderen) te verkleinen, ligt tegelijkertijd de uitdaging om het gezin weer in zijn eigen kracht te plaatsen. Respect voor de eigen keuzes van ouders dient voorop te staan. Niet alleen het aangemelde kind en zijn ouders, maar het totale gezinssysteem staat hierbij centraal. Hebben ouders voldoende tijd om bij te tanken en aandacht aan hun relatie en aan de andere kinderen te schenken? Soms is de relatie onder druk komen te staan door de problemen met het kind of belemmeren reeds bestaande problemen een gezamenlijke aanpak van het kind. Belangrijk is dat ouders naast het ouderschap tijd en energie houden om aandacht te besteden aan het partnerschap. Een vaste avond in de week ondersteuning van een ambulante begeleider kan ouders in staat stellen weer samen dingen zonder de kinderen te ondernemen. Ook kan het vrijmaken van een ouder om met een broertje of zusje naar een sportclub te gaan onderdeel zijn van het hulpaanbod.

‘U ZOU EENS BIJ
ONS THUIS MOETEN
KOMEN KIJKEN’

3 HET GEZIN VAN JANET; EEN VOORBEELD

Het hulpverleningsaanbod van de ambulante zorgafdeling bestaat uit drie verschillende facetten van hulp die elkaar aanvullen en versterken. Ondersteunende en ontlastende zorg, systeemgerichte begeleiding en behandeling, en kindgerichte begeleiding en behandeling vormen de drie pijlers waarop de ambulante hulp

2 Waar u in dit artikel ‘ouders’ leest, kan ook ‘ouder’ bedoeld worden, wanneer er sprake is van één opvoeder.

is gestoeld. Een trajectbegeleider wordt aan het gezin gekoppeld met de belangrijke taak deze vormen van hulp te gaan realiseren. De halfjaarlijkse ontwikkelingsbespreking heeft als doel de drie facetten van hulp goed op elkaar af te stemmen.

VÉRONIQUE
LIMPENS

3.1 Ondersteunende en ontlastende zorg

Janet is een meisje van zeven jaar met ADHD en een gedrags-toornis NAO. Ze is een kind met veel gedragsproblemen (agressie en dreigend gedrag, dwarse en weerbarstige houding, grillige stemming, onrust). Ze gaat naar een school voor speciaal onderwijs. Bureau Jeugdzorg heeft opname voor Janet in een kinderpsychiatrische setting overwogen, maar omdat moeder zich hier fel tegen verzette, wordt ze naar ons doorverwezen met als vraag behandeling en netwerkondersteuning van het kind, het gezin en de omgeving. Moeder woont met haar man, die van Griekse afkomst is, en haar vier kinderen in een flat in de stad. De twee oudste kinderen, een jongen (negen jaar) en Janet, zijn geboren uit een eerdere relatie van moeder. Binnen haar huidige relatie zijn twee kinderen geboren, een meisje van vier jaar en een jongen van één jaar. Moeder heeft de grootste taak in het gezin en zorgt voor de kinderen. (Stief)vader werkt in een restaurant en is veel van huis. Op school zijn er problemen met Janet. Eén van de twee leerkrachten is ziek en de school heeft besloten dat Janet op de dagen dat er een vervanger werkt niet naar school kan. Dit betekent dat ze maar drie dagen per week naar school gaat. Op de dagen dat ze thuis is, laat haar moeder haar de hele dag tv kijken omdat dit haar nog enigszins rustig houdt. Moeder wil graag ambulante begeleiding voor Janet en pedagogische gezinsbegeleiding voor zichzelf. Ze wil graag handvatten krijgen in de opvoeding van de kinderen. Het gezin is klein behuisd en er zijn veel onderlinge conflicten. Moeder heeft weinig pedagogisch gezag over de kinderen, wat het problematisch gedrag van Janet versterkt.

