

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

De behandelcoördinator als inspirator

Debby Linskens

Samenvatting

In dit artikel over de coördinatie van een klinische behandeling fungeert de systeemtheorie als referentiekader. Dat helpt een behandelcoördinator om betrekkingen in een multidisciplinair team met systeemtherapeutische principes te verklaren en passende interventies toe te passen om het behandelproces resultaatgericht te sturen. De systeemtheorie kan dienen als verklarings- en ontwikkelingsmodel omdat ze wetmatigheden formuleert die zich voordoen in zowel een gezinssysteem als een multidisciplinair team. Zo kan het circulair kijken en denken de samenwerking van een team en een stagnerend behandelproces verklaren. De behandelcoördinator inspireert het team om te zoeken naar nieuwe ideeën die de individuele disciplines overstijgen en zo te komen tot originele en creatieve oplossingen.

Systemisch werken reikt verder dan het contact in de therapiekamer tussen de gezinstherapeut en het gezin. Boeckhorst (2009) is van mening dat we verder moeten kijken dan het gezin alleen als eenheid van de behandeling. De systeemtheorie, die de nadruk legt op het beschrijven van circulaire processen, kan in verschillende sociale systemen worden toegepast. Deze gedachte sluit nauw aan bij mijn eigen ervaring als behandelcoördinator. De taken en de positie van de behandelcoördinator in de organisatie zullen uitvoerig beschreven worden in dit artikel.

Een behandelcoördinator brengt samen met de kinder- en jeugdpsychiater en het gezin de hulpvraag in kaart en het daarbij passende behandel aanbod. Vervolgens is hij primair verantwoordelijk voor de uitvoering en coördinatie van de behandeling in het multidisciplinaire team. Als behandelcoördinator van een klinische behandelgroep jeugd (12-18 jaar) merkte ik dat mijn visie, houding en rol begonnen te veranderen. Zag ik op de polikliniek slechts gezinnen, nu als behandelcoördinator in de kliniek werd ik mij meer bewust van de intermediaire rol die ik vervul op verschillende niveaus (tussen ouders en/of jongere en het

multidisciplinaire team en tussen het team en de organisatie).

Aanvankelijk was ik als behandelcoördinator sterk gericht op de inhoud van de behandeling en minder op het proces. Ik was vooral de aanjager binnen het team en werkte pragmatisch en oplossingsgericht. Een metafoor die dit goed uitdrukt, is die van het multidisciplinaire team als een kudde schapen grazend op de heide. De schaareshond waarin ik me aanvankelijk herkende, probeert de kudde bij elkaar te houden door de schapen op te jagen.

Door inzichten vanuit de systeemtheorie voel ik me nu meer de schaaresherder die over de heide uitkijkt naar de kudde of alle schapen nog wel bij elkaar blijven. Als de kudde uit elkaar dreigt te raken, aanschouw ik dit eerst en verwonder me over dat verloren schaap voordat ik ingrijp. Wat is de betekenis van het feit dat dit schaap verderop staat te grazen? Sluit dit schaap zich straks weer aan bij de kudde of gaat de kudde zich bij hem aansluiten? Vooral deze laatste vraag is boeiend en komt voort uit het systemisch denken. Het is een kwestie van omdenken; dit is een manier van kijken naar de werkelijkheid zoals die is, en wat je daarmee zou kunnen (Choy, 2010).

In dit artikel leg ik een verbinding tussen de systeemtheorie, mijn eigen ervaring als systeemtherapeut en welke invloed dit op mijn rol als behandelcoördinator heeft. Ik beperk me daarbij vooral tot de aspecten die betrekking hebben op het faciliteren van het multidisciplinaire team. De centrale vraag in dit artikel is: hoe kan ik als behandelcoördinator systeemtheoretische perspectieven en systemische interventies toepassen bij het coördineren van het behandelproces?

Allereerst beschrijf ik de verschillende hiërarchische posities en rollen binnen een multidisciplinaire samenwerking en het belang van erkennen op betrekkingen. Vervolgens komt aan de orde dat samenwerking pas optimaal verloopt wanneer verschillen in stijl en visie gestimuleerd worden. Ten slotte volgt een beschrijving hoe een multidisciplinair team deel van een groter geheel is en wat dit betekent voor de behandeling.