Er zijn vele vormen van ondersteunende hulp mogelijk en de ouders kunnen zelf aangeven welke vorm van hulp hen het beste zou uitkomen. Zo kan een ambulante begeleider twee of drie middagen in het gezin komen om met het kind dingen te ondernemen. Moeder heeft dan tijd voor het huishouden of voor de andere kinderen. Ook kan gekozen worden voor het inzetten van een avondopwas, naschoolse opvang in een gastgezin, weekends logeren in een gespecialiseerd logeershuis, vakantiebesteding op

een zorgboerderij of gespecialiseerde vakantiecampen. Voorop staat dat de zorg ontlastend is voor de ouders en goed aansluit bij de ontwikkelingsmogelijkheden en interesses van het kind.

'U ZOU EENS BIJ
ONS THUIS MOETEN
KOMEN KIJKEN'

De trajectbegeleider gaat op zoek naar een ambulante begeleider voor twee dagen van tien tot half drie. Op het moment dat Janet weer hele dagen naar school mag, zal er begeleiding op naschoolse tijden gaan plaatsvinden. De ambulante begeleider komt op de twee dagen dat Janet niet naar school gaat. Ze onderneemt dingen met Janet buitenshuis (naar de bibliotheek, kinderboerderij en zwembad), maar doet ook thuis spelletjes, voorlezen, samen afwassen, enz. Met de begeleider wordt voorgesproken dat Janet gebaat is bij een warme, maar duidelijke en voorspelbare bejegening. Omdat Janet veel school mist en daardoor steeds verder achter komt in haar ontwikkeling, is in het behandelplan opgenomen dat de begeleidster spelenderwijs de cognitieve ontwikkeling van Janet stimuleert. Dit doet ze middels rekenspelletjes, letters schilderen, enz. Al snel blijkt dat Janet in de één op één situatie rustiger wordt en gemotiveerd raakt om dingen te leren.

Nu Janet zich in positieve zin ontwikkelt, is het belangrijk dat moeder niet het gevoel krijgt dat de begeleider het beter doet dan zij. De begeleider is hier alert op en probeert moeder zo veel mogelijk in de positieve interacties te betrekken.

3.2 *Systeemgerichte begeleiding en behandeling*

Soms hebben ouders bij binnenkomst al direct een vraag om naast ontlastende, ondersteunende hulp begeleiding te krijgen in de opvoedingssituatie. Andere ouders geven aan dit in het verleden meerdere malen gekregen te hebben, maar er naar hun gevoel onvoldoende mee opgeschoten te zijn. Er moet dan eerst een vertrouwensrelatie groeien voordat deze vragen opnieuw ontstaan. Wanneer ouders zich erkend voelen in het feit dat ze lange tijd zwaar belast zijn geweest en als ze ondervinden dat ze hierin daadwerkelijk ondersteund worden, krijgen ze meer vertrouwen in andere vormen van hulp. Ouders hebben meer ruimte voor begeleiding op het moment dat ze niet meer het gevoel hebben constant overbelast te zijn en ze niet meer impliciet de boodschap krijgen dat ze het niet goed doen. Er komt weer energie voor hun eigen ontwikkeling en ruimte voor zelfreflectie. Uiteindelijk geven veel ouders aan het prettig te vinden dat er iemand met hen meedenkt over de opvoeding en hun nieuwe handvatten aanreikt in de omgang met hun kind. Ook hier dient weer goed

in kaart gebracht te worden wat de specifieke behoefte is van ouders. Vragen zij bijvoorbeeld om een kortdurende, praktisch gerichte ouderbegeleiding of is er vraag naar een langere procesmatige vorm van ouderbegeleiding?

VÉRONIQUE
LIMPENS

Moeder vertelt de trajectbegeleider dat ze graag wil dat haar man meer betrokken raakt bij de opvoeding van de kinderen. Ze vertelt dat de keren dat ze dit met hem wil bespreken steevast uitlopen op ruzie. De trajectbegeleider stelt voor dat ze samen een afspraak maken met de systeemtherapeut. Tegen de verwachting van moeder in, stemt haar man in met dit voorstel. Tijdens het gesprek vertelt stiefvader dat hij steeds meer is gaan vluchten in zijn werk omdat hij de situatie met Janet niet aankan. Hij vindt het ook moeilijk zijn positie tegenover haar te bepalen omdat hij niet haar echte vader is. Moeder wijst hem erop dat hij daardoor ook zijn twee eigen kinderen verwaarloost. Vader vindt dat jammer, maar hij stoort zich eraan dat Janet de sfeer zo bepaalt. In het gesprek wordt duidelijk dat het voor de andere kinderen goed zou zijn als ze ook eens zonder Janet iets met hun ouders zouden kunnen ondernemen. Vader maakt zich ook zorgen over zijn vrouw. Hij vindt dat ze te weinig tijd heeft voor zichzelf. Vroeger zat ze op countrydansen maar omdat hij veel avonden werkt, is zij hiermee gestopt. Het verrast moeder dat haar man deze zorg naar haar uitspreekt.

We spreken af dat de trajectbegeleider op zoek gaat naar een gastgezin waar Janet een keer per maand een weekend gaat logeren. Vader zegt toe deze weekenden minder te werken. Moeder vindt het aanvankelijk moeilijk dat Janet uit logeren gaat, maar gelukkig zijn er in het gastgezin geen andere kinderen, waardoor Janet veel aandacht krijgt. Ze ziet ook dat Janet geniet van de logeerweekends. Ook de andere kinderen genieten van de weekends, het gezin onderneemt dingen die ze lange tijd niet meer deden vanwege het moeilijke gedrag van Janet. In vakanties is het mogelijk dat Janet een langere periode gaat logeren. Daarnaast regelt de trajectbegeleider een vaste avond in de week een oppas die goed opgewassen is tegen het uittestende gedrag van Janet. Moeder gaat weer dansen.

Naast ouderbegeleiding is er de mogelijkheid van praktische pedagogische gezinsbegeleiding (PPG), waarin een pedagogisch medewerker daadwerkelijk in het gezin komt meekijken en meedenken. Gedurende een afgebakende periode werkt de PPG-er - via een methodiek van observatie, het formuleren van doelen en

het realiseren hiervan - aan het verstevigen van de pedagogische vaardigheden van ouders. Deze vorm van begeleiding is intensiever dan ouderbegeleiding en meer gericht op het praktische handelen van ouders.

‘U ZOU EENS BIJ
ONS THUIS MOETEN
KOMEN KIJKEN’

Moeder heeft in het verleden een tijd ouderbegeleiding gehad. Hoewel ze het als steunend ervaren heeft, is er in de thuissituatie naar haar gevoel te weinig veranderd. Het is voor haar moeilijk om dat wat er wordt besproken, vast te houden en om te zetten in concreet handelen. Ze heeft behoefte aan praktische begeleiding in het runnen van haar huishouden en de opvoeding van haar kinderen. In overleg met de behandelcoördinator en de trajectbegeleider besluit moeder zich aan te melden voor praktisch pedagogische gezinsbegeleiding. Enkele maanden na de start van de ambulante begeleiding kan de praktisch pedagogische gezinsbegeleiding van start gaan. De PPG-er kijkt samen met moeder hoe ze de dagen beter kan structureren, zodat er meer tijd vrijkomt voor de kinderen. Verder is er aandacht voor het negatieve interactiepatroon dat is ontstaan tussen moeder en Janet. Moeder leert hoe ze enerzijds duidelijker haar grenzen kan aangeven naar Janet en anderzijds Janet positiever kan benaderen. Tijdens de PPG wordt duidelijk dat ook de andere kinderen niet goed luisteren en dat moeder en (stief)vader elkaar nauwelijks steunen en niet goed samenwerken. De PPG-er gaat (stief)vader meer betrekken bij de begeleiding en er worden afspraken gemaakt om de samenwerking te bevorderen. Moeder vertelt dat (stief)vader eerder nooit bereid was mee te gaan naar hulpverlening. Maar hij is overtuigd door het feit dat de hulp thuis plaatsvindt en hij de ontlastende zorg als iets positiefs ervaart.