De hiërarchie en de rollen in het multidisciplinaire team

Kenmerkend voor de rol van behandelcoördinator vind ik het intermediair zijn. Ik zie hierin een parallel met de diverse sociale systemen waarop de systeemtherapie van toepassing kan zijn. Ik onderscheid drie verschillende niveaus: het macro-, meso- en microniveau. Het macroniveau betreft het organisatieniveau. In mijn geval is dat Karakter, een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis dat behandeling en diagnostiek biedt bij (een vermoeden van) complexe psychiatrische problematiek. Het micro-

niveau is het gezinssysteem in de therapiekamer van de systeemtherapeut. Als mesoniveau wil ik het multidisciplinaire behandelteam aanmerken. Boeckhorst (2009) spreekt in deze context over 'het theater van de professionals'.

De behandelcoördinator heeft te maken met diverse posities in het team, zoals die van de kinder- en jeugdpsychiater, de sociotherapeuten, de systeemtherapeut, de ouderbegeleider, de gz-psycholoog en de diverse vaktherapeuten (mindfulnesstrainer, psychomotorisch therapeut en creatief therapeut).

Naast het in kaart brengen van een gezamenlijke probleemdefinitie en van de onderlinge verwachtingen, is een heldere en hiërarchische ordening van het hulpverleningssysteem van belang. In gezinnen is het belangrijk dat er een organisatie is van de gezinsstructuur waarbij ouders hiërarchisch in de hoogste positie verkeren (Meerdinkveldboom, 2001). Om dit voor elkaar te krijgen en ook om als model te functioneren, is het wenselijk dat ook in het multidisciplinaire team een heldere hiërarchische structuur bestaat. Deze ordening van het hulpverleningssysteem draagt bij aan de behandeling. Meerdinkveldboom is van mening dat deze hiërarchie vorm krijgt door een behandelcoördinator die vanuit een systemische visie op het hele behandelstelsel (gezin, team en overige betrokkenen zoals verwijzers) de uitvoering van de behandeling aanstuurt en coördineert. De behandelcoördinator wordt hiermee 'procesdeskundige' die het behandelplan ten uitvoer brengt, terwijl de kinder- en jeugdpsychiater eindverantwoordelijke van dit proces is en verantwoordelijk is voor de diagnostiek. Daarnaast zijn er in het team behandelaren die aan de therapieën uitvoering geven.

Volgens Meerdinkveldboom is de behandelcoördinator de functionele leider van het behandelteam met respect voor ieders deskundigheid, en schept hij ruimte voor ieders specifieke inbreng. Hiermee is de behandelcoördinator het aanpreekpunt in het team ten aanzien van het behandelbeleid en vanuit die positie is hij directief, coördinerend en sturend. De behandelcoördinator dient op de hoogte te zijn van wijzigingen in de behandeling en ermee in te stemmen om er vervolgens zelf uitvoering aan te geven.

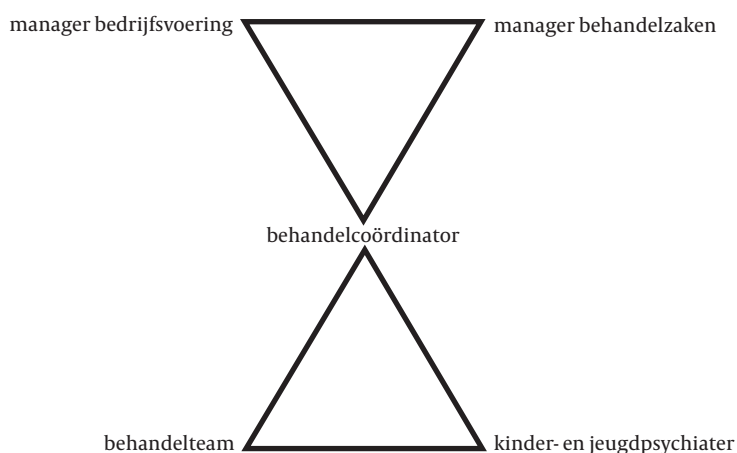
Aan de andere kant is het belangrijk dat op organisatieniveau (macro-niveau) vanuit het management voorwaarden voor de klinische behandeling gecreëerd worden. Ook hierin is er een intermediaire positie van de behandelcoördinator, tussen de managers bedrijfsvoering en behandelzaken en het multidisciplinaire team. De manager bedrijfsvoering geeft samen met de zorglijnmanager behandelzaken integraal hiërarchisch leiding aan de zorglijn en de uitvoering van het operationele beleid.