Ook is het mogelijk met het hele gezin een serie gezinsgesprekken te houden bij de systeemtherapeut. Men kan dan denken aan problemen waarbij het hele gezin betrokken is, zoals rouwverwerking, nieuw samengestelde gezinnen of losmakingsproblematiek.

De systeemtherapeut neemt als behandelcoördinator een centrale rol in het proces van de ambulante hulpverlening. Hij inventariseert samen met de ouders de mate van belasting en denkt actief mee in het zoeken van oplossingen hiervoor. Het inzetten van de ambulante hulp is een ultieme manier van invoegen in een gezin, waarin de systeemtherapeut het gezin laat weten dat hij hen begrijpt en met en voor hen werkt. Minuchin en Fishman (1983) stellen dat het proces van invoegen in een the-

VÉRONIQUE
LIMPENS

rapeutisch systeem verder gaat dan alleen maar steun geven aan een gezin. De systeemtherapeut beperkt zich niet tot ondersteunende manoeuvres, maar confronteert de ouders ook met disfunctionele patronen, wat het gezin hoop geeft dat de therapeut inderdaad in staat is verbeteringen aan te brengen.

In de gevalsbeschrijving van Janet is moeder zo gewend te vechten voor haar dochter, dat ze onvoldoende oog heeft voor het feit dat haar tweede partner ruimte nodig heeft om te groeien in zijn rol als (stief)vader. Door Janet voor korte periodes uit het gezin te halen, komt hier ruimte voor. Moeders gevoel Janet hiermee tekort te doen, verdwijnt als ze ervaart dat ook zij profiteert van de positievere sfeer die ontstaat. De systeemtherapeut kan de ouders helpen meer begrip te krijgen voor Janet door haar gedrag anders te benoemen. Het meisje zorgt er als het ware met haar gedrag voor dat de ouders meer gemeenschappelijkheid ontwikkelen.

3.3 Kindgerichte begeleiding en behandeling

Naast ondersteuning van het gezinssysteem dient er uiteraard ook aandacht te zijn voor de individuele ontwikkeling van het kind. Kinderen die bij ons zijn aangemeld, zijn daarvoor onderzocht in een poliklinische of klinische setting. Vanuit de diagnostische conclusie wordt er vaak al een advies uitgebracht voor een individuele behandeling. Indien mogelijk kan deze behandeling binnen de setting van de verwijzende instantie worden gerealiseerd. Als er gedurende de begeleiding van onze ambulante afdeling nieuwe vragen rijzen, zal de behandelcoördinator kijken of aanvullend diagnostisch onderzoek of medicamenteuze behandeling door de kinder- en jeugdpsychiater nodig is.

Andere vormen van behandeling van het kind vinden niet binnen de ambulante afdeling plaats, maar er kan worden zorggedragen voor de verwijzing. Hierbij kan gedacht worden aan individuele psychotherapie, kunstzinnige therapie, muziektherapie of speltherapie, maar ook sociale vaardigheidstraining, weerbaarheidstraining en zelfredzaamheidstraining behoren tot de mogelijkheden.

Janet heeft in het verleden een periode medicatie gehad, wat weinig effect had. Moeder meldt de trajectbegeleider dat de leerkracht van school haar heeft verzocht of dit toch niet opnieuw te overwegen is. De trajectbegeleider plant een aantal afspraken bij de kinder- en jeugdpsychiater, die voorstelt om bij Janet een periode een andere medicatie te proberen.

3.4 *Het houden van ontwikkelingsbesprekingen*

Een vast onderdeel van het hulpverleningsaanbod is de afstemming van de hulp in een gezamenlijke, halfjaarlijkse ontwikkelingsbespreking van het kind. Daarbij worden ouders, eventueel de jeugdige zelf, de school, de betrokken medewerkers van Heliant en eventueel andere therapeuten uitgenodigd. Hierdoor ontstaat de unieke situatie dat alle betrokkenen uit de drie verschillende leefmilieus van het kind - thuissituatie, school en buitenschoolse activiteiten - met elkaar rond de tafel zitten. De behandelcoördinator zit de bespreking voor en draagt zorg voor de inhoudelijke inbedding. De trajectbegeleider maakt een verslag van de bespreking en stelt na afloop een behandelplan op waarin de gemaakte afspraken worden vastgelegd. Alle betrokkenen krijgen dit toegestuurd.