Organisatieprocessen hebben direct invloed op een multidisciplinair

team en daarmee indirect, hoe gering ook, op het gezinssysteem. Een goede organisatie om de kliniek heen is van groot belang. Dit betekent goede leiding waarbij taken en verantwoordelijkheden van elke medewerker duidelijk zijn. De behandelcoördinator geeft het afdelingsmanagement aan welke context noodzakelijk is voor een goede behandeling. De behandelcoördinator geeft hierin advies, het afdelingsmanagement besluit. Zij kunnen deze adviezen of ideeën ook meenemen naar het managementoverleg dat op regionaal niveau opereert.

Ten aanzien van taken en verantwoordelijkheden hebben wij met het team en met het afdelingsmanagement volgens het teamworkmodel van Patrick Lencioni (2009) gewerkt. Het betrekken van het management was van belang omdat werd stilgestaan bij de hiërarchische structuur en de stijl van leidinggeven. In het model van Lencioni staan valkuilen in teamsamenwerking beschreven, zoals onduidelijkheid van rollen, taken en verantwoordelijkheden. Hierbij kwam onder andere naar voren dat een heldere leiding en hiërarchie van zowel het afdelingsmanagement als de kinder- en jeugdpsychiater noodzakelijk is om vanuit een gevoel van veiligheid en vertrouwen met elkaar samen te werken. Hierin ligt uiteraard een belangrijke parallel met het gezinssysteem. Hoe beter de interne organisatie binnen het multidisciplinaire team, hoe beter dat team bij het gezinssysteem kan aansluiten. Dit werd een belangrijk gezamenlijk vertrekpunt binnen de afdeling.

De onderstaande driehoeken geven dit weer. Afstemming door de behandelcoördinator vindt dus op alle niveaus plaats. De kinder- en jeugdpsychiater heeft hierin een aparte positie omdat hij als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk is.



Figuur 1: Interne organisatie van het multidisciplinaire team

De samenwerking met het gezinssysteem vindt ook op alle niveaus plaats. De behandelcoördinator verricht samen met de kinder- en jeugdpsychiater de intake om de hulpvraag van het gezin duidelijk te krijgen. De behandelcoördinator richt zich daarbij op de hulpvraag, de hulpverlening die tot nu toe heeft plaatsgevonden en de reden waarom een klinische opname op dit moment gevraagd wordt. De kinder- en jeugdpsychiater onderzoekt de psychopathologie en de medicatie. Aan de hand van die informatie en soms ook door nieuwe inzichten tijdens de intake (zoals nadere diagnostiek) komen we tot een advies. Als de diagnostiek niet helder is, formuleren we hypothesen.

In de eerste behandelplanbespreking, vier weken na opname, staan we stil bij de diagnose en de betekenis daarvan voor de jongere en zijn ouders. Deelnemers aan deze bespreking zijn de psychiater (voorzitter), behandelcoördinator, ouderbegeleider, ouders en jongere en de verwijzer. De psychiater licht het gezin in over de diagnostiek en het medicatiebeleid. Als eindverantwoordelijke is hij voorzitter van de behandelplanbesprekingen waarmee deze hiërarchische positie bekrachtigd wordt. De behandelcoördinator geeft het gezinssysteem uitleg over het beleid en de visie van het multidisciplinaire team op de problematiek. De behandelcoördinator vraagt ouders en jongeren naar hun inzichten en visies. Bij overeenstemming stellen we samen een (nieuw) behandelplan op. Verschillen in inzicht en dilemma's worden samen besproken om te onderzoeken of er voldoende overeenstemming is om de behandeling voort te zetten. Daarna vertalen we de hulpvraag in doelen en bepalen we welke therapieën tot de behandeling horen. Gezamenlijk stellen we zo een (nieuw) behandelplan op. Ouders en jongere hebben hierin een actieve rol, waarbij de behandelcoördinator de kaders schept.

Als gedurende dit proces blijkt dat dilemma's van invloed zijn op de behandeling, kan de behandelcoördinator vanuit dat kader met ouders en jongere in gesprek gaan. Een dilemma kan zijn dat ouders of de jongere de diagnose niet kunnen accepteren of dat er onvoldoende vertrouwen is in de behandeling of in het multidisciplinaire behandelteam. Een voorbeeld: ouders waren het niet eens met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis van hun dochter. De behandelcoördinator besprak in een gesprek met ouders en psychiater dit dilemma en het effect ervan op de behandeling van hun dochter. Door het dilemma vanuit de verschillende posities van de ouders, de psychiater en de behandelcoördinator te belichten, zijn we uiteindelijk tot overeenstemming gekomen. 'Borderline stoornis' werd als werkhypothese gebruikt, wat aansloot bij de ouders, de psychiater en de behandelcoördinator. Ik vind het een taak van de behandelcoördinator om deze gesprekken te initiëren en eraan deel te nemen.