‘U ZOU EENS BIJ
ONS THUIS MOETEN
KOMEN KIJKEN’

Bij de ontwikkelingsbespreking zijn moeder en stiefvader, de twee ambulante begeleiders, de gastouder, PPG-er, kinder- en jeugdpsychiater, trajectbegeleider, behandelcoördinator en de orthopedagoge van school aanwezig. Moeder vertelt dat het thuis beter gaat met Janet; er zijn nog wel problemen, maar het water staat hen niet meer zo aan de lippen als voor de aanmelding. Ze heeft door de PPG geleerd beter haar grenzen aan te geven aan alle vier de kinderen. Ook is de relatie tussen Janet en stiefvader verbeterd. De ambulante begeleiders vertellen dat tijdens het werken met Janet de vraag is ontstaan of zij niet te veel wordt overvraagd gezien haar cognitieve mogelijkheden. De orthopedagoge van school sluit hierop aan en vertelt dat ze overweegt Janet te laten overstappen naar de mlk-stroming van de school. Ze kan dan na de zomervakantie ook weer vijf dagen naar school. De kinder- en jeugdpsychiater bespreekt met de orthopedagoge het effect van de medicatie, dat positief lijkt te zijn. Op het moment dat Janet weer vijf dagen naar school kan, stopt het werk van één van de begeleiders. Besloten wordt dat Janet dan de woensdagmiddag voor naschoolse opvang naar de gastouder gaat. De orthopedagoge merkt op dat het goed zou zijn als er met Janet gewerkt wordt aan haar sociale vaardigheden. Ze is echter nog te jong voor de sociale-vaardighedengroep op school. De trajectbegeleider zegt toe te gaan uitzoeken of er andere mogelijkheden zijn.

Het creëren van samenhang in de behandeling van het kind is een belangrijke meerwaarde van de hierboven beschreven vorm van gespecialiseerde ambulante hulpverlening. De coördinatie van ondersteuning, begeleiding en behandeling van de cliënt (en

zijn systeem) vanuit één afdeling heeft als groot voordeel dat de communicatielijnen kort gehouden kunnen worden en dat misverstanden en tegenstrijdige behandellijnen snel aan het licht komen. De ontwikkelingsbesprekingen zijn hier een goed voorbeeld van. Door deze besprekingen vast in te plannen en de organisatie ervan in handen te leggen van een trajectbegeleider, wordt de afstemming met de diverse betrokkenen vanzelfsprekend. Niet zelden horen wij van leerkrachten, interne leerlingbegeleiders en therapeuten terug dat zij de bespreking als uniek en waardevol hebben ervaren. Voor sommige betrokkenen is het even wennen dat ouders (en soms jeugdigen) ook deelnemen aan de bespreking, want hierdoor wordt men gedwongen om zaken open en inzichtelijk te bespreken en aan te geven waarover nog zorg bestaat. Deelname van ouders is volgens ons een essentiële voorwaarde om te komen tot een goede afstemming met alle betrokkenen. De aanwezigheid van ouders staat een goede inhoudelijke bespreking nooit in de weg en ook moeilijke discussies worden gewoon gevoerd.

VÉRONIQUE
LIMPENS

4 BESCHOUWING

4.1 *Care en cure*

Ambulante hulpverlening binnen een kinder- en jeugdpsychiatrische setting vraagt kennis van gezins- en netwerksystemen om te komen tot een goede afstemming van zorg en behandeling. Wanneer er binnen de ambulante hulpverlening gewerkt volgens een systeemtheoretische benadering, kan het ondersteuningsgerichte hulpaanbod, naast de ontlasting die het biedt aan het gezin, tevens een goede basis vormen voor veranderinggerichte interventies. Waarom wordt deze vorm van hulpverlening zo weinig aangeboden aan gezinnen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie? Mijns inziens heeft dit te maken met onbekendheid van de mogelijkheden. Ambulante ondersteuning vindt zijn oorsprong in de (verstandelijke) gehandicaptenzorg. Ouders met een kind met een (verstandelijke) handicap worden al vroeg gewezen op de mogelijkheden om via een persoonsgebonden budget of een zorginstelling hulp te vragen ter ondersteuning van hun thuissituatie. Voor ouders met een kind met een psychiatrische diagnose is deze mogelijkheid er ook, maar zij zijn hiervan vaak niet op de hoogte. De meest voor de hand liggende verklaring voor dit verschil ligt waarschijnlijk in het feit dat bij een (verstandelijk) gehandicapt kind het voor de omgeving veel meer zichtbaar is dat dit voor ouders een zware belasting betekent. Wellicht is de belasting die

het opvoeden van een kind met psychiatrische problematiek met zich meebrengt onvoldoende zichtbaar en worden daarom ouders door hun omgeving - huisarts, leerkracht of hulpverlener - niet gewezen op de mogelijkheid van ambulante ondersteuning.

Een tweede verklaring is gelegen in een traditioneel verschil tussen de (verstandelijke) gehandicaptenzorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie. De gehandicaptenzorg heeft een zorgtraditie en de kinder- en jeugdpsychiatrie een behandeltraditie. Er zijn voldoende argumenten te noemen die dit verschil rechtvaardigen. Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie gaat men meer uit van de veranderbaarheid van de problematiek, het kind kent minder fysieke en verstandelijke beperkingen en er spelen veel vaker interactionele factoren een rol. Op het moment dat aan deze kinderen en hun ouders alleen zorg wordt aangeboden, bestaat het risico dat men onbedoeld meewerkt aan het bestendigen van pathologische patronen in het gezin of dat men met de zorg de problemen maskeert. Binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg heeft men echter de afgelopen decennia een ontwikkeling kunnen waarnemen waarbij, naast het leveren van zorg, het behandelen van kinderen en hun gezinnen meer aandacht krijgt. Men is meer overtuigd geraakt van de mogelijkheid van veranderbaarheid van gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapte kinderen en de invloed van systeemfactoren op hun problematiek (De Bode & Bom, 1999). Intensieve ambulante hulpverlening introduceert een (omgekeerde) ontwikkeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie waar naast het behandelen van het kind en zijn gezinssysteem, ondersteunende zorg voor kinderen en hun ouders meer aandacht krijgt.

‘U ZOU EENS BIJ
ONS THUIS MOETEN
KOMEN KIJKEN’

4.2 *Vraaggestuurde zorg: de cliënt aan het roer*

Hulpverlening die de vraag van de ouder en kind als vertrekpunt neemt, vraagt een heel bepaalde attitude van de hulpverlener. Een attitude die afwijkt van wat hulpverleners in een kinder- en jeugdpsychiatrische setting over het algemeen aangeleerd hebben. De hulpverlener moet een innerlijke omkering maken om de vraag van de cliënt, in plaats van zijn eigen oordeel, bepalend te laten zijn voor de aard en zelfs ten dele voor de inhoud van de hulpverlening (Bollen, Bom & Klein, 2001). De hulpverlener moet aansluiten en invoegen bij de ideeën en vragen van de ouders. Dit betekent niet dat hij geen inbreng heeft. Hij kan vanuit zijn ervaring en deskundigheid disfunctionele patronen aan het licht brengen en de cliënt nieuwe mogelijkheden voorhouden. Hij kan meedenken en voorstellen doen. Habekotté (2001) merkt op dat het daarbij belangrijk is dat de hulpverlener de zin-

volheid van zijn deskundigheid toetst aan de effecten die ze op anderen heeft. Telkens weer zal hij de beweging terug naar de ouder(s) (en jeugdigen) moeten maken. Wat denkt u van dit voorstel? Is het haalbaar voor u? Hebt u andere ideeën? Wat vindt u dat we het beste kunnen doen? De ouders kunnen bezien of zij de waarnemingen van de hulpverlener herkennen en of zij aan een bepaalde stap toe zijn of daar anders over denken. Niet de deskundigheid van de hulpverlener is uiteindelijk bepalend voor de koers van het hulpverleningsproces, maar de beslissing die de cliënt of diens wettige vertegenwoordiger neemt.