Zowel het multidisciplinaire team als het managementteam vinden het een uitdaging flexibel te zijn en *out of de box* te denken daar waar het reguliere behandel aanbod (nog) onvoldoende lijkt aan te sluiten. De ouderbegeleider – of in geïndiceerde gevallen de gezinstherapeut – richt zich op de gezinssituatie tijdens en na de klinische opname. De sociotherapeuten zijn verantwoordelijk voor de praktische aspecten van de behandeling. Zij werken met de jongere in de behandelgroep en geven trainingen. Ze betrekken ouders om een brug te slaan tussen datgene wat jongeren in de behandelgroep leren en thuis. Veel jongeren profiteren van de dagelijkse routine in de groep. De sociotherapeut die ook thuis werkt, wordt ‘brughulper’ genoemd. Hij implementeert een dagplanning voor thuis en oefent met de zelfstandigheid daar. In dit hele proces van rollen en posities wordt als het ware een podium gecreëerd waarop het behandelproces gaat plaatsvinden. De behandelcoördinator is de regisseur van de behandeling en alle rollen in het team zijn verdeeld. Iedereen kent zijn ‘script’ en draagt op die manier bij tot een goede behandeling.

Erkennen op betrekkingen

Communicatie in een multidisciplinair team gaat niet over wat gezegd wordt, maar over de wijze waarop de luisteraars de woorden horen en interpreteren (Choy, 2010). In communicatie interpreteert iedereen vanuit de eigen referentiekaders. In deze dialoog bestaan dus geen waarheden maar slechts interpretaties (Van Lawick & Savenije, 2010).

In het team vinden er voortdurend processen plaats die verdeeldheid benadrukken of juist de verbondenheid bevorderen. Voor de behandelcoördinator is het van belang om deze processen te belichten. Een treffende term in dat verband is *woodpecking*. Dat wil zeggen dat de behandelcoördinator alert is op de interacties in het behandelteam en zich afvraagt welke interacties de moeite waard zijn om te belichten (aan te tikken) en verder uit te werken.

De reflecties in het behandelproces betreffen de verschillende niveaus. Het gaat over het gezinssysteem en de behandeling, maar ook over de relationele dynamiek tussen de verschillende disciplines. Daarbij worden parallellen getrokken tussen het multidisciplinaire team en het gezinssysteem. De behandelcoördinator stelt dilemma's van beide systemen aan de orde en kijkt naar de verschillende betekenissen daarvan. Daarbij ligt de focus niet op het oplossen van deze dilemma's maar op het bespreken ervan. In dat kader heeft de behandelcoördinator ook gesprekken met ouders en jongere. Dat geeft erkenning en werkt verbindend. Hierbij houdt de behandelcoördinator het behandelproces en de samenwerking

in het oog en hij let daarbij op (verschillen in) macht, strijd, rivaliteit, voorzichtigheid en vermindering. Ook is het belangrijk om alert te zijn op kernthema's die steeds weer terugkeren.

Een praktijkvoorbeeld. In het behandelteam is een steeds terugkerend kernthema het 'wij-zijgevoel' van het behandelteam bij complexe casuïstiek. Dit zorgt voor een splitsing in het multidisciplinaire team. De betrekking kenmerkt zich door complementariteit, waarbij de dominantie van een deel van het team in relatie staat tot de teruggetrokkenheid van het andere deel van het team. In een teaminterview breng ik dit ter sprake. De bevinding is dat de verschillende disciplines niet als collectief met elkaar in gesprek zijn. Hierdoor worden verbanden over en weer gemist. De betekenis van het 'wij-zijgevoel' wordt vertaald naar onmacht die van de ene discipline of persoon naar de andere wordt overgeheveld. Omdat het team de onmacht onderling niet bespreekt, ontstaat er een verdeling in personen die harder gaan werken en zoeken naar oplossingen, en personen die zich steeds meer terugtrekken.

Dilemma's die een behandelcoördinator in een multidisciplinair team tegenkomt:

- ▶ verschillende disciplines die vasthouden aan hun eigen visie;
- ▶ verschillen in de verwachtingen over het behandelproces en het behandelresultaat;
- ▶ bepaalde collega's en visies die domineren;
- ▶ irritaties en frustraties die voortvloeien uit kwesties binnen de organisatie;
- ▶ collega's die zich terugtrekken.

Het is belangrijk dat de behandelcoördinator deze verschillen bespreekt want in de woorden van Peeters (1988): 'Opgeloste verschillen zijn geen verschillen maar overeenkomsten die eerder niet als overeenkomst gezien werden.'

Choy (2010) betoogt dat een behandelproces het beste tot zijn recht komt als een team tijdelijk inhoudelijke argumenten en oplossingen loslaat. Aanvankelijk voelt dit als een paradox omdat het coördineren van de behandeling expliciet samenhangt met het behalen van de afgesproken behandelresultaten. Tegelijkertijd heb ik ook de ervaring dat als inhoudelijke oplossingen niet meer voor de hand liggen, de samenwerking niet langer vlot verloopt. Vanuit de systeembenadering is het op zo'n moment adequater om een context te creëren waarbij de dilemma's besproken worden. Dit heb ik onder andere vormgegeven door een tweewekelijks afstemmingsoverleg voor complexe casussen in te plannen.

Uitgangspunt van dit overleg is de onderlinge samenwerking en het bespreken van dilemma's. Vragen die hierbij aan bod komen:

- ▶ Waar zitten de verschillen en overeenkomsten in de verwachtingen naar elkaar?
- ▶ Wat denken wij dat het effect hiervan is op het gezinssysteem en het team?
- ▶ Wat zijn de dilemma's binnen het gezinssysteem of het team en zijn deze dilemma's met elkaar besproken?

Op het moment dat er weer overeenstemming is binnen het team komen inhoudelijke oplossingen als vanzelf weer in beeld.

Het verschil dat het verschil maakt

Het multidisciplinaire team is een systeem van professionals die samenwerken bij een behandeling. Multidisciplinaire behandelteams hebben een grote waarde binnen de geestelijke gezondheidszorg. De problematiek van het cliëntsysteem is vaak te complex om vanuit één invalshoek of discipline te diagnosticeren en te behandelen (Choy, 2010).

De kracht van een multidisciplinair team is om de visies van de verschillende disciplines als complementair te zien. Vanuit deze context is het van belang om verbindingen te zoeken om zo samen aan de behandeling te werken. Door samen te zoeken naar diverse oplossingen kan een bepaalde discipline of persoon zijn eigen (beperkte) visie overstijgen. Zo komt men tot het niveau waarin vernieuwing, originaliteit, flexibiliteit en creativiteit centraal staan in het belang van het gezinssysteem.

Prins (2009) schrijft dat in dergelijke systemen sprake kan zijn van een groot conflictpotentieel. Dat wil zeggen dat teamleden, omdat zij bang zijn voor het conflict, de verschillen vermijden. Door grote verschillen in visie kan een spanningsveld ontstaan, terwijl men als team geneigd is te streven naar harmonisatie en 'samen op één lijn' probeert te komen. Dat is dan zogenaamd in het belang van het gezinssysteem. In deze context kan men spreken van onvoldoende differentiatie in het multidisciplinaire team. Differentiatie is volgens Ploegmakers-Burg (2010) de mate waarin individuele verschillen geaccepteerd worden en tot uiting mogen komen. Als een multidisciplinair team onvoldoende gedifferentieerd is, kan dat tot symptomatisch gedrag of een herhaling van (interactie)patronen in het team leiden. Op deze manier wordt naar mijn idee te veel naar het samenvallen van de verschillende disciplines gestreefd. Als dit gebeurt, kan 'het creatieve verschil' (Boeckhorst, 2010) niet meer gemaakt

worden en kunnen nieuwe betekenissen zich niet meer ontwikkelen. De behandeling komt dan vast te zitten in een keurslijf van één bepaalde visie. Vanuit de communicatietheorie (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2009) kan men in dit verband ook van 'complementaire communicatie' spreken. Dan domineert één discipline of persoon en zijn de andere disciplines ondergeschikt. Een treffende uitspraak van een nieuwe collega die te weinig differentiatie ervaart: 'Er is mij gevraagd om in jullie team in te voegen maar dat wil ik helemaal niet, ik wil iets toevoegen.'

Het doel van multidisciplinair samenwerken is dat elke discipline of persoon een eigen specifieke inbreng heeft. De behandelcoördinator kan hierin een belangrijke positie vervullen door de verschillen in het team te stimuleren en te belichten. De basishouding van de behandelcoördinator bestaat dan uit nieuwsgierigheid tonen, doorvragen, onderzoeken en feedback geven op de verschillende visies om te ontdekken waar verbindingen en dilemma's liggen in de onderlinge samenwerking. Dit gebeurt in de verschillende multidisciplinaire overlegmomenten die de behandelcoördinator voorziet.

Het is belangrijk dat de behandelcoördinator procesdeskundige blijft en geen grote rol speelt in de interacties binnen het team. Als dat wel gebeurt, komt de behandelcoördinator in de rol van 'container van stress' waarin zich alle spanning ophoopt en betekenisvolle interacties verloren gaan en herinterpretaties niet meer mogelijk zijn.

Van belang is dat de verschillende visies op elkaar zijn afgestemd maar dat ze niet met elkaar samenvallen, omdat dit de interdisciplinariteit ontkracht. Juist een 'creatief verschil' geeft de mogelijkheid om tot nieuwe ideeën en mogelijkheden te komen. Boeckhorst (2010) haalt in dit verband Bateson aan: 'It's the difference which makes the difference.' In het verlengde hiervan kunnen nieuwe betekenissen binnen het behandelproces worden ontwikkeld. In een multidisciplinair team dient er sprake te zijn van een balans tussen individualiteit enerzijds en gezamenlijkheid anderzijds.

De gestelde diagnose van de psychiater is leidend en vormt voor de behandelcoördinator de basis van de behandeling. Hierin zit de gezamenlijkheid van het team. Van hieruit worden hypothesen opgesteld en wordt de behandeling bepaald. Bij twijfels of vragen dient de behandelcoördinator dit bespreekbaar te maken zodat er in het team weer overeenstemming en duidelijkheid is. Vanuit de structuur en de hiërarchie is het belangrijk dat de psychiater deze gezamenlijkheid binnen het team als unaniem ervaart. Dit is essentieel om zijn rol als hoofdbehandelaar goed te kunnen vervullen. Vanuit mijn positie als behandelcoördinator probeer ik hierin optimaal te faciliteren.

Actief (participerend en observerend) deel zijn van het geheel

Er zijn veel betrokkenen bij een aangemelde jongere en ieder heeft bewust of onbewust invloed. Vaak realiseren wij ons onvoldoende wat het effect is van onze interventies en de invloeden van andere betrokkenen op een jongere. Om dit helder te krijgen hebben wij in het multidisciplinair team de volgende wijze van casusbespreking ontwikkeld.

We gaan uit van een bekende casus en verdelen de deelnemers over twee ruimten (gescheiden door een schuifpui). In de ene ruimte wordt met behulp van *sculpting* het gezinssysteem neergezet door de mentor van de jongere. Zij bepaalt door afstand en nabijheid de relaties van de gezinsleden volgens haar visie. In de andere ruimte stelt de behandelcoördinator het team op volgens hetzelfde principe. Als iedereen in positie is gezet, gaat de systeemtherapeut bij elke deelnemer langs en stelt hij aan de behandelcoördinator steeds twee vragen: 'Wat denk jij dat de probleemdefinitie is van deze persoon?' en 'Wat denk jij dat deze persoon van jou als behandelcoördinator verwacht?' In de andere ruimte wordt precies hetzelfde gevraagd maar dan aan de mentor. Daarna word de schuifpui geopend zodat de opstelling (dus het gezinssysteem en het team) van de jongere in zijn geheel te zien is. Hierbij valt op hoeveel betrokkenen er zijn en hoeveel diversiteit in verwachtingen en probleemdefinities bestaat in zowel het gezinssysteem als in het multidisciplinaire team.

Ik stel mezelf de vraag hoe ik als behandelcoördinator al die verwachtingen en probleemdefinities met elkaar kan verbinden tijdens de behandeling. Iedereen levert een bijdrage en hoe meer synergie tussen die bijdragen, hoe groter het effect en omgekeerd. Ook heeft iedere betrokkene invloed op de manier waarop men naar het probleem kijkt. Wanneer diverse visies aansluiten, versterken ze elkaar, maar wanneer ze elkaar uitsluiten, ontstaat er een impasse. In de diverse visies zit ook wat er van eenieder verwacht word. Bij een complex probleem is de verwachting dat een 'expert' dit oplost. Als een behandelaar denkt dat het probleem veroorzaakt wordt door de manier waarop de ouders met de jongere omgaan, wordt verwacht dat de ouderbegeleider iets met die ouders gaat doen. Dit proces speelt in het gezin maar ook binnen het team.

Hoe meer synergie tussen de visies en hoe meer overeenstemming over de rollen en verwachtingen, des te krachtiger de interventies zullen werken. Dit geeft de behandelcoördinator aanknopingspunten om effectief te werken. Het is van belang te beseffen dat wij als multidisciplinair team deel van een groter geheel zijn: er is immers vaak al veel hulpverlening geweest voordat een jongere klinisch wordt opgenomen. Consensus tussen hulpverleners is een stapje in een breder betekenisoverleg (Peeters, 1988). Dit proces begint al bij de intake, waar bij alle gezinsleden

de probleemdefinities goed moeten worden uitgevraagd en ook wordt onderzocht in welke relaties het probleem het meest speelt en in hoeverre deze relaties betrokken zijn op het gezin. Er dus rekening gehouden worden met de vele 'afwezige aanwezigen' tijdens de intake (Peeters, 1988). Hiermee bedoel ik bijvoorbeeld een ouder die niet bij de behandeling betrokken wil worden maar die wel in beeld is. Al voor de intake zoek ik contact met de verwijzer om de context van de behandelvraag duidelijk te krijgen: 'Waarom wordt deze vraag nu gesteld?' en 'Wat is het perspectief na de klinische behandeling?' en 'Welke rol speelt de verwijzer tijdens en na de klinische behandeling?'

Ik participeer vaak in een 'zorgtafeloverleg' (een hulpverleningsoverleg waarbij alle betrokken instanties aanwezig zijn) om de dynamiek en de parallellen binnen het hulpverleningssysteem in kaart te brengen en een beter zicht te krijgen op de verschillende betekenisgevingen die er zijn. Hiermee kan ik als behandelcoördinator zowel intern (het team) als extern (hulpverleningssysteem) richting aan de behandeling geven. Vanuit die positie ben ik directief en sturend, in tegenstelling tot mijn intermediaire rol in het team.

Tijdens de intake onderzoekt de behandelcoördinator hoe ouders en jongere door ons gezien willen worden om goed bij hen aan te sluiten en zo een context voor behandeling te creëren. Voorbeelden hiervan zijn:

'Wij zijn hulpeloze ouders en wij weten het niet meer. Geef ons advies hoe met onze zoon of dochter om te gaan.'

'Wij hebben alles geprobeerd en zijn aan het eind van ons Latijn. Geef ons rust om op adem te komen en help ons een nieuw perspectief te ontwikkelen voor onze zoon of dochter.'

Het is belangrijk dat het team helder heeft hoe het door ouders en jongere gezien wil worden. Als daarin overeenstemming ontstaat kun je samenwerken. Is er sprake van een verschil, dan is het belangrijk dit verschil aan de orde te stellen, zoals in het onderstaande voorbeeld.

Een 18-jarige jongen met een depressie en forse angsten was opgenomen in de kliniek. Het multidisciplinaire team was zoekende naar een juiste benadering. Dat gebeurde enerzijds door de jongen te stimuleren en te activeren en anderzijds door hem niet te overvragen. Er werden tempoverschillen geconstateerd tussen ouders, de jongen en het behandelteam. Dit verschil is met ouders en de jongen besproken waarbij 'niets doen' geen optie was maar 'in actie komen' te veel was. Ouders hadden hierdoor soms het gevoel tussen hun zoon en het multidisciplinaire team in te zitten. In een gezamenlijk overleg tussen het team en ouders werd dit besproken. Hierdoor werd een manier gevonden die wel werkte, namelijk het behandelteam ging meer vertragen, waardoor de jongen meer in beweging kwam.

Enkele conclusies

Een behandelcoördinator die door een systeembril kijkt heeft een belangrijke meerwaarde in een multidisciplinair team. Een heldere en hiërarchische ordening van het hulpverleningssysteem vormt de basis voor de behandeling, en de behandelcoördinator geeft dit vorm vanuit een systemische visie op het hele behandelstelsel.

De kracht van multidisciplinaire samenwerking ligt in het optimaal benutten van de verschillende disciplines met hun specifieke expertise. De psychopathologie is het vertrekpunt van de behandeling en bepaalt de gezamenlijkheid van het team. Maar ook de daarmee samenhangende problemen van een jongere die in zijn ontwikkeling is vastgelopen spelen een grote rol, problemen die bestaan of zijn ontstaan binnen de context van het gezinssysteem.

Een behandelproces coördineren is niet alleen gericht op de inhoud van de behandeling en de te behalen behandelresultaten, maar ook op de onderlinge betrekkingen in het multidisciplinaire team. Juist door het niveau van de betrekkingen en de betekenisgeving centraal te stellen, creëer je de mogelijkheid dat het team meer zicht krijgt op de onderlinge interacties en de parallelle processen. Deze processen kunnen elkaar versterken in een goede richting; als bijvoorbeeld onderlinge verwachtingen en probleemdefinities in het team helder zijn, werkt dit positief door naar het gezinssysteem en visa versa. De behandelcoördinator verbindt tijdens het behandelproces de verschillende probleemdefinities en onderlinge verwachtingen. In dat kader is de behandelcoördinator procesdeskundige en heeft hij een specifieke rol bij het stagneren van de behandeling.

De behandelcoördinator is zowel lid van het multidisciplinaire team als degene die vanuit een metaniveau met het team kan communiceren over de communicatie binnen dat team. De behandelcoördinator biedt het team dus een extra mogelijkheid die het team zelf veelal niet kan benutten omdat er primair op inhoudsniveau wordt gereageerd en het team daarbij soms in vastgeroeste patronen blijft hangen. Dit doet zich voor vaak voor bij complexe problematieken (bijvoorbeeld bij persoonlijkheidsproblemen). Op die momenten is het belangrijk dat de behandelcoördinator degene is die op metaniveau kan communiceren.

De behandelcoördinator moet het lef hebben om het multidisciplinaire team te inspireren door de teamleden te stimuleren nieuwe mogelijkheden en interventies te bedenken. Uiteraard zijn hiervoor vele vormen te bedenken, bijvoorbeeld door uit te dagen, te confronteren, humor in te zetten of frisse ideeën uit te proberen. Het team krijgt dan de mogelijkheid om buiten de kaders te denken en uit zijn comfortzone te

treden. Op deze manier wordt de inspirator in de behandelcoördinator zichtbaar.

Debby Linskens is orthopedagoog en systeemtherapeut bij Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie afdeling jeugd Zwolle. E-mail: d.linskens@karakter.com.

Literatuur

- Boeckhorst, F. (2003). *Duivelse spiralen – Werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie*. Warnsveld: GG-Net Warnsveld.
- Boeckhorst, F. (2010). Behandelcontext. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 261-273). Utrecht: De Tijdstroom.
- Choy, J. (2005). Gezinsgericht werken vanuit vraaggericht perspectief. In J. Choy, A. Gerritsen & B. Kuipers (red.), *Gezin gezien* (pp. 1-13). Bergen: De Sonnevile.
- Choy, J. (2010). Een systeemtheoretische blik op zorgorganisaties. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 297-708). Utrecht: De Tijdstroom.
- Haans, T. (2006). *Parallelprocessen in organisaties – Begrippen, herkennen, aanpak*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lawick, J. van & Savenije, A. (2010). Basisbegrippen. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 128-135). Utrecht: De Tijdstroom.
- Meerdinkveldboom, J.W. (2001). *Een organisatie-model voor een jeugdpsychiatrische kliniek*. Maastricht/Venray: RINO-Zuid-Nederland & Vincent van Gogh Instituut.
- Lencioni, P. (2009). *De 5 frustraties van teamwork – Hoe je ervoor zorgt dat samenwerken leuk blijft*. Amsterdam: Business Contact.
- Ploegmakers-Burg, M. (2010). Transgenerationale relatietherapie. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 327-338). Utrecht: De Tijdstroom.
- Peeters, F. (1988). Samenwerking en overleg – Een systeem- en communicatietheoretische opvatting bekeken in een kontekst van multitherapeutische hulpverlening. *Systeemtheoretisch Bulletin VII(1)*, 9-44.
- Prins, S. (2009). Multipartijssamenwerking – De kracht van systemen. *Systeemtherapie*, 21(4), 239-246.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2009). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.