VÉRONIQUE
LIMPENS

4.3 *Het loon van 'luisteren naar de ouders'*

Door het inzetten van ambulante begeleiding vinden er verschuivingen plaats in de vaste patronen die zijn ontstaan om het hoofd boven water te kunnen houden. Hierdoor alleen al vinden er in het gezin veranderingen plaats nog voor er sprake is van gerichte ouderbegeleiding, PPG of gezinstherapie. Nichols en Schwartz (2001) concluderen bij hun zoektocht naar de condities die nodig zijn om gedragsverandering binnen gezinnen te bewerkstelligen, dat het vaak gaat om simpele veranderingen. Cliënten, stellen ze, hebben wellicht geen educatie nodig over hun problemen of hoe ze zijn ontstaan. Ook is het niet nodig dat ze hun relaties volledig reorganiseren, zeker niet de aspecten die geen directe betrekking hebben op het probleem waarvoor ze zich hebben aangemeld. Het helpt vaak al als ze bepaalde dingen gewoon anders gaan doen. Het is de nieuwe flexibiliteit, die ook nieuwe ervaringen met zich meebrengt, die uiteindelijk resulteert in een *second-order* verandering.

Door de intensieve ambulante begeleiding kan vaak opname van het kind in een klinische setting worden voorkomen. Dit is niet alleen voor ouders en kinderen goed, maar ook vanuit maatschappelijk oogpunt een argument voor het inzetten van deze vorm van hulp. De kosten die intensieve ambulante hulpverlening met zich meebrengt, bedragen nog niet de helft van de kosten van een klinische plaats binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

5 TEN SLOTTE

Bij Heliant KJP bezoeken hulpverleners, in de hoedanigheid van trajectbegeleider, ambulante begeleider en PPG-er, het gezin. Gezinsleden komen op hun beurt weer naar Heliant voor besprekingen, ouderbegeleiding of gezinsgesprekken. Het gegeven dat de hulpverleners bekend zijn met de gezinssituatie en de proble-

men 'in het echt' meemaken, werkt drempelverlagend. Zinnen als 'U zou eens bij ons thuis moeten komen kijken' worden niet meer geuit. Ouders hoeven minder uit te leggen over hoe het er thuis aan toegaat, wat het makkelijker maakt om moeilijke zaken te bespreken. Het feit dat ouders gezien worden in hun overbelasting en dat daar daadwerkelijk samen oplossingen voor worden gezocht, geeft hen een nieuw vertrouwen in hulpverlening.

'U ZOU EENS BIJ
ONS THUIS MOETEN
KOMEN KIJKEN'

Literatuur

- Aptroot, E. (2001). Gezin en psychiatrie: ouders blijven verantwoordelijk. *Systeemtherapie*, 4, 202-212.
- Bode, C. de & Bom, H. (1999). *Niet meer op slot. Doorbreken van impasses bij jongeren met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum & Comp bv.
- Bollen, H., Bom, H. & Klein, V. (2001). *Opzet van een ambulante hulpverlening: consequent en cliëntgericht*. Workshop Open Sessiedag NGBZ.
- Habekotté, F. (2001). Werken volgens de agenda van de cliënt. *Systeemtherapie*, 3, 144-155.
- Minunchin, S. & Fishman, H.C. (1983). *Gezinsstructuur en therapeutische technieken*. Deventer: Van Loghum Slaterus bv.
- Nichols, M.P. & Schwartz, R.C. (2001). *Family therapy: concepts en methods*. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon.