

COMPETENTIEVERGROTING

IN DE

RESIDENTIELE JEUGDZORG

Het 'competentiemodel' biedt een analysemodel, technieken en praktische hulpmiddelen voor hulpverlening aan kinderen, jongeren en hun ouders.

YVONNE STRUYCKEN
Begeleidster: Diana Landhuis
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Haagse Hogeschool

Samenvatting

In deze scriptie ben ik gaan onderzoeken wat het competentiemodel voor de residentiële jeugdzorg inhoud en hoe je het in de praktijk kan toe passen. Het is een actueel onderwerp waarover veel te doen is in de jeugdhulpverlening. Ik heb onderzocht welke manier het beste werkt bij het toepassen van het competentiemodel met ouders. Verder heb ik een aantal methodieken, hulpmiddelen en interventies nader omschreven, die gebruikt kunnen worden in het werken met het competentiemodel voor de residentiële jeugdzorg.

Het ‘competentiemodel’ biedt een analysemodel, technieken en praktische hulpmiddelen voor hulpverlening aan kinderen, jongeren en hun ouders.

De hulp is gericht op het vergroten van competentie en het verminderen van probleemgedrag en/of psychische problemen. Hulpverlening gericht op competentievergroting sluit aan op het ontwikkelingsniveau, de mogelijkheden en de aanwezige problematiek van de cliënten.

Een leefgroep biedt een omgeving met zoveel mogelijk leeransen; per fase van het verblijf heeft de jeugdige meer privileges, vrijheden en verantwoordelijkheden. Naarmate de begeleiding of behandeling vordert, zijn de doelen meer gericht op de situatie na het verblijf in de leefgroep. Competentie wordt niet alleen bepaald door iemands vaardigheden en de zwaarte van de taken waarmee iemand geconfronteerd, maar ook door de mate waarin iemand eventueel aanwezige stressoren en psychopathologie het hoofd kan bieden en de mate van sociale ondersteuning door derden.

In hoofdstuk 1 beschrijf ik wat Stichting Lindenhof voor een organisatie is, met welk niveau er gewerkt wordt, voor wie de systeemgroep bedoeld is, wat de systeemgroep te bieden heeft en met welke uitgangspunten er gewerkt wordt.

In hoofdstuk 2 beschrijf ik het competentiemodel in de residentiële jeugdzorg, de dagelijkse routine, de fysieke omgeving, het methodisch handelen van alle dag, de planmatige uitvoering van de hulp, het werken met ouders, eventuele aanvullende behandelingen door specialisten, de fasering met o.a. het functioneren in de leefgroep en het wennen aan de behandelproblematiek, het opstellen van een competentie, probleemanalyse en hulpverleningsplan, het realiseren van doelen en werkpunten, het vertrek en de nazorg.

In hoofdstuk 3 beschrijf ik welke interventies en hulpmiddelen er worden gebruikt in de begeleiding naar ouders. Deze interventies hebben betrekking op de kerntaken van de gezinsbegeleiding. Vervolgens beschrijf ik de interventies en hulpmiddelen met betrekking tot de competentie vergroting naar ouders.

In hoofdstuk 4 beschrijf ik mijn methodisch handelen toegepast in een casus. Deze casus heb ik onderverdeeld naar de fases die het kind en de ouders in de groep doorlopen. In elke fase heb ik de vaardigheden beschreven die het kind en de ouders leren met betrekking tot hun ontwikkelingstaken. Ook de individuele problematiek van zowel het kind als de ouder komt hierbij naar voren. Verder beschrijf ik de interventies en hulpmiddelen die de gezinsbegeleiding aan ouders biedt met betrekking tot de competentievergroting.

In hoofdstuk 5 trek ik mijn conclusies en doe ik een aantal aanbevelingen.

In hoofdstuk 6 vermeld ik de gebruikte literatuur.

Voorwoord

Deze scriptie heb ik geschreven vanuit mijn ervaringen als gezinsbegeleidster op de systeemgroep in Hoek van Holland.

De systeemgroep waar ik werk, maakt onderdeel uit van Stichting Lindenhof, waarvan het hoofdkantoor gevestigd is in Schiedam. Het is een persoonlijke zoektocht geworden naar wat het competentiemodel nu inhoudt en wat hierbij komt kijken.

Het idee en inspiratie voor deze scriptie komt voort uit het feit dat Stichting Lindenhof het competentiemodel aan zijn methodiek wil toevoegen. Na een inleidende cursus, waren wij als team enthousiast en zagen voor de systeemgroep mogelijkheden om deze methodiek aan onze bestaande methodieken toe te voegen.

Doordat wij als team ervoor open stonden, wilde we het in de praktijk stap voor stap gaan uitproberen. Doordat de methodiek is toegerust op het kind, wilde ik specifiek gaan onderzoeken naar toepassingsmogelijkheden voor ouders en het gezinssysteem.

Nicole van de Meer, Margreet Koskamp en Ronald Bouman wil ik graag bedanken voor de aandacht waarmee ze mijn scriptie hebben gelezen en de tips die ze hebben gegeven.

Ronald Bouman ben ik tevens dankbaar voor de eerste hulp bij de computerproblemen die ik heb ondervonden.

Diana landhuis bedank ik voor de begeleiding die ik van haar heb gehad. Zij heeft mij op het juiste pad gezet.

Verder wil ik mijn familie, vrienden en collega's bedanken voor het aanhoren van al mijn klachten over de zwaarte van de opleiding en het maken van de scriptie. Jullie steun heeft mij gestimuleerd om door te zetten.

Al die cliënten waar ik in mijn werk te maken heb gehad wil ik bedanken voor de ervaring die ik op heb kunnen doen. Zonder deze ervaringen had ik de scriptie niet kunnen schrijven.

Als laatste bedank ik mijn leidinggevenden, die mij de ruimte hebben gegeven, na constatering van een ziekte, om mijn studie op een later tijdstip af te kunnen ronden.

Yvonne Struycken
Rijswijk, mei 2004

Inhoudsopgave

	Blz.
Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding.	5
Probleemstelling	6
Deelvragen	6
Hoofdstuk 1. Wat biedt Stichting Lindenhof?	
1.1. Inleiding	7
1.2. Stichting Lindenhof	7
1.3. Voor wie is de systeemgroep	9
1.4. Wat biedt de systeemgroep?	9
1.5. Uitgangspunten in het werken met ouders	9
Hoofdstuk 2. Wat houdt het competentiemodel voor de residentiele jeugdzorg in?	
2.1. Inleiding	11
2.2. Het competentiemodel	11
2.3. Competentiegerichte behandeling in de residentiele voorziening	14
2.3.1. Dagelijkse routine en groepsregels	14
2.3.2. Fysieke omgeving	14
2.3.3. Methodisch handelen in het leven van alle dag	14
2.3.4. Planmatige uitvoering van de hulp	15
2.3.5. Werken met ouders	15
2.3.6. Aanvullende behandeling door specialisten	15
2.4. Fasering	16
2.4.1. Fase 1: Functioneren in de leefgroep en wennen aan de behandelproblematiek	17
2.4.2. Competentie- en probleemanalyse en het opstellen van een Hulpverleningsplan	18
2.4.3. Fase 2: Het realiseren van doelen en werkpunten	19
2.4.4. Fase 3: Vertrek	20
2.4.5. Nazorg	20
Hoofdstuk 3. Welke interventies en hulpmiddelen worden er gebruikt?	
3.1. Inleiding	21
3.2. Interventies met betrekking tot de kerntaken van de gezinsbegeleiding	21
3.3. Interventies en hulpmiddelen m.b.t. de competentie vergroting naar ouders.	23
Hoofdstuk 4. Methodisch handelen met betrekking tot de casus Sue	
4.1. Inleiding	26
4.2. Casus Sue: reden van opname en gezinsanamnese.	26
4.3. Fase 1: casus Sue	26
4.4. Fase 2: casus Sue	33

4.4.1.	Inleiding	33
4.4.2.	Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar ontwikkelingstaken	33
4.4.3.	Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar individuele problematiek	33
4.4.4.	Vaardigheden die moeder met betrekking tot haar ontwikkelingstaken moet leren	34
4.4.5	Interventies en hulpmiddelen voor moeder m.b.t. de competentie vergroting van Sue.	34
4.5.	Fase 3: Casus Sue	35
4.5.1.	Inleiding	35
4.5.2.	Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar ontwikkelingstaken	35
4.5.3.	Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar individuele problematiek	35
4.5.4	Interventies en hulpmiddelen voor moeder m.b.t. de competentie vergroting van Sue.	36

Hoofdstuk 5. Conclusies en aanbevelingen

5.1.	Inleiding	37
5.2.	Conclusies en Aanbevelingen	38

Hoofdstuk 6. Literatuurlijst 40

Bijlagen

1. Kledinglijst
2. Lijst met data's van gesloten weekenden
3. Leven van alle dag in de systeemgroep
4. CBCL lijst
5. Lijst Dagelijkse Routine
6. Netwerklijst
7. Vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen
8. Gedragsbeschrijving Dagelijkse Routine van het kind, in de systeemgroep
9. Competentielijst van het kind in de systeemgroep
10. Hulpverleningsplan
11. Competentielijst ontwikkelingstaken ouders van jongere kinderen

Inleiding

Ter inleiding op deze scriptie zal ik iets vertellen over mijn werk op de Systeemgroep en mijn huidige functie als gezinsbegeleidster.

Daarna zal ik schetsen wat mijn motivatie is om deze scriptie te schrijven.

Op 15 december 1990 ben ik bij Stichting Lindenhof komen werken bij een residentiele voorziening. Residentieel wil zeggen dat er 24 uur begeleiding, zorg en opvang aanwezig is. De eerste 8 jaar heb ik op een verticale leefgroep (c) gewerkt, waarin 8 kinderen, meisjes en jongens in de leeftijd tussen 4- 12 jaar wonen. We hadden te maken met kinderen die jarenlang in een leefgroep woonden en van daaruit veelal doorstroomde naar een leefgroep voor oudere jeugd 12- 17 jaar. Werken met het systeem waaruit de jeugdige kwam minimaal voor. Behandelplannen en evaluaties over de jeugdige werd voorgesproken met de plaatser en gezamenlijk verteld aan de ouders.

In januari 1999 is er een ommekeer gekomen in de residentiele hulpverlening. Ontstaan vanuit de politiek en de maatschappij werd binnen de Stichting Lindenhof, “de methodiek vraaggericht werken” ingevoerd.

Dat betekende voor ons dat we meer en beter samen moesten gaan werken met ouders. Na verschillende interne cursussen, hadden wij als werkers van de systeemgroep handvaten om mee te werken.

Ik ben in januari 1999 op de systeemgroep gestart als gezinsbegeleidster. In augustus 1999 ben ik daarom in deeltijd ook Maatschappelijk Werk en Dienstverlening gaan studeren. Mijn ontwikkeling volgde de vakken en leerstof die ik aangeboden kreeg op de Haagse Hoge School.

Doordat we in het werkveld vraaggericht gingen werken, merkten we een positieve verandering op in visie, werkwijze en kijk op de jeugdhulpverlening. Een grote verandering was dat er een goede samenwerking en afstemming met ouders en collega's ontstond. Als werkers kwamen we naast de ouders te staan in plaats van ons boven de ouders te stellen. Ouders werden weer zelf verantwoordelijk gesteld om als opvoeder op te treden. Dit hield in dat alles in samenspraak met de ouders gebeurde. Ouders die wij altijd als lastig hadden ervaren werden anders gelabeld. Klachten die ouders hadden werden nu vertaald naar wensen van ouders en betrokken willen zijn met hun kind.

Momenteel werk ik ongeveer 5,5 jaar als gezinsbegeleidster op de systeemgroep. Ook nu is er weer een methodiekkontwikkeling gaande. Het competentiemodel moet ingevoerd gaan worden binnen Stichting Lindenhof.

Het idee en inspiratie voor deze scriptie komt dus voort uit het feit dat Stichting Lindenhof het competentiemodel, eind 2004, aan onze methodiek wil toevoegen.

Na een interne inleidende cursus, waren wij als team enthousiast en zagen we voor de systeemgroep mogelijkheden om ook met deze methodiek naast onze bestaande methodieken te gaan werken.

Doordat wij als team ervoor open stonden, zijn we de methode al in de praktijk stap voor stap gaan uitproberen. Ondanks dat de methodiek is toegerust op de jeugdige, wilde ik middels deze scriptie gaan onderzoeken welke toepassingsmogelijkheden er zijn voor ouders en het gezinssysteem.

Ik ben van mening dat dit onderwerp de lezer aanspreekt en tot denken zet.

Probleemstelling:

Hoe komt de invloed van het competentie­model in de gezins­begeleiding van ouders, van wie de kinderen verblijven in een residentiele voorziening, tot uiting?

Deelvragen:

- Wat biedt Stichting Lindenhof?
- Wat houdt het competentie­model voor de residentiele jeugdzorg in?
- Welke interventies en hulpmiddelen worden er gebruikt?
- Wat is de vertaling hiervan naar ouders toe?

Eerst zal ik achtergrondinformatie geven over Stichting Lindenhof en op welke niveaus ze werkzaam zijn. Daarna zal ik uiteenzetten wat de systeemgroep te bieden heeft.

Vervolgens zal ik uitleggen wat het competentie­model binnen een residentiele voorziening inhoudt, en benoem ik welke interventies en hulpmiddelen ik gebruik.

Aan de hand van de praktijkvoorbeelden zal ik een duidelijker beeld kunnen geven over de vertaling hiervan naar ouders.

Als laatste trek ik conclusies en doe ik aanbevelingen.

Hoofdstuk 1: Wat biedt Stichting Lindenhof?

1.1. Inleiding

Ik wil in dit hoofdstuk eerst iets vermelden over de organisatie, waarna ik daarna het project beschrijf waarin ik werkzaam ben; de systeemgroep.

1.2 Stichting Lindenhof

De Stichting Lindenhof is een multifunctionele organisatie voor jeugdhulpverlening. De organisatie komt voort uit het Weeshuis der Hervormden te Schiedam, dat in het jaar 1605 werd gesticht. De Lindenhof biedt informatie, advies, verzorging, opvoeding, vorming, begeleiding en behandeling aan jongeren in de leeftijd van 0 tot 21 jaar, waarvan de normale ontwikkeling stagneert of dreigt te stagneren en waarbij in principe de samenwerking met ouders en /of verzorgers wordt nagestreefd.

De hulpverlening kan, al naar gelang de aard van de problemen en de ‘vraag’ van de cliënten, preventief, ambulante, via dagbehandeling of residentieel worden aangeboden.

De Lindenhof heeft 50 projecten, 350 medewerkers en een structureel aanbod voor ca. 400 cliënten. Daarnaast neemt de Lindenhof deel aan een aantal projecten, samen met andere instellingen afkomstig uit de hulpverlening en het onderwijs, zoals Families First.

Vroeger was Stichting Lindenhof een aanbod georiënteerd werkende organisatie, tegenwoordig een vraaggericht werkende organisatie.

Het vraaggericht werken speelt zich af op drie niveaus:

1. Wat wil de cliënt? (micro niveau)
2. Hoe moet die hulp georganiseerd worden (meso niveau)
3. Hoe stemt deze manier van hulpverlening af op de naaste omgeving van de cliënt en op de maatschappij in het algemeen (macro niveau)

Het cliënten niveau: (micro niveau)

Stichting Lindenhof probeert met hun behandeling nauw aan te sluiten bij de vragen en de mogelijkheden van jeugdigen en ouders. De hulpverleners streven bij het tot stand komen van het hulpverleningsplan naar overeenstemming met de betrokkenen. Instemming van ouders en jeugdigen wordt gezien als de basis voor effectieve hulpverlening.

De hulpverleners van Stichting Lindenhof brengen nauwkeurig in kaart welke vragen om hulp er zijn. Dit is niet eenvoudig, omdat de betrokkenen immers niet meer in staat zijn om zelfstandig veranderingen in hun situatie aan te brengen. Als het gaat om inzicht in de problematiek en gedrag zitten ze vast in een bepaald patroon. Op dergelijke momenten worden hoge eisen gesteld aan de luistervaardigheid van de medewerkers. Om tot duidelijke vraagstellingen en tot afspraken te komen worden er al voor de opname gesprekken gevoerd met de ouders en de jeugdigen.

Het organisatie niveau: (meso niveau)

Om maatwerk te leveren is een flexibele organisatie onontbeerlijk. Medewerkers werken niet meer alleen binnen de residentiele instelling, maar gaan naar de gezinnen toe en begeleiden een weekend bezoek. Ook is de organisatie vierentwintig uur per dag bereikbaar.

Het behandelaanbod is bedoeld als aanvulling op de begeleiding die geboden wordt vanuit de bureaus Jeugdzorg en zal vaak een vervolg krijgen in een regionaal traject.

Overheidsniveau: wetgeving en subsidiegever (macro niveau)

In de nieuwe Wet op de jeugdhulpverlening staat dat ouders meer rechten moeten krijgen in de hulpverlening aan hun kinderen.

Instellingen voor de jeugdhulpverlening moeten aan bepaalde eisen voldoen o.a.:

- Ouders moeten betrokken worden in het behandelplan.
- Er moet een klachtenregeling op papier staan.
- Er moet een vertrouwenspersoon voor kinderen zijn.
- Ouders moeten inspraak hebben.

Tevens krijgt Stichting Lindenhof, zoals elke andere jeugdhulpverleningsinstelling, te maken met veranderingen in de maatschappij (macro niveau), zoals mondiger wordende cliënten. Van hen kwamen signalen die wezen op ongenoegen over de kwaliteit van het verblijf in de instelling. Dit werd geïllustreerd door een aantal vroegtijdige onderbrekingen van geplande behandelplannen, door conflicten en klachten.

Ik ben als gezinsbegeleidster werkzaam bij Stichting Lindenhof in een residentieel project, nl de Systeemgroep.

Gezien een toename in de vraag naar langdurige residentiele (24 uur) verzorging en opvoeding, is 5 jaar geleden de leefgroep voor kinderen van 4 tot 12 jaar omgebouwd naar de systeemgroep.

We hebben in eerste instantie onze visie, houding en handelwijze, ten opzichte van residentiele (vaak onder toezicht gestelde) hulpverlening, en het werken met ouders daarbinnen, aan elkaar voorgelegd.

De belangrijkste conclusie was dat we van het werken vanuit een soort vervangende ouderschap, de ontwikkeling in wilden zetten richting de methodiek;

- systeemgericht
- vraaggericht
- en werken met empowerment.

Bij gezinsgericht werken is het systeem het uitgangspunt. De achterliggende gedachte hierbij is dat ouders primair verantwoordelijk zijn en blijven voor de opvoeding van hun kind. Er is erkenning voor het feit dat uithuis geplaatste kinderen tijdelijk in twee systemen moeten functioneren.

Vraaggericht werken houdt in dat de vraag en/of het probleem van de ouders richtinggevend is voor ons handelen.

Empowerment houdt in dat ouders aangesproken worden op wat ze kunnen en het versterken van het positieve, in plaats van uitsluitend gericht te zijn op de problemen.

Sinds midden 2003, hebben we cursussen gekregen m.b.t. het competentiemodel. Dit is een methodiek die zich richt op het ontlasten van de ouders en de jeugdigen, het vergroten van de competentie van het kind en het gelijktijd mobiliseren van de opvoedingscompetentie van de ouders, het bevorderen van de communicatie binnen het gezin en het vergroten van het ondersteunende netwerk rondom het gezin. Zie hoofdstuk 2.

1.2. Voor wie is de systeemgroep?

De systeemgroep van stichting Lindenhof is een leefgroep voor kinderen tussen de 4 en 12 jaar (indien kinderen al in de groep verblijven, bestaat de mogelijkheid dat zij ook na hun twaalfde nog enige tijd in de systeemgroep verblijven) en hun ouders.

Behalve dat het kind is aangewezen op residentiele zorg, is het een voorwaarde dat er door ouders of door plaatser bij het intakegesprek, een hulpvraag is geformuleerd die betrekking heeft op het systeem van het kind.

Voorwaarde is, dat de verwachting is, dat het kind terug naar huis of elders kan worden geplaatst binnen een periode van maximaal anderhalf jaar.

1.4. Wat biedt de systeemgroep?

De systeemgroep biedt aan maximaal acht kinderen een rustige, gezellige en gestructureerde leefsituatie.

Kinderen kunnen tot rust komen en draaien mee in een dagelijkse routine waarbinnen gezamenlijke momenten en individuele bezigheden en interesses elkaar afwisselen.

Aan de hand van het competentiemodel worden vaardigheden van de kinderen in kaart gebracht en leerdoelen geformuleerd. De begeleiding die door zes pedagogische medewerkers wordt gegeven, sluit aan bij de leeftijd en de individuele behoeften van de kinderen.

Aan de systeemgroep zijn een behandelcoördinator, een regiomanager en een gezinsbegeleidster verbonden.

De behandelcoördinator geeft leiding aan het team voor wat betreft de hulpverlening, de regiomanager voor wat betreft alle voorwaardenscheppende aspecten.

Een wezenlijk onderdeel van de hulpverlening is de gezinsgerichte benadering. De gezinsbegeleidster heeft met de ouder(s) een maal per drie weken oudergesprekken.

De gesprekken zijn gericht op de omgang en de opvoedkundige vaardigheden van de ouders en op het functioneren van het gezinssysteem. In samenspraak met de ouder(s) kunnen er ook netwerkgesprekken plaats vinden.

De leerdoelen van kinderen en ouders worden zoveel mogelijk op elkaar afgestemd. Dit betekent dat ouders zoveel mogelijk actief betrokken worden bij het leven van hun kind in de groep. In de eerste plaats gaan de kinderen regelmatig in het weekend naar huis. Deze bezoeken worden zowel met de ouders als met het kind zorgvuldig voorbereid en nabesproken. Tevens wordt aan ouders gevraagd om belangrijke taken in de zorg voor hun kind, zoals het bezoeken van een ouderavond, op zich te nemen.

Tenslotte proberen de werkers zoveel mogelijk rekening te houden met specifieke wensen van de ouders op het gebied van de begeleiding van hun kind.

1.5. Uitgangspunten in het werken met ouders zijn:

- de band tussen kinderen en hun ouders zijn onlosmakelijk en onvervangbaar. Kinderen zijn in wezen altijd trouw aan hun ouders (Loyaliteitstheorie; Nagy).
- de ouders worden met respect tegemoet getreden. De normen, waarden en vragen en ideeën van de ouders worden gerespecteerd en ook in de hulpverlening naar voren gehaald.
- de medewerkers geven de hulpverlening in samenwerking met de ouders vorm en niet, strijdend tegenover elkaar.
- de ouders worden zoveel mogelijk betrokken, inspelend op de behoeften en vragen en mogelijkheden van de ouders en hun kinderen, bij de opvoeding en verzorging van hun kinderen. Alle kinderen gaan in ieder geval om de vier weken een weekend naar

huis of zoveel vaker dan wenselijk en afhankelijk van de fasen in de hulpverlening. De bezoeken worden voorbesproken en geëvalueerd met de pedagogische medewerkers zodat ouders “gebruiksaanwijzingen” kunnen oefenen en uiteindelijk overnemen.

- Vanuit systeemtheoretische invalshoek wordt o.a. door de gezinsbegeleidster inzicht gegeven in het functioneren van het systeem, het ontstaan van de problemen en problematisch gedrag en richting gegeven aan een mogelijke oplossing.

Er wordt een ‘volledig programma’ geboden voor kind en gezin, met modules die deels door onszelf, deels door externen worden verzorgd. Dit ‘programma’, met een begin- en eindtijd en kan o.a. de volgende elementen bevatten:

- observatie en onderzoek
- training sociale vaardigheden
- video-interactie begeleiding
- video-home training
- oudergesprekken, voorlichtend en/of curatief, gericht op het vergroten van het gedragsrepertoire m.b.t. opvoeden
- individuele en/of gezinstherapie
- praktische pedagogische thuishulp. Het organiseren en onderhouden van het huishouden en invullen van het ‘dagelijkse leven’.
- diverse kind- en oudergerichte therapievormen, zoals speltherapie etc.
- voorzorgtrajecten
- nazorgtrajecten
- weekendgezin begeleiding

Hoofdstuk 2: Wat houdt het competentiemodel voor de residentiele jeugdzorg in?

2.1. Inleiding:

Hulpverlening gericht op *competentievergroting* maakt gebruik van leertheoretische en gedragstherapeutische principes en interventies gericht op netwerkversterking.

Leertheoretische en gedragstherapeutische principes (A. de Lange, 2000) ontwikkeld door o.a. Liberman, zag psychiatrische symptomen als uitvloeisels van systematische bekrachtiging van niet-adequaat gedrag. Belangrijke elementen van zijn aanpak zijn:

- het analyseren van dergelijke bekrachtigingpatronen,
- het helpen van cliënten bij hun pogingen een relatie te scheppen waarin beide 'partijen' evenredig 'beloond' worden.

Competentievergroting in de residentiele jeugdzorg (H.J.M. Spanjaard, 1998) impliceert dat jeugdigen en hun ouders vaardigheden leren die ze nu en straks nodig hebben om adequaat te functioneren in de samenleving.

Om jeugdigen en hun ouders vaardigheden te leren, is het noodzakelijk hen taken aan te bieden die aansluiten bij hun niveau en mogelijkheden en voldoende uitdaging en leerkansen bieden voor verdere ontwikkeling. Het functioneren van de jeugdigen wordt geplaatst in het licht van ontwikkelingstaken van adolescenten.

Afhankelijk van al dan niet aanwezige psychopathologie is de hulp uiteraard ook gericht op vermindering van (de invloed van) psychische problemen c.q. het leren hanteren van psychische problemen.

Onder psychopathologie (Slot en Spanjaard, 2000) verstaan we een binnen de geldende cultuur ongebruikelijk patroon van gedragingen die gepaard gaan met leed, een minder goed functioneren, of dat in buitengewone mate het risico verhoogt om in aanraking te komen met lijden, de dood of vrijheidsverlies.

Verder is bij competentievergroting het mobiliseren van protectieve factoren van belang. Onder protectieve factoren verstaan we aspecten in de omgeving en eigenschappen van jeugdigen die hen kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten.

Ik zal eerst kort ingaan op de ontwikkeling en de belangrijkste elementen van het competentiemodel (zie hoofdstuk 2.2). Daarna volgt de beschrijving van een programma gericht op competentievergroting in leefgroepen (zie hoofdstuk 2.3). Aan de hand van de fasering worden verschillende elementen van dit programma toegelicht (zie hoofdstuk 2.4). De uitwerking van het competentiemodel verschilt uiteraard per soort residentiele voorziening. Ik zal proberen in een kort bestek de essentiële onderdelen te beschrijven.

2.2. Het competentiemodel:

Gedurende de afgelopen twintig jaar zijn er door de afdeling Gedragstherapieprojecten van het Paedologisch Instituut in Amsterdam/Duivendrecht (en later de afdeling Praktijkonderzoek van PI Research) verschillende hulpverleningsprogramma's ontwikkeld en geëvalueerd voor jongeren en kinderen met antisociaal gedrag. Aanvankelijk werd de nadruk gelegd op het leren van (sociale) vaardigheden vanuit het idee dat een tekort aan vaardigheden een belangrijke factor is bij het ontstaan en het voortduren van antisociaal gedrag. Om die reden werd ook wel van het 'tekortmodel' gesproken. Het tekortmodel had echter zijn beperkingen.

Ten eerste was er door de nadruk op ontbrekende vaardigheden te weinig aandacht voor (het benutten van) het vaardige gedrag van jongeren.

Ten tweede ontbraken er duidelijke criteria om de vaardigheden te kiezen die men een jongere zou willen leren. Om deze redenen werd het leertheoretische kader aangevuld met een ontwikkelingspsychologisch en ontwikkelingspathologisch perspectief.

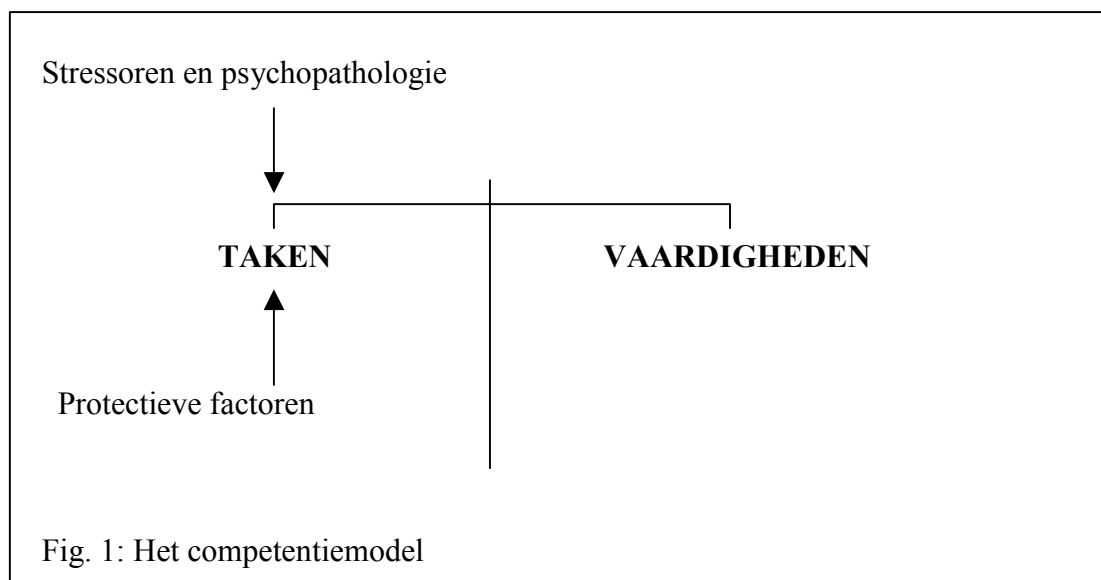
In de ontwikkelingspsychologie wil men de aan het individu gebonden regels en begrippen kennen, herkennen en ontleden.

In de ontwikkelingspathologie wil men het algemeen geldende regel kennen, het herkennen en ontleden van verschijnselen volgens niet aan het individu gebonden regels en begrippen.

(VanderEycken, Hoogduin, Emmelkamp, 1990)

Voortaan werd niet alleen meer uitgegaan van probleemgedrag en vaardigheidstekort(en) van jeugdigen, maar werd ook rekening gehouden met het ontwikkelingsniveau van de jeugdige zoals zich dat manifesteert in verschillende aspecten van het dagelijks functioneren. Eind jaren tachtig werd het competentiemodel geformuleerd (Slot, 1988), vaak ook aangeduid met de term ‘taakvaardigheidsmodel’.

Competentie wordt hier gezien als een evenwichtstoestand. Hiervan is sprake wanneer een individu over voldoende vaardigheden beschikt om de taken te vervullen waarvoor hij of zij in het dagelijkse leven gesteld wordt (zie figuur 1).



Competentie wordt beïnvloed door stressoren, psychopathologie en protectieve factoren: Stressoren en psychopathologie verzwaren de taken, protectieve factoren maken taken lichter. Stressoren hebben een negatieve invloed op de balans van ontwikkelingstaken en vaardigheden. Het zijn invloeden waaraan men zich niet of moeilijk kan onttrekken en die een negatieve invloed uitoefenen op het functioneren.

Protectieve factoren zijn aspecten in de omgeving en eigenschappen van jongeren die hen kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten.

Bij de formulering van de taken die voor kinderen, jongeren of ouders van belang zijn, wordt aangesloten bij het ontwikkelingspsychologische begrip ‘ontwikkelingstaken. De ontwikkelingstaken voor kinderen en jongeren zijn opgenomen in tabel 1 en tabel 2.

Ontwikkelingstaken voor kinderen (4 – 12 jaar):

1. *rekening houden met anderen*: het vormen van oordelen en het plannen van handelingen mede op basis van belangen van anderen;
2. *onafhankelijkheid*: het vergroten van de onafhankelijkheid ten opzichte van ouders/opvoeders;
3. *onderwijs*: het participeren in het basisonderwijs teneinde die vaardigheden en kennis te verkrijgen die noodzakelijk zijn om in de samenleving te kunnen functioneren;
4. *vriendschappen*: het aanknopen en onderhouden van (vriendschappelijke) contacten met leeftijdgenoten;
5. *verantwoordelijkheden thuis*: het nemen van deelverantwoordelijkheden in huis en voor broertjes en zusjes;
6. *gebruik van de basale infrastructuur*: zelfstandig gebruik maken van de basale infrastructuur in de samenleving, zoals openbaar vervoer, geldsysteem, communicatiemiddelen, vrijetijdsvoorzieningen;
7. *veiligheid en gezondheid*: keuzes kunnen maken met betrekking tot de eigen veiligheid en gezondheid.

Tabel 1: Ontwikkelingstaken voor kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar (ontleend aan Slot en Spanjaard (1996)).

Ontwikkelingstaken voor jongeren (vanaf 12 jaar):

1. *positie ten opzichte van de ouders*: minder afhankelijk worden van de ouders en het bepalen van een eigen plaats binnen de veranderde relaties in het gezin en de familie.
2. *onderwijs of werk*: kennis en vaardigheden opdoen om een beroep uit te kunnen oefenen en een keuze maken ten aanzien van werk.
3. *vrije tijd*: ondernemen van leuke activiteiten in de vrije tijd en het zinvol doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn.
4. *creëren en onderhouden van een eigen woonsituatie*: zoeken of creëren van een plek waar je goed kunt wonen en leren omgaan met huisgenoten.
5. *autoriteit en instanties*: accepteren dat er instanties en personen boven je gesteld zijn, binnen geldende regels en codes opkomen voor eigen belang.
6. *gezondheid en uiterlijk*: zorgen voor een goede lichamelijke conditie, een uiterlijk waar men zich prettig bij voelt en een goede voeding en het vermijden van overmatige risico's.
7. *sociale contacten en vriendschappen*: contacten leggen en onderhouden, oog hebben voor wat contacten met anderen kunnen opleveren, je openstellen voor vriendschap, vertrouwen geven en nemen, wederzijdse acceptatie.
8. *intimiteit en seksualiteit*: ontdekken wat mogelijkheden en wensen zijn in intieme en seksuele relaties.

Tabel 2: Ontwikkelingstaken voor jongeren (ontleend aan: De Wit e.a., 1995; Slot en Spanjaard, 1996)

Het competentiemodel biedt veel aanknopingspunten voor de diagnostiek en de hulpverlening aan kinderen, jongeren en ouders.

2.3. Competentiegerichte behandeling in de residentiële voorziening

Residentiële voorziening gericht op competentievergroting vereist een programma dat door meerder nauw met elkaar samenhangende elementen wordt bepaald:

1. dagelijkse routine en groepsregels;
2. fysieke omgeving;
3. methodisch handelen in het leven van alle dag;
4. Planmatige uitvoering van de hulp;
5. werken met ouders;
6. aanvullende behandeling door specialisten.

2.3.1. Dagelijkse routine en groepsregels

Centraal element in elke residentiële vorm van hulp is de *dagelijkse routine* (zie bijlage 5), dat wil zeggen het draaiboek voor het dagelijkse leven zowel in de leefgroep als tijdens het dagprogramma en vrijetijdsactiviteiten. De regelmatig terugkerende onderdelen in het leven van alle dag bepalen met welke taken en leermomenten jeugdigen geconfronteerd worden. Het is van belang (binnen de beperkingen van een leefgroep), een omgeving te creëren met zoveel mogelijk leerkansen. Bij de dagelijkse routine hoort ook een aantal *groepsregels* (zie bijlage 3), dat wil zeggen expliciete afspraken over wat jeugdigen wel en niet mogen in verschillende situaties.

2.3.2. Fysieke omgeving

Een tweede belangrijk element betreft de *fysieke omgeving* waarbinnen de hulpverlening plaatsvindt: de eigen kamer, de groepsruimte, eventuele interne school- en/of werkplaats, recreatieruimte en uiteraard ook de directe omgeving buiten de leefgroep: de straat, de buurt en de al dan niet aanwezige voorzieningen. Bij de vormgeving en het gebruik van de fysieke omgeving moet enerzijds rekening gehouden worden met veiligheid en beheersing, anderzijds dient de omgeving zo veel mogelijk leerkansen te bieden.

2.3.3. Methodisch handelen in het leven van alledag

Met het methodisch handelen in het leven van alledag bedoelen we de manier waarop groepsleiders jeugdigen begeleiden, nieuwe vaardigheden aanleren, reageren op gewenst gedrag, hoe zij handelen bij incidenten en crisissituaties en hoe zij werken aan het realiseren van werkpunten voor individuele jeugdigen. De nadruk bij competentievergroting ligt op het leren van nieuw adequaat gedrag. Hiertoe krijgen jeugdigen veelvuldig feedback op adequaat gedrag. Nieuw gedrag wordt geleerd door middel van *instructie*, zo nodig gevolgd door *voordoen* en *oefenen*. Bij het stoppen van ongewenst gedrag wordt zoveel mogelijk geprobeerd het *alternatieve (gewenste) gedrag te instrueren*. Met andere woorden: de groepsleider zegt vooral wat iemand wel moet doen in plaats van wat hij niet moet doen. Bij moeilijke situaties, zoals bij incidenten en in crisissituaties, wordt het ongewenste gedrag zo spoedig mogelijk omgebogen om onnodige escalatie te voorkomen: de in te zetten technieken om gedrag stop te zetten en om te buigen zijn zo licht mogelijk en ook hier voert instructie van gewenste gedragingen de boventoon.

2.3.4. Planmatige uitvoering van de hulp

Dit wil zeggen het verzamelen en analyseren van informatie en het stellen van doelen. De doelen worden afgestemd op het functioneren ten aanzien van de ontwikkelingstaken en op de factoren die een rol spelen bij eventuele psychische problemen. (zie bijlage 9)

Hiertoe wordt voor elke jeugdige een competentieanalyse en zonodig een probleemanalyse gemaakt (zie bijlage 10). Doelen die hieruit naar voren komen, moeten concreet, haalbaar en evalueerbaar zijn en er moet tijdens het verblijf in de leefgroep aan gewerkt kunnen worden. De doelen sluiten aan bij de sterke kant van de jeugdige, dat wil zeggen: dingen waar hij goed in is, personen uit zijn sociale netwerk waarop hij kan terugvallen, enzovoort.

Doelen worden geconcretiseerd in dagelijkse te beoordelen werkpunten. De jeugdigen en zijn ouders worden zoveel mogelijk bij de hulpverlening betrokken door expliciet te werken aan hun wensen tot verandering en door met hen regelmatig te communiceren over (voortgang met betrekking tot) werkpunten en doelen. Hierdoor krijgt een jeugdige dagelijkse feedback op zijn vooruitgang ten aanzien van de werkpunten.

2.3.5. Werken met ouders

Het werken met ouders kan achtereenvolgens gericht zijn op

1. het in stand houden/herstellen van het contact tussen jeugdigen en hun ouders.
2. het verbeteren van het contact tussen jeugdigen en hun ouders
3. het toewerken naar de (volledige) terugkeer in het gezin en het versterken van de opvoedingssituatie zodat ouders en jeugdige weer met elkaar verder kunnen.

In bijna alle gevallen is het belangrijk dat ouders leren wat de specifieke ‘gebruiksaanwijzing’ is van hun kind doordat:

- ze *kennis* krijgen op de mogelijkheden en beperkingen van hun kind (o.a. door kennis te nemen over ontwikkelingsniveau en eventuele psychopathologie van hun kind);
- ze *vaardigheden* krijgen voor het opvoeden van hun kind en het handelen bij lastig gedrag;
- ze *weten* wanneer ze wat het beste kunnen doen.

De laatste jaren zijn vormen van hulp ontwikkeld waarbij de traditionele kloof tussen residentiële en gezinsgerichte hulp wordt overbrugd door beide vormen van hulp te integreren. Het voorbeeld is de *systeemgroep*. De jeugdige verblijft zowel in de leefgroep als in de thuissituatie. Naar gelang de vraag, wensen en mogelijkheden kan het zo zijn dat er arrangementen ontstaan, waarin de verhouding tussen het aantal dagen op de leefgroep, doorlopend wordt aangepast en de ‘gezinsgroeps werkers’ werken zowel op de leefgroep als in de thuissituatie van hun mentorkind. (Van Vugt, e.a., 2001) Momenteel starten we met weekenden en vakanties.

2.3.6. Aanvullende behandeling door specialisten

In aanvulling op het werken aan doelen en werkpunten in het leven van alle dag is soms individuele of groepsgerichte behandeling nodig in de vorm van bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining, gespreksgroepen, therapie en psychiatrische (medische) zorg. Redenen hiervoor kunnen zijn dat het gaat om taken en vaardigheden die zich in de dagelijkse routine onvoldoende voordoen of dat er deskundigheid nodig is die de groepsleiding niet kan bieden. Het is van groot belang dat de informatie over de therapie en informatie over het functioneren van de jongere in de leefgroep naast elkaar worden gelegd om te voorkomen dat de doelen in therapie in tegelstrijd zijn met de doelen en de werkpunten op de leefgroep.

2.4. Fasering

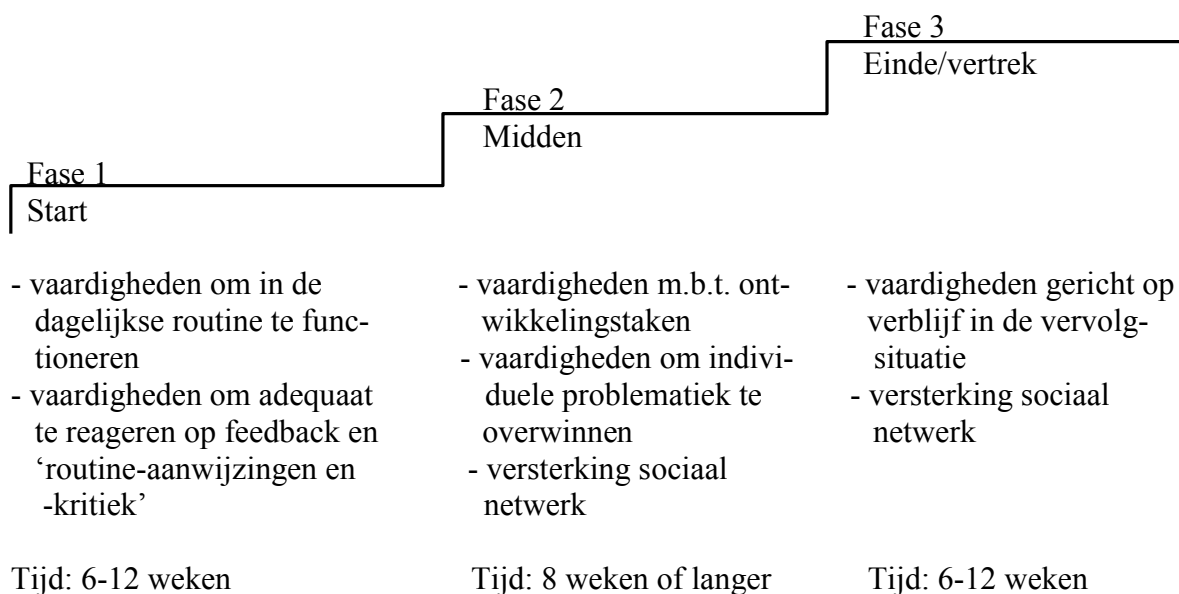
Verschillende elementen van een programma gericht op competentievergroting worden hieronder nader geïllustreerd aan de hand van de fasering binnen een leefgroep. In een leefgroep zijn minimaal drie fasen te onderscheiden.

De eerste fase is de startfase en duurt ongeveer 6-12 weken. De tweede fase duurt 8 weken of langer. In de leefgroep waar de gemiddelde verblijfsduur langer is dan driekwart jaar, is het raadzaam de tweede fase op te delen in meerdere (sub)fasen. De derde fase is de eind- of vertrekfase en duurt ongeveer 6 – 12 weken.

In de *eerste fase* leren jeugdigen de regels van de leefgroep en de vaardigheden die nodig zijn voor de dagelijkse routine. Daarnaast leren ze adequaat te reageren op feedback en routinekritiek en –opmerkingen die ze van groepsleiders krijgen op hun functioneren. Heeft de jeugdige de eerste fase doorlopen, dan promoveert hij naar *de tweede fase*.

De jeugdige krijgt in *de tweede fase* meer verantwoordelijkheden en vrijheden. In de tweede fase wordt uitgebreid aandacht besteed aan de individuele werkpunten van een jeugdige. Het kan allereerst gaan om werkpunten die uit het functioneren in de dagelijkse routine naar voren komen. Ten tweede zijn de vaardigheden die de jeugdige in deze fase moet leren afhankelijk van de ontwikkelingstaken die op dat moment voor de jeugdige aan de orde zijn. Ten derde gaat het om (praktische, cognitieve en/of sociale) vaardigheidstekorten die een rol spelen bij de problematiek van de jeugdige. In de tweede fase is er ook aandacht voor eventuele psychische problematiek en worden –in samenwerking met de jeugdige- acties ondernomen ten aanzien van zijn vroegere, huidige en/of toekomstige sociale omgeving. Dit betekent dat er veel contact is met bijvoorbeeld de ouders, familieleden, leerkrachten van school, vrienden enz.

Na promotie naar *de derde fase* wordt toegewerkt aan vaardigheden die de jeugdige nodig heeft in de situatie waar hij na de leefgroep naar toe gaat.



Figuur 2: Fasering van het verblijf in een leefgroep

Door het methodisch handelen van groepsleiders en de vormgeving van de feedbacksystemen wordt er gaandeweg een steeds groter beroep gedaan op de zelfsturingvaardigheden van de jeugdigen. In de eerste fase ligt de nadruk op zelfobservatie, in de tweede fase en derde fase worden de jeugdigen steeds meer gestimuleerd zichzelf te evalueren en te versterken. Hieronder worden de verschillende fasen meer in detail beschreven.

2.4.1. Fase 1: Functioneren in de leefgroep en wennen aan de behandelproblematiek

De eerste fase is vooral gericht op het leren functioneren in een leefgroep. De jeugdige moet zich de dagelijkse routine en de bijbehorende vaardigheden eigen maken. Daarenboven moet hij kennismaken met groepsgenoten en groepsleiders en wennen aan de methodiek. In de eerste fase zijn de groepsleiders en staf druk doende allerlei informatie te verzamelen. Dit gebeurt enerzijds via het dossier en contacten met de plaatser, anderzijds door uitgebreide observaties van gedrag in de leefgroep en tijdens het dagprogramma en door gesprekken met de jeugdige, de ouders en eventueel andere belangrijke personen uit het netwerk van de jeugdige.

De dagelijkse routine valt op te splitsen in regelmatig terugkerende onderdelen van dagritme, zoals opstaan, wassen en aankleden, ontbijten, school, samen thee drinken, huiswerk maken, vrije tijd, enzovoort. Per onderdeel heeft een jeugdige verschillende vaardigheden nodig om de aan de orde zijnde taken goed te volbrengen.

Het gaat om vaardigheden zoals opruimen, netjes eten, op je beurt wachten, wassen, vriendschappelijk met elkaar omgaan, rekening houden met anderen en een spelletje doen.

Doordat de groepsleiding de jeugdigen vaardigheden onder andere leert door veelvuldig feedback te geven op adequaat gedrag, gaan de meeste jeugdigen zich steeds prettiger voelen en gemakkelijker functioneren in de dagelijkse routine.

Naast het functioneren in de dagelijkse routine van de leefgroep, moet een jeugdige ook deelnemen aan *een vorm van dagbesteding*, dat wil zeggen school of werk.

Ook hiervoor geldt in eerste instantie dat de jeugdige vaardigheden moet leren om mee te kunnen doen aan de verschillende activiteiten.

Tijdens het leren functioneren in de dagelijkse routine in de eerste fase moeten jeugdigen *leren omgaan met de methodiek*, dat wil zeggen technieken waarmee de groepsleiders de jeugdigen vaardigheden leren. De jeugdige moet leren omgaan met feedback en 'routine-aanwijzingen en -kritiek'. Aangezien de groepsleiding de jeugdige nieuwe vaardigheden wil leren, zal de jeugdige – naast feedback op adequaat gedrag – vaak te horen krijgen dat iets wat hij heeft gedaan anders of nog beter moet. Zo nodig wordt dit voorgedaan en geoefend.

Een ander punt uit de eerste fase betreft *het opbouwen van vertrouwen en een werkrelatie* tussen jeugdige en groepsleiding. Voor sommige jeugdigen is dit in eerste instantie niet veel meer dan met de nodige tegenzin de instructies opvolgen van de groepsleider, voor andere jeugdigen betekent dit dat ze gaan ervaren dat ze door de groepsleiders geaccepteerd worden, van hen nieuwe dingen kunnen leren en aan hen persoonlijke dingen kunnen toevertrouwen.

In de eerste fase is het belangrijk het gedrag van de jeugdige goed te observeren: wat kan de jeugdige al, waar is de jeugdige goed in, wat moet de jeugdige nog leren? De observaties worden vastgelegd in de 'gedragsbeschrijvingen dagelijkse routine'. (zie bijlage 8)

Hierin geeft de mentor – met behulp van eigen observaties en die van andere groepsleiders – per onderdeel van de dagelijkse routine aan hoe een jeugdige functioneert, wat zijn de sterke punten en wat zijn achterstanden zijn. Achterstanden worden idealiter geformuleerd als werk- of leerpunten. Op basis van de competentielijst wordt een eerste *werkplan* gemaakt.

Hierin staan een aantal vaardigheden centraal die een jeugdige nog moet leren om te functioneren in het leven van alle dag. Eventuele werkpunten van de jeugdige zelf worden in

het werkplan opgenomen, mist deze werkpunten concreet, haalbaar en op de korte termijn te realiseren zijn.

Na twee a drie maanden zijn de meeste jeugdige redelijk gewend aan de methodiek. Ze kennen de groepsregels en hebben de dagelijkse routine aardig in de vingers. Wanneer een jeugdige dit beheerst promoveert hij naar de tweede fase.

2.4.2. Competentie- en probleemanalyse en het opstellen van een hulpverleningsplan

In de eerste fase geldt voor elke jeugdige hetzelfde doel: leren functioneren in de dagelijkse routine van de leefgroep. Aan het eind van de eerste of begin van de tweede fase wordt een individueel hulpverleningsplan opgesteld. Hiertoe wordt eerst een analyse van de competentie van de jongere en een analyse van eventueel aanwezig(e) probleemgedrag en psychische problemen gemaakt.

Het maken van een *competentieanalyse* (zie bijlage 9) houdt in dat de gezinsbegeleidster samen met de behandelcoördinator en de mentor 'de balans opmaakt'. Een van de hulpmiddelen bij het maken van een competentieanalyse is een door de mentor ingevulde competentielijst. Dit is een tweede observatieverslag waarin het functioneren van de jeugdige ten aanzien van verschillende ontwikkelingstaken wordt beschreven: wat kan een jeugdige al, wat moet een jeugdige nog leren en wat wil een jeugdige zelf veranderen? Voor het invullen van een competentielijst maakt de mentor gebruik van observaties van het gedrag van de jeugdige en informatie uit *individuele (mentor) gesprekken met de jeugdige*. In deze gesprekken wordt niet alleen stilgestaan bij problemen, maar wordt ook ten aanzien van verschillende aspecten (zoals school, sport, vrije tijd en gezin) gevraagd waar de jeugdige goed in is en waar hij trots op is.

Andere informatie die in de eerste fase verzameld wordt, betreffende belangrijke gebeurtenissen in het leven van de jeugdige (zie bijlage 7) en het sociale netwerk (zie bijlage 6) van de jeugdige. De mentor en/of gezinsbegeleidster heeft ook *contact met belangrijke personen uit de omgeving van de jeugdige*. Er is contact met ouders, soms ook met broers/zussen, vrienden, leerkrachten, hulpverleners en/of burens. Het doel is zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de sociale omgeving van de jeugdige.

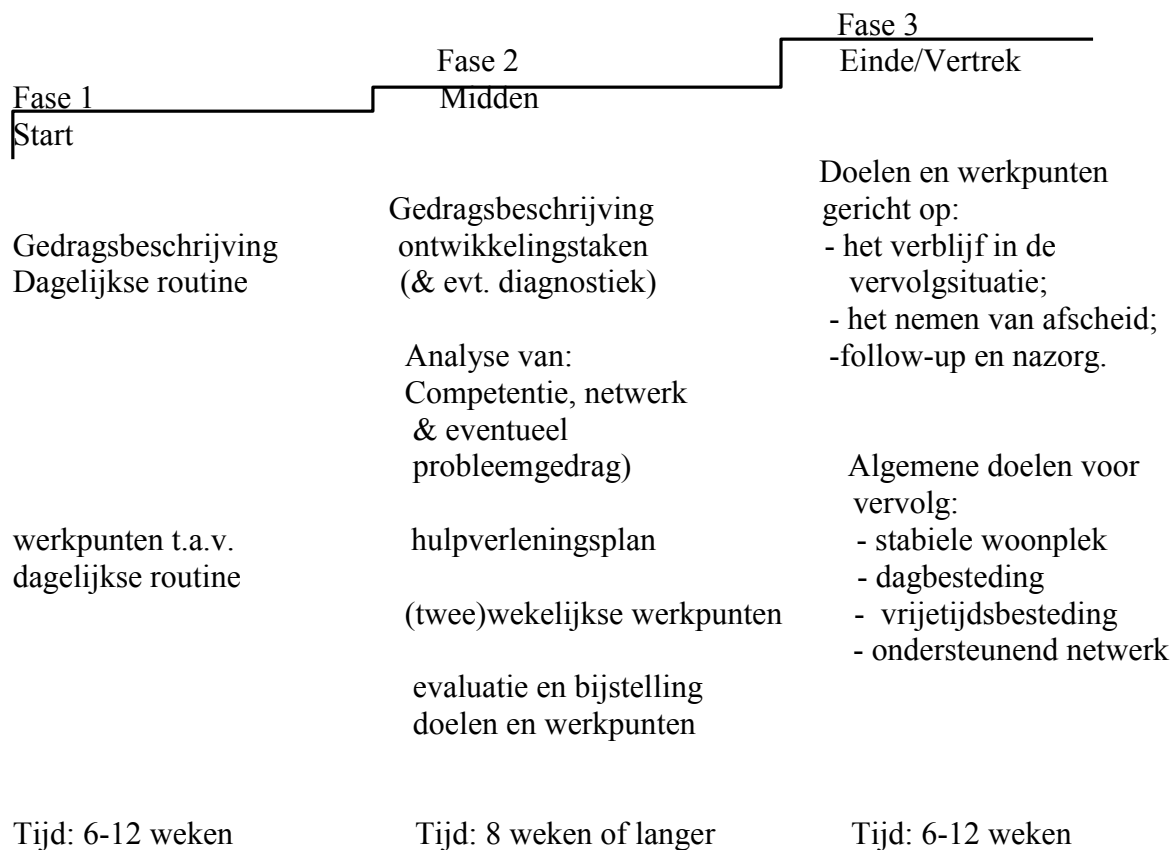
Er wordt ook gebruik gemaakt van gegevens uit het *dossier* en informatie van de plaatser. In sommige gevallen is het wenselijk diagnostisch onderzoek te laten verrichten door een arts, orthopedagoog, psycholoog en/of psychiater. Denk hierbij niet alleen aan psycho-diagnostisch of psychiatrisch onderzoek, maar ook aan medisch onderzoek, diagnostiek ten aanzien van onderwijssituatie (door onderwijsspecialisten: het bepalen van kennisniveau, schoolvaardigheden en dergelijke) of specifieke diagnostiek ten aanzien van seksuele ontwikkeling (het bepalen wat een jeugdige weet, vindt en doet op dit terrein en wat hij heeft meegemaakt).

In de competentieanalyse wordt op basis van alle bovengenoemde informatie per ontwikkelingstaak vastgesteld:

- met welke taken de jeugdige nu en straks geconfronteerd wordt;
- aanwezige vaardigheden en vaardigheidstekorten;
- de rol van stressoren, psychopathologie en protectieve factoren;
- mogelijke actiepunten (doelen voor het hulpverleningsplan).

De competentieanalyse wordt van tijd tot tijd bijgesteld als er nieuwe/aanvullende informatie beschikbaar komt (bijvoorbeeld door nieuwe observaties of doordat de jeugdige bepaalde vaardigheden heeft geleerd).

Bij een *analyse van probleemgedrag* wordt gekeken naar de situatie waarin het gedrag plaatsvindt, de functie van het gedrag en de gevolgen van het gedrag. De doelen uit de competentie- en probleemanalyse worden opgenomen in het hulpverleningsplan.



Figuur 3: Het verzamelen en analyseren van informatie en het stellen van doelen

2.4.3. Fase 2: Het realiseren van doelen en werkpunten

In de tweede fase wordt gewerkt aan de *uitvoering van het hulpverleningsplan*. De doelen waaraan gewerkt wordt, moeten er toe leiden dat de jeugdige uiteindelijk over voldoende vaardigheden en sociale steun beschikt om zichzelf te redden in een situatie na de leefgroep, zoals, bijvoorbeeld een meer open instelling met veelal een lichtere vorm van hulp of terug in het gezin van herkomst. Het stellen van doelen sluit aan op de competentieanalyse en de probleemanalyse. Belangrijk is dat de doelen concreet, evalueerbaar, realistisch en haalbaar zijn; er is een zekere variatie tussen materiele en meer psychosociale doelen die betrekking hebben op verschillende gebieden (de ontwikkelingstaken)

Het is belangrijk doelen vast te leggen in een hulpverleningsplan dat samen met de jeugdige besproken is, voordat het vastgelegd wordt. Door de jeugdige en ook zijn ouders te betrekken bij het stellen van doelen, vergroot de motivatie en het zelfvertrouwen van de jeugdige. Een jeugdige wil des te harder aan doelen werken wanneer het om zijn eigen doelen gaat, hij hoort en ziet dat er daadwerkelijk iets gaat veranderen en hij merkt dat hij invloed uit kan oefenen op zichzelf en zijn omgeving.

De mentor gebruikt het hulpverleningsplan om elke twee weken een nieuw werkplan vast te stellen. In een werkplan worden een of meerdere doelen geconcretiseerd tot werkpunten waaraan de jeugdige de komende weken gaat werken. In de beschrijving van een werkpunt staat niet alleen aangegeven wat er bereikt moet gaan worden, maar ook hoe dat kan, wie wat moet doen en wanneer dat gaat gebeuren.

Het is belangrijk bij het opstellen van een werkplan een keuze te maken voor een haalbaar aantal werkpunten. Teveel en te grote werkpunten werken demotiverend. Minimaal eens per

twee weken bespreekt de mentor de vooruitgang op de werkpunten (het werkplan) met de jeugdige. In de tweede fase worden indien nodig nog werkpunten gekozen die met de dagelijkse routine te maken hebben. Vaste aandachtspunten voor jeugdige blijven: naleven van groepsregels, omgang met andere jeugdigen en reacties op instructies. Om gestelde doelen te realiseren kan de jeugdige in de tweede fase ook deelnemen aan aanvullende individuele of groepsgerichte training en/of therapie in de vorm van sociale vaardigheidstraining, gespreksgroepen etc. Een en ander is uiteraard afhankelijk van de mogelijkheden en het budget van de instelling. Belangrijk bij alle vormen van aanvullende behandeling is een duidelijke samenwerking tussen de groepsleiding (als zijnde behandelaar van het leven van alle dag) en de uitvoerders van meer specialistische training of therapie. De doelen en werkpunten moeten in elkaars verlengde liggen en er moet sprake zijn van een goede transfer.

Na drie a vier maanden in de tweede fase, vindt een tweede bespreking van het hulpverleningsplan plaats. De procedure is dezelfde als bij de eerste bespreking, met dat verschil dat het accent nu vooral ligt op een beschrijving van de vooruitgang ten aanzien van het eerste hulpverleningsplan. Feitelijk gaat het om een evaluatie van de doelen uit het eerste hulpverleningsplan op basis van de vooruitgang bij de verschillende werkplannen. Bij het opstellen van de doelen voor een tweede of derde hulpverleningsplan ligt de nadruk meer op het geen de jeugdige na vertrek te wachten staat. De beschrijving van de vaardigheden en werkpunten ten aanzien van verschillende ontwikkelingstaken worden tegen het licht van de nieuwe situatie na het verblijf in de systeemgroep gehouden.

2.4.4. Fase 3: Vertrek

De derde fase duurt maximaal drie maanden. De jeugdige krijgt *een voorbereiding op de nieuwe woonplek*. Mogelijkheden zijn bijvoorbeeld terug naar ouders, plaatsing in een pleeggezin, gezinshuis of andere leefgroep. In de derde fase zijn de doelen in het hulpverleningsplan en de werkpunten in de werkplannen gericht op het voorbereiden op de nieuwe bestemming. Belangrijk daarbij is ook de dagbesteding en vrijetijdsbesteding in de nieuwe woonsituatie. Kinderen of jongere die terug gaan naar de ouders, hebben vaardigheden nodig om met de omstandigheden in het gezin en de sociale omgeving van het gezin om te gaan. Wanneer jeugdigen in een pleeggezin geplaatst worden, dan is een kennismakings- en gewenningsperiode nodig, evenals het leren van regels voor als je ergens te gast bent/in een ander gezin bent. Jeugdigen die naar een andere leefgroep gaan, moeten zich voorbereiden op de nieuwe leefgroep met andere regels en mogelijkheden.

2.4.5. Nazorg

Er zijn nogal wat jeugdigen die na afsluiting van een verblijf in de residentiële jeugdzorg in een gat vallen of direct terugkeren naar de oude woon- en leefsituatie zonder dat hier noodzakelijke veranderingen hebben plaatsgevonden. Daarom is een goede vervolghulp of nazorg uitermate belangrijk. Nazorg voor kinderen en jongere jongeren, zal (bij terugkeer naar de eigen ouders) bestaan uit het verder begeleiden van de ouders en het kind in de thuissituatie. Deze begeleiding is al tijdens het verblijf van de jeugdige in de systeemgroep gestart en wordt nu (bij voorkeur door dezelfde hulpverlener) voortgezet.

Hoofdstuk 3: Welke interventies en hulpmiddelen worden er gebruikt?

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk heb ik de interventies en hulpmiddelen vertaald naar de beroepscode van mijn werkveld en naar de interventies en hulpmiddelen die gebruikt worden in het competentiemodel.

3.2. Interventies met betrekking tot de kerntaken van de gezinsbegeleiding.

Deze kerntaken maken duidelijk op welke gebieden ik werk.

Ik werk als gezinsbegeleidster met 5 kerntaken:

1. Psycho-Sociale hulpverlening. 2. Concrete en informatieve hulpverlening. 3. Onderzoek en rapportage. 4. Signalering, belangenbehartiging en preventie. 5. Coördineren en organiseren van hulp- en dienstverlening.

1. Psychosociale hulpverlening:

Met de psycho-sociale hulpverlening richt ik me op die problemen, die voortkomen in de interactie tussen de cliënt en diens omgeving.

Bij psycho-sociale hulpverlening richt ik me op het al dan niet in stand houden, het herstellen of verbeteren van de relatie tussen de cliënt en zijn sociale omgeving.

Daarbij sta ik tevens stil bij de beleving en de ontplooiingsmogelijkheden van de cliënt en het leren verwerken van en omgaan met problemen. De uitvoering van deze kerntaak vindt plaats in een proces van samenwerking met de cliënt en zijn omgeving. Het betreft zowel kortdurende als langdurige hulpverlening, waarbij ik gebruik kan maken van verschillende methodieken.

2. Concrete en informatieve hulpverlening:

Concrete en informatieve hulpverlening omvat het verlenen van diverse hand- en spandiensten. Ook materiele hulpverlening gericht op het verbeteren van bestaansvoorwaarden, voor zover deze bijdragen tot de problematiek, behoort hiertoe. Informatieve hulpverlening betreft het verzamelen en verschaffen van informatie in het kader van het hulpverleningsproces of ten behoeve van de cliënt. Deze kerntaak vindt vaak plaats in combinatie met en maakt een onderdeel uit van andere kerntaken. Het eerste huisbezoek is in eerste bedoeld voor *concrete en informatieve hulpverlening*. Ouders krijgen een basis uitzet/kledinglijst (zie bijlage 1), waarin staat wat ze mee kunnen geven aan kleding als hun kind in de systeemgroep gaat wonen. Verder bespreek ik het leven van alle dag in de systeemgroep (zie bijlage 2), bedtijden, zakgeld etc. Ouders krijgen een lijst, waarin de gesloten weekenden (zie bijlage 3) vermeld staan.

3. Onderzoek en rapportage:

Onderzoek en rapportage betreffen activiteiten die er op gericht zijn de sociale situatie van een cliënt te verkennen. In het begin van de werkrelatie neem ik met ouders een 3-tal vragenlijsten af. Deze vragenlijsten zijn nodig voor *onderzoek en rapportage* en zijn erop gericht om de sociale situatie van een cliënt te verkennen o.a. een CBCL lijst (zie bijlage 4), een lijst Dagelijkse Routine (zie bijlage 5), een NetwerklIJst (zie bijlage 6) en een vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen. (zie bijlage 7)

De CBCL lijst, (Children Behavior Checklist Profile) lijst is een scorelijst waar men de beleving van de ouder over de gedragingen van het kind middels een score 0 tot en met 2 per item kan invullen. Tevens zijn er open vragen in de test verwerkt. De lijst geeft een score

m.b.t. normaal internaliserend (naar binnen gericht) en externaliserend (naar buiten gericht) gedrag en afwijkend internaliserend en externaliserend gedrag gerelateerd aan gedragingen van kinderen in dezelfde leeftijdscategorie. De groepsleiding vult over het zelfde kind, ook een CBCL lijst in. Deze wordt op het hoofdkantoor door een computerprogramma uitgewerkt. De uitwerking bespreek ik met de groepsleiding en de ouders. Uit deze lijst kunnen er naast observaties van het kind in de systeemgroep, ook concrete werkpunten uit gehaald worden. De lijst Dagelijkse Routine geeft inzicht in het patroon, handelingen en mogelijkheden van de gezinsleden. De Netwerklijst geeft inzicht in welke personen in het netwerk aanwezig zijn en wat die personen, aan afzonderlijke gezinsleden te bieden hebben. De vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen geeft aan op welke gebieden en op welke tijdsbalk belangrijke gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Vervolgens wordt er een gedragsbeschrijving dagelijkse routine van het kind in de groep (zie bijlage 8) en de competentielijst van het kind in de groep (zie bijlage 9) gemaakt, waarop een hulpverleningsplan wordt opgesteld. (Zie bijlage 10)

Met de uitkomsten daarvan kan ik een instantie, bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg, die een voor de cliënt belangrijke beslissing moet nemen, voorlichting of advies geven. Onderzoek en rapportage behoren tot de kerntaken, omdat beslissingen van instanties van uiteenlopende aard medebepalend zijn voor het functioneren van de cliënt. Onderzoek en rapportage komen in de meeste gevallen tot stand in samenwerking en met toestemming van de betrokkenen. Ook met het oog op signalering vindt er onderzoek en rapportage plaats. Het is van belang om de maatschappelijke tendensen te onderzoeken en te rapporteren, zodat het leefklimaat van onze doelgroep niet onnodig nog meer onder druk komt te staan. Denk hierbij aan schuldenproblematiek.

4. Signalering, belangenbehartiging en preventie:

Het systematisch op het spoor komen van, en aandacht schenken aan tekorten en gebreken in regelingen heet *signaleren*. Ook het niet goed functioneren van personen, organisaties en instellingen kan daarvan deel uit maken. Signaleren vindt plaats op basis van gegevens vanuit de hulpverlening, verworven achtergrondinformatie en vanuit ervaringen in andere hulpverleningsactiviteiten. Uit naam van de cliënt worden de geconstateerde misstanden- in de vorm van rapportage- ter kennis gebracht van relevante organisaties en instellingen.

Belangenbehartiging staat voor het ondernemen van activiteiten, om instituties en maatschappelijke omstandigheden te beïnvloeden. Het initiatief neemt de gezinsbegeleidster op grond van gesignaleerde noden, tekorten, maatschappelijke misstanden en belemmeringen. Ik denk hierbij aan mishandeling van de partner. Op basis van het vroegtijdig onderkennen van probleemsituaties wordt met het uitvoeren van preventieve activiteiten getracht dreigende problemen te voorkomen. Bij *preventie* kan het gaan om thematische voorlichting over bepaalde probleemsituaties, maar bijvoorbeeld ook om het vroegtijdig opsporen of voorkomen van problemen bij specifieke groepen of individuen. Bijvoorbeeld contact tussen de ouders met de ouders van de schoolvriendjes van hun kind.

5. Coördineren en organiseren van hulp- en dienstverlening:

Onder deze kerntaak wordt verstaan het afstemmen van het hulpaanbod van verschillende instanties met betrekking op de cliënt.

Door de versnippering van hulpverlening is het van belang dat de hulpverleners onderling overleg hebben zodat het hulpverleningsaanbod zoveel mogelijk op elkaar aansluit. Dit voorkomt het “shoppen” van de cliënt bij verschillende instanties en zorgt er tevens voor dat het hulpverleningsaanbod zo optimaal mogelijk aansluit bij de wensen/problematiek van de cliënt. Dit betekent dat ik regelmatig contact heb en overleg pleeg met de plaatser.

3.3. Interventies en hulpmiddelen m.b.t. de competentie vergroting naar ouders.

Competentie vergroting is gericht op het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire.

De interventies die gebruikt worden bij competentiegerichte hulpverlening richten zich op een aantal aspecten;

1. Het versterken van bestaande vaardigheden en het leren van nieuwe; hierbij wordt feedback gebruikt als de vaardigheid of de aanzet daartoe er al is.
2. Vertalen van probleemgedrag in vaardigheidstekorten.
3. Reductie van probleemgedrag: is het stoppen of bijsturen van gedrag, dit wordt bij voorkeur gebruikt in combinatie met een interventie die gericht is op vergroting van het vaardigheidsrepertoire.
4. Taakverlichting & taakverrijking.
5. Interventies gericht op het verminderen van de invloed van stressoren en psychopathologie.
6. Interventies gericht op het versterken van protectieve factoren

Hulpmiddelen zijn:

1. De dagelijkse routine
2. Observeren
3. Communiceren
4. Technieken om vaardigheden te leren en inadequaat gedrag te stoppen; het waarom
5. Technieken om adequaat gedrag te versterken; feedback, instructie, instructie met voorbeeld, instructie met voorbeeld en oefenen.
6. Technieken om inadequaat gedrag te verminderen; corrigerende instructie, verkorte corrigerende instructie, corrigerende instructie met voorbeeld en oefenen, sturende feedback, stopinstructie, waarschuwen en inseinen.
7. Regels

Ad 1. *De dagelijkse routine* biedt een aantal mogelijkheden als het gaat om interventies, observaties en het herstel bij incidenten/crissen. De dagelijkse routine, het leven van alle dag, kan men beschouwen als een aaneenschakeling van de gebeurtenissen die zich op een doorsnee dag volgens plan of uit gewoonte afspelen. De dagelijkse routine is praktisch, draagt bij een overzichtelijk en leefbaar klimaat.

Ad 2. *Observeren*.

Als gezinsbegeleidster kun je observeren uit 1^e hand; wil zeggen dat ik de gebeurtenis zelf waarneem, of observeren uit 2^e hand; wil zeggen dat iemand anders informatie verzamelt over gebeurtenissen waarbij ikzelf niet aanwezig ben en daardoor ga ik die persoon bevragen.

De observatie beschrijf je in termen van waarneembaar gedrag en de gebeurtenis die je observeert verdeel je zo veel mogelijk in afzonderlijke gebeurtenissen die samen een keten vormen.

Ik hou rekening met:

1. Wat is de situatie waarin het gedrag plaatsvindt?
2. Wat is het gedrag? Wat doet de jongere of wat doet de jongere juist niet?
3. Wat zijn de gevolgen? Waar leidt het gedrag toe?

Ad 3. *Communiceren.*

Als gezinsbegeleidster heb je een uitnodigende houding met een niet bedreigend oogcontact. Je maakt gebruik van aanmoedigend knikken, het laten vallen stiltes, je vraagt om verduidelijking m.b.v. open, meerkeuze en gesloten vragen. Je vraagt naar specifieke situaties, gebeurtenissen, gedragingen en gevolgen. Je geeft tussendoor samenvattingen van het gesprek, feedback. Je geeft gevoelsreflecties weer, deze zijn behulpzaam bij het opbouwen en onderhouden van een werkrelatie, het oplossen van problemen, het kalmeren van een ouder bij incident of crisissituatie.

Je benoemt gevoelige onderwerpen en houdt slecht nieuwsgesprekken.

Ad 4. *Technieken om vaardigheden te leren en inadequaal gedrag te verminderen.*

Inadequaal gedrag zijn handelingen, gedachten en emoties die het kind/de ouder hindert in het functioneren en die de ontwikkeling kunnen belemmeren. De omgeving kan hier last van ondervinden, maar ook het kind/de ouder kan hier last van ondervinden. Het is belangrijk om bij de begeleiding van het kind/ouders meer de nadruk te leggen op adequaat gedrag, dan op inadequaal gedrag. Het gedrag moet concreet en positief omschreven worden en het moet aansluiten op het vaardigheidsniveau van de ouder. Ik kan de acceptatie vergroten door uitleg te geven.

Het waarom moet voor een kind/ouder duidelijk zijn. Het waarom moet positief gesteld zijn en in het voordeel zijn voor de ander. Dit werkt motiverend.

Ad 5. *Technieken om adequaat gedrag te versterken;*

Feedback op adequaat gedrag werkt als versterker, versterkt het zelfvertrouwen van het kind/de ouder, biedt de gelegenheid om informatie te geven en verbetert de sfeer. Bij feedback is het belangrijk dat je eerst contact maakt, daarna zegt wat het kind/de ouder goed doet en afsluit met een waarom, die positief gesteld is. Feedback op adequaat gedrag kan gaan over een positief gebaar of woord.

Een instructie wordt gebruikt voor situaties waarin het kind/de ouder nieuwe taken krijgen. Er is dan geen sprake van voorafgaand inadequaal gedrag, maar het kind/de ouder moet iets gaan doen waar hij/zij nog onvoldoende vaardigheden voor beheerst. Eerst maak je contact met het kind/de ouder, daarna benoem je het adequate gedrag in deze situatie, geef je een waarom en sluit je af.

In sommige gevallen ligt het voor de hand *de instructie te ondersteunen met gebaren of onderdelen voor te doen*. Eerst maak je contact met het kind/de ouder, daarna benoem je het adequate gedrag in deze situatie, je doet het zelf voor, vraag vervolgens aan het kind/de ouder wat hij gezien heeft, je geeft een waarom en sluit af.

Daarnaast kan ik gebruik maken van een *instructie gecombineerd met het voordoen en oefenen* daarvan. Eerst maak je weer contact met het kind/de ouder, daarna benoem je het adequate gedrag in deze situatie, je doet het zelf voor, vraag vervolgens het kind/de ouder wat hij gezien heeft, je geeft een waarom, je laat het kind/ouder het oefenen/nadoen en sluit af.

Ad 6. *Technieken om inadequaal gedrag te verminderen*

Er zijn 2 vormen van inadequaal gedrag; gedrag dat voor anderen storend is en gedrag dat voor anderen minder storend is, maar niet goed is voor het kind/de ouder zelf.

Bij inadequaal met een storend karakter stel ik me vriendelijk maar directief op, geef korte interventies, geef een ik- boodschap, en instrueer een gedragsalternatief dat makkelijk uitvoerbaar is. Bij inadequaal gedrag zonder storend karakter stel ik me ook directief op, maar krijgt het leermoment meer het karakter van een dialoog.

Bij de *corrigerende instructie*, maak je contact met het kind/de ouder, zeg je wat hij wel goed doet, zeg je vervolgens wat hij niet goed doet of nalaat, benoem je het adequate gedrag in deze situatie, geef je een waarom en sluit je af.

Bij de *verkorte corrigerende instructie*, maak je contact met het kind/de ouder, benoem je het adequate gedrag in deze situatie, geef je een waarom en sluit je af.

Bij combinaties van *corrigerende instructies met voordoen en oefenen* zal het meestal gaan om inadequaate gedrag dat niet als storend voor de omgeving ervaren wordt. Je maakt contact, zegt wat het kind/de ouder wel goed doet, zeg wat het kind/de ouder niet goed doet of na laat, noem het adequate gedrag in deze situatie, doe het gedrag voor, vraag het kind/de ouder wat hij gezien heeft, geef een waarom, laat het kind/de ouder oefenen, geef feedback op het oefenen en sluit af

Sturende feedback gebruikt men als het kind/de ouder tegelijkertijd adequaat en inadequaate gedrag laten zien. De gezinsbegeleidster gebruikt de feedback om het adequate gedrag te benadrukken met als doel dat dit adequate gedrag wordt voortgezet en het inadequaate gedrag stopt. Je maakt contact, zeg wat het kind/de ouder goed doet en geef een waarom.

De stopinstructie is bedoeld om bepaald inadequaate gedrag direct te stoppen. Hierbij worden de volgende stappen gebruikt, je maakt contact, zegt wat het kind/de ouder niet goed doet, geef een waarom, zegt dat je wilt dat het kind/de ouder ermee stopt en sluit af. De stopinstructie leidt niet tot competentie vergroting, omdat het vaardigheidsrepertoire niet uitgebreid wordt.

Een *waarschuwing* is een opmerking of een gebaar waarmee men het kind/de ouder duidelijk probeert te maken dat diens gedrag op dat moment niet acceptabel of riskant is en dat het kind/de ouder dit gedrag dient te veranderen. Er worden geen sancties genoemd. Eigenlijk is de waarschuwing een corrigerende gedragsinstructie waarbij het kind/de ouder wordt duidelijk gemaakt dat diens gedrag onacceptabel is. Bij waarschuwen maak je contact, zeg je wat het kind/de ouder niet goed doet of nalaat, zeg je dat dit gedrag onacceptabel is, benoem je het adequate gedrag in deze situatie en sluit je af.

Met de techniek *inseinen* tracht de gezinsbegeleider het kind/de ouder er opmerkzaam op te maken dat bepaald gedrag in deze situatie adequaat of juist inadequaate is.

Ad 7. Door middel van *regels* tracht de gezinsbegeleidster de structuur in het huis van het kind/de ouder te handhaven. Regels bevorderen daarnaast de veiligheid en kunnen bijdragen tot een plezierige sfeer waarin het leren van vaardigheden wordt gestimuleerd. Regels bevorderen veiligheid, zijn erop gericht de belangen van allen te waarborgen, bevorderen de overzichtelijkheid van de dagelijkse routine, bevorderen een adequaat functioneren in de samenleving, ondersteunen de uitvoering van de behandeling en regels bevorderen een prettige sfeer in huis.

Regels dienen met respect geformuleerd te worden door een concrete beschrijving, een positieve formulering, met waarom en dienen gecontroleerd te kunnen worden.

Hoofdstuk 4. Methodisch handelen met betrekking tot de casus Sue

4.1. Inleiding:

Om mijn methodisch handelen met het competentiemodel met ouders inzichtelijk te maken, heb ik gekozen voor een casus, die de verschillende fase van verblijf, met de bijbehorende nog te leren ontwikkelingsvaardigheden, interventies en hulpmiddelen beschrijft.

4.2 Casus Sue: reden van opname en gezinsanamnese

Reden opname: Sue is een 8 jarig Nederlands meisje. Doordat Sue forse gedragsproblemen, driftbuien en moeite heeft met agressieregulatie is de situatie thuis vastgelopen. Sue heeft jarenlang blootgestaan aan pedagogische affectieve verwaarlozing. Sue lijkt geen gezag van haar moeder te aanvaarden.

Gezinsanamnese:

Moeder is 39 jaar en van Surinaamse afkomst. Ze is sinds 2 jaar gescheiden van haar Nederlandse ex-partner. De reden hiervoor was dat haar ex-man haar geestelijk en lichamelijk mishandelde. Het gezin bestaat momenteel uit een moeder en 2 dochters. Beide dochters wonen bij moeder.

Moeder is alleenstaand, maar heeft net kennis aan een nieuwe vriend. Ze werkt 32 uur per week als verpleegkundige in een Ziekenhuis.

Kim is 15 jaar. Ze zit op de middelbare school. Kim is erg zelfstandig, gaat haar eigen gang en vertoont, volgens moeder geen probleemgedrag. Kim heeft contact met vader, hij woont in de buurt en zij gaat hem regelmatig bezoeken.

Sue mag van haar moeder geen contact meer hebben met haar vader. Vader heeft Sue drie maanden geleden, haar voortanden uit haar mond geslagen, omdat zij te druk aan het kwebbelen was onder het autorijden. Moeder is naar de rechter gestapt en de rechter heeft een omgangsverbod gedurende 1 jaar aan vader met betrekking tot Sue, opgelegd.

Sue is 8 jaar, verblijft overdag op een basisschool en gaat vanuit deze school 5 dagen per week naar een boddaertcentrum in de buurt.

Het boddaertcentrum biedt Sue, na schooltijd, structuur, opvang en warm eten. Rond 19.30 haalt moeder Sue op van het boddaertcentrum.

Doordat Sue probleemgedrag vertoonde en thuis onhandelbaar was, kon moeder de opvoeding niet aan en heeft hierbij om hulp gevraagd. Hierdoor is Sue vrijwillig, via het RIAGG, op het boddaertcentrum gekomen. Moeder krijgt op het boddaertcentrum, 1x per twee weken, pedagogische begeleiding van een gezinsbegeleidster van het boddaertcentrum.

4.3 Fase 1: casus Sue.

Bij het kennismakings/intakegesprek geeft moeder aan dat de situatie thuis onhoudbaar is. Moeder kan de spanning thuis niet meer aan en vraagt hulp bij het (her)opvoeden van Sue. Sue geeft in de intake aan dat Sue niet goed naar moeder luistert en dat ze dit in de systeemgroep moet gaan leren.

Kim geeft aan dat zowel moeder als Sue moeilijkheden met elkaar hebben. Verder vertelt zij dat zij nergens moeite mee heeft. Sue luistert niet naar haar moeder, maar wel naar haar.

In de eerste fase, de startfase van de hulpverlening, neem ik met de ouder een *CBCL lijst* (gedragsvragenlijst, Children Behavior Checklist Profile) af. (zie hoofdstuk 3.1 onderzoek en rapportage en bijlage 4).

Conclusie CBCL:

In het geval van Sue bleek dat zowel moeder als de groepsleiding, geen afwijkend gedrag, (zowel internaliserend als externaliserend) bij Sueervaarden, in vergelijking met normaal gedrag van haar leeftijdgenootjes.

1. Beiden ervoeren dat Sue geen somatische klachten en denkproblemen vertoonde.
2. Moeder ervoer in tegenstelling tot de groepsleiding bij Sue externaliserend agressief en delinquent gedrag. D.w.z. vloeken, discussiëren, verminderde aandacht, zichzelf pijnigen, anderen pijnigen, gillen, koppigheid, humeurigheid, temperament, bedreigen en luidruchtigheid.
3. Beiden ervoeren internaliserende problemen bij teruggetrokken gedrag, angstig/depressief gedrag. D.w.z. verlegen, gesloten en somber gedrag.
4. De groepsleiding ervoer in sterkere mate dan moeder, sociale en aandachtsproblemen bij Sue. D.w.z. plager, onhandig, doet zich onwetend voor, concentratieproblemen, niet stil kunnen zitten en dagdromen.

Verder neem ik met de ouder een *Dagelijkse routine lijst* af. (Zie bijlage 5)

Aan de hand van een vaststaande vragenlijst kan ik de laatste dagelijkse routine van de thuissituatie, in kaart brengen. Hieruit krijg ik informatie over wat er goed gaat en wat er verbeterd dient te worden in de dagelijkse routine.

Conclusie dagelijkse routine:

TIJD ACTIVITEIT HOE GAAT HET NU?

6.00 (M.werkt) 6.30 (M.vrij)	Wakker worden en opstaan	Moeder maakt S. wakker. Ze moet dan ook echt wakker maken. Moeder maakt de deur open en roept S. S blijft veelal nog in bed liggen, valt dan weer in slaap. Kan daarna scheldend wakker worden. De sfeer is dan niet goed. S. slaapt met een lampje aan.
6.45	Aankleden	S. kleedt zichzelf uiteindelijk, onder de dekens aan. Ze klaagt dan over de kou. S' avonds daarvoor legt moeder haar kleren klaar. Moeder doet alleen haar haren. Ze moet dan volgens S.'s aanwijzingen het haar kammen zoals S. het wil hebben.
7.00 (M. werkt) 7.30 (M.vrij)	Ontbijt	Moeder maakt thee of koffie met veel melk. Er wordt gegeten voor de televisie. S. maakt zelf haar brood klaar. Ze eet vnl. hagelslag of vlokken. Ze eet alleen beneden voor de televisie. Of ze eet op haar zus (k.) d'r kamer. Ze eet geen broodkorstjes en het liefst eet ze wit brood. Moeder heeft haar lunchpakket voor de middag klaar gemaakt. Voor de overblijf neemt ze liga(met melkvulling) of een pakje crackers mee. De sfeer is volgens moeder goed.
6.45 (M.naar werk) 7.45 (K naar school) 8.20 (S. naar school)	Vertrek naar school	Eerst vertrekt moeder, dan K. en daarna vertrekt S. S. denkt zelf aan de tijd en gaat zelfstandig lopend naar school. Moeder heeft voorheen S.steeds gebeld als het tijd was om naar school te gaan. Nu heeft S. dit niet meer nodig. S. geeft aan moeder door (soms de avond ervoor)of ze gym of iets bijzonders heeft op school. Moeder pakt dan de spullen in. S. gaat graag naar school.

6.45	Ochtendbesteding ouder(s)	Moeder gaat naar haar werk. Ze werkt in een ziekenhuis.
12.15 of 12.30 (woensdag) indien M.vrij is.	Thuiskomst uit school	Als moeder werkt, blijft S. over op school. Als moeder vrij is, haalt moeder S. op de fiets op van school. Dit gaat niet altijd probleemloos. Vaak wil S. niet mee omdat zij wil spelen met de kinderen op school.
12.45	Lunch	Op de overblijf of thuis.
-	Middagbesteding ouder(s)	Moeder werkt of is aan huishouden aan het runnen (boodschappen, schoonmaken etc). De sfeer is goed als moeder haar dingen kan doen.
15.30	Thuiskomst uit school	S. gaat na schooltijd door naar het boddaertcentrum. K. brengt S. uit school naar het boddaertcentrum op de fiets. S. gaat goed mee met K. K. fietst gewoon weg als S. niet meteen mee gaat. S. gaat er dan snel achteraan.
	Activiteiten na school van de kinderen	S. gaat 4 dagen per week naar het boddaertcentrum. 1 dag in de week, als moeder vrij is speelt S. als ze uit school komt, met haar vriendjes uit de buurt. Heel soms neemt zij kinderen vanuit school mee. De afstand van school en haar woonomgeving ligt erg uit elkaar. Ze speelt met zowel jongens als meisjes. Vrijdags is S. voornamelijk bezig met het buiten spelen. S. is lid van Kids for animals. Ze is gek op puzzelen en leest graag zelf. Ze leest voornamelijk boeken over dieren. S. gaat niet vaak naar verjaardagsfeestjes. De laatste weken heeft S. zakgeld. Moeder laat S. kiezen wat ze met dat zakgeld wil doen.
17.45	Avondeten	17.45 op het boddaertcentrum 4 dagen per week.(maandag tot en met donderdag) S. is op het boddaertcentrum niet moeilijk met het eten. Ze eet daar alles. Thuis eet S. om 18.00/18.15 thuis. Thuis is S. moeilijk met het warme eten. Zowel K. als S. eten geen groenten. S. is niet moeilijk met het wachten op haar warme eten. Ze eten vaak met zijn 3-en. Soms op vrijdag komt de 'nieuwe' vriend van moeder ook mee eten. Moeder eet s'avonds het liefst warm en gevarieerd. Ze eten warm aan tafel. S. vindt het leuk om tafel te dekken. De sfeer is soms wel en soms niet gezellig. S. eet speels en langzaam aan tafel. Vaak laat S. haar glas omvallen tijdens het eten. Ze is erg enthousiast onder het eten. Vaak schopt ze ook onder de tafel. S. is erg bepalend naast wie ze wil zitten. Krijgt ze niet haar zin, dan wordt ze boos. De sfeer kan gezellig en/of onrustig zijn. S. kan erg kletsen en druk zijn. Ze is dan niet met haar eten bezig.
18.30	Avondbesteding kind	Dit is de tijd waarop moeder S. (ma tot en met do) op haalt van het boddaertcentrum. Moeder merkt op dat S. na het boddaertcentrum zelfs nog genoeg, soms nog teveel energie over heeft voor thuis. Als moeder S. op de fiets ophaalt, sputtert S. vaak tegen. Ze

18.45-19.00		<p>geeft aan dat ze dan zelf wil fietsen of nog door wil spelen. Als de groepsleiding S. naar haar moeder stuurt, wiebelt S. op de fiets bij haar moeder. Ze is dan bepalend in wat er moet gebeuren of wat ze wil. (B.v. snoep kopen etc) Ze wordt boos als het niet lukt m.b.t. wat ze wilt.</p> <p>S. gaat vaak na het boddaertcentrum buiten spelen. Moeder geeft aan dat S. echt een buiten kind is. In huis helpt ze moeder soms mee of wilt ze televisie kijken. Soms speelt ze beneden in de huiskamer met speelgoeddiertjes of speelt ze schooltje. Moeder is hier dan bij aanwezig. Dit gaat vaak goed. K. zit vaak in de woonkamer achter de computer of kijkt televisie. De sfeer is soms ruzieachtig. Als S. iets te doen heeft dan is de sfeer goed. Heeft ze niets te doen, dan zoekt ze vaak ruzie met K.</p>
20.15-20.30	Naar bed gaan kind	S. gaat zonder problemen naar bed als ze moe is. Moeder brengt haar naar bed. Soms gaat moeder bij haar liggen als ze niet te moe is. Ze wil dan lekker kletsen, soms lezen. S. blijft in haar bed liggen en slaapt meteen in.
Vanaf 20.15	Avondbesteding ouder(s)	Moeder kijkt televisie of doet huishoudelijke taken.
laat	Naar bed gaan ouder(s)	Moeder gaat laat naar bed, ze moet zich moe maken om te slapen. B.v strijken en wassen. Ze vindt dat ze pas zichzelf kan zijn als de kinderen slapen. Hoeft dan even niet te zorgen.
Laat, soms om 2 uur	Slapen	Moeder heeft geen slaapproblemen. S. ook niet. K. kan soms slaapwandelen, puur in d'r dromen.

Opmerking: Nu S. uithuis is, gaat moeder soms vroeger naar bed. De tijd van moeder werd door S. bepaald. Moeder heeft nu moeite met deze tijdinfilling. Ze wil ook nu meer s'avonds gaan werken. Ze merkt op dat ze nu wel meer tijd heeft voor K.

DAGELIJKSE ROUTINE IN HET WEEKEND EN IN DE VAKANTIE

TIJD	ACTIVITEIT	HOE GAAT HET NU?
7.30/8.00	Weekend	<p>Ieder eet voor zichzelf, op de bank. Er is geen gezamenlijk middageten, iedereen pakt iets, wanneer hij honger heeft. S. slaat het middageten soms over.</p> <p>Het avond eten nuttigen ze gezamenlijk aan de tafel. Er wordt in de weekenden geen gezamenlijke activiteit ondernomen. S. gaat graag buitenspelen. Ze houdt niet van winkelen.</p>
7.30/8.00	Vakanties	<p>Dit gaat net zo als in de weekenden. Er worden weinig activiteiten gezamenlijk gedaan. Ze gaan niet echt op vakantie, maar soms een dagje weg, zoals Hellendoorn.</p> <p>K. is vorig jaar met vader op vakantie geweest in een hotel in Limburg.</p>

Opmerkingen: Moeder vertelt dat ze van S. hoort dat S. s'nachts huult in bed. S. kijkt uit naar thuis. Moeder gaat het eerste weekend thuis een kalender met S. invullen waarop de logeerweekenden staan. Afgesproken dat S. op vrijdags om 19.00 gehaald wordt en zondags om 19.00 terug gebracht wordt

Tevens neem ik met de ouder het *netwerkschema* door. (zie bijlage 6) Aan de hand hiervan krijg ik inzicht in het sociale netwerk van het gezin. Hierbij verkrijg ik informatie over welke mensen voor het gezin belangrijk zijn en een positieve uitwerking op haar uitoefenen.

Conclusie netwerkschema:

Het gezin bleek geen contact te hebben met familieleden in Nederland. Het gezin had een klein sociaal netwerk, dat bestond uit 2 goede vriendinnen van moeder, die zij 4 jaar kenden en bijna wekelijks zagen. Het initiatief kwam van beiden ongeveer even vaak. Voor concrete hulp, troost en steun, informatie en advies konden zij bijna altijd bij elkaar terecht, waren vertrouwd met elkaar en gaven elkaar ook kritiek.

Het gezin had geen contact met de bureaus, zaten niet op verenigingen. Wel waren er contacten met de werkers van het boddaertcentrum, en met de leerkrachten op de school van Sue. Deze contacten waren ongeveer 1x per week.

Moeder heeft net 3 weken kennis aan een nieuwe vriend, maar vertelt dat ze hierbij een afwachtende houding inneemt.

Verder neem ik de *vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen* af. (zie bijlage 7)

Conclusie vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen:

Belangrijke gebeurtenissen m.b.t. gezin en wonen: Vader en moeder zijn ongeveer 2 jaar geleden gescheiden. Moeder ging na de scheiding met de kinderen verhuizen naar een huurwoning in een gedeelte van de stad. Na een half jaar volgde vader moeders voorbeeld en kreeg via de woningbouw een huis 2 straten verderop.

Belangrijke gebeurtenissen m.b.t. school en werk: Bij beide dochters geen bijzonderheden. Moeder is na de scheiding gaan werken en volgt momenteel een opleiding tot voedingsassistent.

Belangrijke gebeurtenissen m.b.t. hulpverleningshistorie: Moeder heeft op aanraden van de school van Sue, met een plaaster van het RIAGG contact gezocht voor vrijwillige opvoedingsondersteuning. Om de draaglast te verminderen is in samenspraak besloten dat Sue na schooltijd op het boddaertcentrum komt en dat moeder 1x per 2 weken ondersteunende gesprekken krijgt met de gezinsbegeleidster van het boddaertcentrum.

Belangrijke gebeurtenissen m.b.t. gezondheid: Alledrie verkeren zij in een goede gezondheid. Sue heeft gebitsproblemen, doordat vader 3 maanden geleden, haar voortanden eruit heeft geslagen.

Ik heb gemerkt dat het vooral in deze eerste fase, belangrijk is om huisbezoeken af te leggen.

Cliënten zijn vaak wantrouwend naar de hulpverlener. Ze hebben al vaak zo'n lange weg langs hulpverlenende instanties gehad. Tevens zijn ze vaak aan het einde van hun latijn.

Op deze manier merk ik dat het voor hen prettig is, om in hun eigen woonomgeving mij te ontvangen. Ik krijg hierdoor een completer beeld. Veelal gebeuren er dan onverwachtse zaken, waardoor je gedwongen wordt vraaggerichter te gaan werken. (Het voorbeeld huisregels van moeder en Kim, komt later nog ter sprake)

In deze fase staat voor mij het opbouwen van vertrouwen en een werkrelatie tussen de gezinsbegeleiding en de ouders centraal.

Ik heb gemerkt dat het zeer belangrijk is om de cliënt in zijn proces stap voor stap te volgen. Indien ik te snel ga verlies ik de aansluiting en de motivatie van de cliënt.

In de eerste fase leert Sue de regels van de leefgroep (zie bijlage 3) kennen en de vaardigheden die nodig zijn voor de dagelijkse routine in de leefgroep (zie bijlage 5).

Ik probeer het proces wat Sue doorloopt te combineren met het proces van moeder. Moeder maakt het leven van alle dag van Sue niet meer dagelijks mee. In de gesprekken met mij informeer ik haar over dit soort zaken en probeer de vaardigheden m.b.t. de dagelijkse

routine, die Sue aangeleerd krijgt ook moeder aan te leren. Hierbij is mijn feedback, instructie (evt. met voordoen en oefenen) belangrijk.

Doordat moeder de dagelijkse routine van de groep, zich aangeleerd had en dit in de weekenden ging toepassen als Sue thuis was, ontstonden er veel weerstanden bij Kim. Dit escaleerde, omdat Kim niet gelijktijdig was betrokken in het hulpverleningsproces, waar Sue en moeder wel in zaten.

Plotseling vertoonde Kim probleemgedrag naar moeder. Dit betekende heftige escalaties. Moeder vond het zeer moeilijk om de routine thuis zelfstandig te veranderen en Kim vond verandering niet nodig.

Als gezinsbegeleidster ben ik, in de thuissituatie met Kim en moeder rond de tafel gaan zitten. Allereerst heb ik naar hun hulpvraag gevraagd. Daarna ben ik afzonderlijk hun wensen en verwachtingen in kaart gaan brengen. Belangrijk hierbij is om zelf onpartijdig te blijven en de beurten tussen moeder en Kim goed te verdelen. Moeder en Kim wilden beiden dat Sue weer thuis kon wonen. Moeder zag in dat ze daardoor patronen in huis moest veranderen. Kim vond dit maar onzinnig. Met sturende feedback van mijn kant, barstte Kim los. Zij had altijd klaar gestaan voor Sue. Moeder moest nu opeens een moeder zijn. Voor alles moest ze ineens toestemming gaan vragen enz.

Mijn interventie werd nu gericht op het reduceren van het probleemgedrag van Kim naar moeder en de waarom werd nu belangrijk. De waarom was voor beiden de terugkeer van Sue. Kim mistte haar zusje ontzettend en voelde zich niet gehoord. Vandaar dat ik moeder en Kim huisregels heb laten verwoorden, waarbij de taakverlichting en de taakverrijking van beide partijen in balans werd gebracht.

Dit zijn de huisregels, die moeder en Kim samen hebben afgesproken.

Het doel van deze regels is, dat ze weten wat ze van elkaar verwachtten en willen, zodat er minder strijd in huis is. Tevens wilden ze een beter contact met elkaar krijgen.

Regels van alle dag:

Eten:

- Moeder en Kim eten aan gezamenlijk aan de grote tafel. Uitzondering; indien moeder werkt, dan kan Kim zelf bepalen hoe ze wil eten.
- Zowel Kim als moeder wachtten op elkaar om gezamenlijk te gaan eten. Uitzondering: indien moeder werkt of als Kim vrij is en wilt uitslapen. Er blijft dan een bord voor de ander op de tafel staan.
- Moeder kookt en er wordt gegeten rond half 6-6 uur. Als moeder tot 6 uur werkt, dan kookt Kim. Uitzondering: dit doet Kim niet, indien er geen boodschappen in huis zijn of als Kim in tijdnood komt m.b.t. haar huiswerk.

Boodschappen:

- Moeder doet de boodschappen.
- Moeder neemt bij de boodschappen een zak snoep per week mee voor Kim. Kim belooft dan niet verder te zeuren om snoep als de zak op is.

T.v./computer:

- Er wordt dagelijks, 1 DVD per dag gekeken. Uitzondering: met regen mogen er 2 DVD's gekeken worden. In de vakantie is het aantal bespreekbaar.
- De computer staat op slot middels een wachtwoord, indien moeder niet thuis is. Is moeder thuis dan kan Kim onbepakt haar huiswerk/werkstukken erop maken

Huiswerk:

- Plannen van huiswerk maken op de computer moet s'avonds of ruim van te voren, doordat er een wachtwoord op de computer zit.
- Moeder gaat Kim overhoren bij haar huiswerk. Dit moet Kim haar wel tijdig vragen en moeder moet hiervoor tijd inruimen. Bij tijdsnood kan overhoren niet.
- Bij het maken van huiswerk mag er muziek aan, maar geen DVD en computer.
- Bij het leren van huiswerk, moet ook de muziek uit.

Bedtijden:

- Door de week gaat Kim uiterlijk om 23.00 uur naar bed. Uitzondering, indien haar huiswerk niet af is, dan mag Kim later naar bed.

Omgang met elkaar:

- Kim noemt moeder, mam of ma.
- Kim spreekt met respect tegen moeder. (niet uitschelden, niet nep slaan, ook als Kim met vriendinnen is).
- Als Kim iets wil eten of snoepen, vraagt ze dat eerst aan moeder.
- Als Kim ergens heen wilt, vertelt ze wat ze gaat doen aan moeder.

- Moeder noemt Kim, Kim.
- Moeder gaat luisteren naar Kim als Kim iets verteld en laat Kim uitspreken.
- Moeder spreekt op een positieve manier over Kim.
- Moeder spreekt met respect tegen Kim.

Activiteiten met elkaar:

- Moeder en Kim gaan 1 x per week uit school/werk gezamenlijk een kopje thee drinken en samen praten. Dit wordt in het begin van de week gepland en er moet op gerekend kunnen worden.
- Moeder en Kim gaan 1 x per maand samen een activiteit met elkaar ondernemen.

Zak/spaargeld:

- Kim krijgt elke maand 50 Euro van moeder. Hiervan krijgt Kim 30 Euro contant. Moeder zet iedere maand, tot aan haar 18^e verjaardag 20 Euro op de bank.
- Kim spaart maandelijks 20 Euro en komt hier (ook in nood) niet aan. Moeder beheert de bankpas.
- Kim moet de 30 Euro gedurende de hele maand gebruiken. Kim leert hierbij om te plannen en te sparen.
- Kim koopt van het geld dat ze krijgt van haar vader DVD's. Moeder accepteert dit.

4.4. fase 2: Casus Sue.

4.4.1. Inleiding

In de tweede fase staat de uitvoering van het hulpverleningsplan centraal. In de groep leert Sue vaardigheden met betrekking tot haar ontwikkelingstaken aan. Ook leert zij vaardigheden om haar individuele problematiek te overwinnen, tevens is er aandacht voor het versterken van haar sociaal netwerk. De enkele voorbeelden die ik nu beschrijf, komen voort uit onderzoek en rapportage, meerdere voorbeelden waren voorhanden.

4.4.2. Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar ontwikkelingstaken

1. *Rekening houden met anderen:* Sue leren een complimentje van anderen te ontvangen.
2. *Onafhankelijkheid:* Sue leren aan moeder te vertellen hoe ze zich voelt.
3. *Onderwijs:* Sue leren in een kringgesprek iets te vertellen.
4. *Vriendschappen:* Sue leren om aan andere kinderen te vragen of ze mee mag spelen.
5. *Verantwoordelijkheden thuis:* Sue leren zelf iets schoon te maken, nadat ze gemorst heeft.
6. *Gebruik van de basale infrastructuur:* Sue leert op straat veilig te fietsen.
7. *Veiligheid en gezondheid:* Sue leren zelf haar haren te kammen.

4.4.3. Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar individuele problematiek:

1. Sue gaat respectvol om met haar moeder. (slaat haar moeder niet)
2. Sue is minder verlegen.

4.4.4. Vaardigheden die moeder met betrekking tot haar ontwikkelingstaken moet leren:

In de begeleidingsgesprekken, ga ik op de nog te leren ontwikkelingsvaardigheden van Sue en haar individuele problematiek in. Door met moeder de ontwikkelingsvaardigheden van Sue te bespreken, worden de ontwikkelingsvaardigheden van moeder gekoppeld. Ook haar individuele problematiek en de nog te leren ontwikkelingsvaardigheden komen hierbij aan bod. Ik gebruik hierbij geen standaard vragenlijst, maar ben er wel een op het spoor gekomen. (zie bijlage 11)

Ontwikkelingsvaardigheden van moeder:

1. *Positie ten opzichte van de ouders:* Moeder moet leren emotioneel/geestelijk minder afhankelijk te zijn van haar ex-man.
2. *Onderwijs of werk:* n.v.t.
3. *Vrije tijd:* Moeder moet leren tijd voor zichzelf vrij te maken om iets voor zichzelf te doen.
4. *Creëren en onderhouden van een eigen woonsituatie:* n.v.t.
5. *Autoriteit en instanties:* n.v.t.
6. *Gezondheid en uiterlijk:* n.v.t.
7. *Sociale contacten en vriendschappen:* n.v.t.
8. *Intimiteit en seksualiteit:* Moeder moet leren om te gaan met intimiteit en seksuele relaties.

In mijn begeleidingsgesprekken staan de ontwikkelingstaken en individuele problematiek van Sue centraal. In elk gesprek neem ik de laatste uitkomsten van het hulpverleningsplan van het kind, met de daarbij behorende werkpunten en doelen mee. En moeder brengt haar eigen observaties met betrekking tot de ontwikkelingstaken in. Observaties verkregen uit het

weekend thuis met Sue of verkregen uit bezoeken aan de groep. Eerst ga ik het positieve wat moeder of ik/groepsleiding geobserveerd hebben benadrukken. Het empowerment principe werkt bemoedigend en versterkend.

4.4.5. Interventies en hulpmiddelen voor moeder m.b.t. de competentie vergroting van Sue.

Hulpmiddelen die moeder al ingezet heeft, zijn het vasthouden aan de dagelijkse routine, het observeren van Sue, het stellen van regels in huis. Moeder moet nog vergroten:

1. Communiceren
2. Technieken om vaardigheden te leren en inadequaat gedrag te stoppen; het waarom
3. Technieken om adequaat gedrag te versterken; feedback, instructie, instructie met voordoen, instructie met voordoen en oefenen.
4. Technieken om inadequaat gedrag te verminderen; corrigerende instructie, verkorte corrigerende instructie, corrigerende instructie met voordoen en oefenen, sturende feedback, stopinstructie, waarschuwen en inseinen

Moeder moet communicatievaardigheden leren om op deze manier Sue te ondersteunen bij het aanleren van haar ontwikkelingsvaardigheden. Ook het uitleggen aan Sue, waarom ze iets moet leren is belangrijk. Het waarom moet positief gesteld zijn en in het voordeel van Sue uitvallen, dit werkt namelijk motiverend voor Sue. Bijvoorbeeld: Sue ik wil weten wat er aan de hand is, want dan kan ik je helpen.

Na uitleg met betrekking tot communicatietechnieken (zie 3.2. ad. 3), ben ik met moeder, Sue's leerdoel in een rollenspel gaan oefenen. De ene keer speelde zij Sue, die aan mij moest vertellen hoe ze zich voelde en de andere keer speelde ik Sue, die aan moeder moest gaan vertellen hoe ze zich voelde. Door dit op een dergelijke manier te oefenen, kon moeder zich verplaatsen in Sue en kon ze de resultaten vergelijken. Ook de technieken werden hierbij op een speelse wijze geoefend.

De techniek inseinen is een duidelijk en concreet hulpmiddel, wat gebruikt kan worden ter ondersteuning. Voornamelijk tussen partners is er verschil in tolerantie met betrekking wat niet adequaat gedrag is bij hun kind. Om niet in een loyaliteit conflict te komen en zodoende de andere ouder af te vallen, kan een van tevoren afgesproken gebaar, juist het goede steuntje in de rug bieden aan de andere ouder, zodat hij eerder grijpt of door heeft dat er iets met het gedrag van zijn kind aan de hand is.

Ik merkte wel dat moeder, gedurende de hulpverlening vaker een herhalingsoefening of bijscholing nodig heeft. Ook als gezinsbegeleidster moet je hierop alert zijn.

Ik merkte dat ik, door mijn kennis en ervaring en interesse voor de technieken, sneller ging dan de cliënt. Het aansluiten bij, het vraaggericht werken blijft, naar mijn idee, in het hulpverlenercontact heel belangrijk.

Het aanleren van de technieken met instructie, voelt in het begin wat onwennig en gemaakt. Je moet samen met de ouder, situaties bedenken die tussen de ouder en het kind ook in werkelijkheid spelen.

De ouder moet zich veilig en vertrouwd voelen om zich op deze manier kwetsbaar op te stellen. Een goede werkrelatie is dan ook een voorwaarde.

Als gezinsbegeleidster ben je als persoon ook je eigen instrument. Hiermee kan je veel bij ouders, tevens kan het je ook opbreken.

4.5. Fase 3: Casus Sue

4.5.1. Inleiding

Fase 3 is gericht op het einde van de plaatsing en het vertrek van het kind. In het hulpverleningsplan zullen dan doelen en werkpunten beschreven staan die betrekking hebben op het verblijf in de vervolgsituatie, het nemen van afscheid, follow-up en nazorg. Het is hierbij belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:

1. een goede en stabiele plek om te wonen
2. voldoende legale inkomsten om te voorzien in levensonderhoud
3. een zinvolle dagbesteding (school)
4. voldoende alternatieven voor vrije tijdsbesteding
5. een ondersteunend sociaal netwerk (Met daarin zo nodig een bescherming tegenover oude sociale contacten die verband hielden met het probleemgedrag)

4.5.2. Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar ontwikkelingstaken

1. *Rekening houden met anderen:* Sue leren om meer van haar gevoelens te laten zien.
2. *Onafhankelijkheid:* Sue leren om meer van haar gevoelens te laten zien.
3. *Onderwijs:* n.v.t.
4. *Vriendschappen:* n.v.t.
5. *Verantwoordelijkheden thuis:* n.v.t
6. *Gebruik van de basale infrastructuren:* n.v.t.
7. *Veiligheid en gezondheid:* n.v.t.

4.5.3. Vaardigheden die Sue moet leren met betrekking tot haar individuele problematiek

Sue is minder afwachtend

4.5.4. Vaardigheden die moeder met betrekking tot haar ontwikkelingstaken moet leren:

Ontwikkelingsvaardigheden van moeder:

1. *Positie ten opzichte van de ouders:* n.v.t.
2. *Onderwijs of werk:* n.v.t.
3. *Vrije tijd:* n.v.t.
4. *Creëren en onderhouden van een eigen woonsituatie:* n.v.t.
5. *Autoriteit en instanties:* n.v.t.
6. *Gezondheid en uiterlijk:* n.v.t.
7. *Sociale contacten en vriendschappen:* n.v.t
8. *Intimiteit en seksualiteit:* n.v.t.

4.5.5. Interventies en hulpmiddelen voor moeder m.b.t. de competentie vergroting van Sue.

Moeder heeft veel geïnvesteerd in zichzelf, aan de relatie met Sue, aan de relatie met Kim, aan de relatie met haar vriend en aan de relatie met haar ex-man en aan de gezinsbegeleidingsgesprekken. Moeder was steeds erg gemotiveerd. Dit kwam doordat ze, voor de plaatsing van Sue in de systeemgroep steeds haar begindoel voor ogen had.

Sue zou weer thuis wonen, waarbij haar gedragsproblemen verminderd of verdwenen zouden zijn. Het aanleren van interventies en hulpmiddelen heeft ook voor moeder persoonlijk voordeel opgeleverd. Moeder werd door zich te focussen op de ontwikkelingstaken en leerdoelen van Sue, geconfronteerd met haar eigen onvoltooide ontwikkelingstaken. Door haar hierin te begeleiden en te volgen is moeder in haar competentie gegroeid.

Hoofdstuk 5. Conclusies en aanbevelingen.

5.1. Inleiding.

In dit afsluitende hoofdstuk, wil ik aan de hand van de deelvragen, die ik in de inleiding heb gesteld, mijn conclusies trekken wat betreft competentiegericht werken.

Verder zal ik terug komen op mijn doelstelling en nagaan of deze is gehaald.

Daarnaast zal ik een aantal aanbevelingen aandragen. Enkele daarvan zijn al eerder in de tekst genoemd.

5.2. Conclusies en aanbevelingen.

Deze scriptie begon ik met de probleemstelling: Hoe komt de invloed van het competentie-model in de gezinsbegeleiding van ouders, van wie de kinderen verblijven in een residentiele voorziening, tot uiting?

Om met cliënten, op microniveau samen te kunnen werken, moeten we de behandelingen aan laten sluiten bij de vragen en mogelijkheden van het kind en de ouders.

Overeenstemming en instemming van ouders met betrekking tot het hulpverleningsplan is de basis voor effectieve hulpverlening. Hierbij is het belangrijk dat de hulpverleners alle hulpvragen van de ouder, nauwkeurig in kaart brengen. Een goede luistervaardigheid is hierbij van belang.

Om maatwerk te leveren is een flexibele organisatie onontbeerlijk. Dat betekent voor de systeemgroep dat hulpverleners ook in de thuissituatie, de ouder moeten gaan begeleiden. Ouders moeten inspraak hebben in het behandelingsplan. Ouders zijn mondiger geworden en door de veranderende maatschappij is het nodig, dat ze gehoord worden.

Wel blijft de ouder, ook al is het kind uithuis geplaatst, primair verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kind. Om ouders te versterken in hun gedrag, worden ze positief aangesproken op dat gedrag wat ze goed doen.

Het kind wordt in de groep begeleidt door zes pedagogische medewerkers. De begeleiding moet aansluiten bij de leeftijd en de individuele behoeften van het kind. Ouders hebben, een maal per drie weken oudergesprekken met de gezinsbegeleidster.

De gesprekken gaan over de omgang en de opvoedkundige vaardigheden van de ouder en op het functioneren van het gezinssysteem. Op vraag van de ouder kunnen er ook vaker gesprekken en netwerkgesprekken plaats vinden. Om het team goed te laten functioneren is coördinatie met betrekking tot afstemming van hulpverleningsactiviteiten noodzakelijk. Het team is daarbij ook afhankelijk van goede voorwaardenscheppende aspecten van de organisatie.

Bij de kennismaking/intake is het een voorwaarde dat er door de ouders, een hulpvraag geformuleerd wordt, die betrekking heeft op het systeem van het kind.

De leerdoelen van het kind en de ouders moeten zoveel mogelijk op elkaar afgestemd worden. Dat betekent dat het kind en de ouders oefenmomenten en competentietaken aangeboden moeten krijgen, die aansluiten bij het gezin. De band tussen het kind en de ouder is onlosmakelijk en onvervangbaar.

Afhankelijk van al dan niet aanwezige psychopathologie, is het competentie-model ook gericht op de vermindering van (de invloed van) psychische problemen of het leren hanteren van psychische problemen. Bij competentievergroting is het mobiliseren van protectieve factoren van belang. Deze factoren in de omgeving en eigenschappen van de ouder beschermen hem tegen de invloed van stressoren en kunnen bepaalde uitingen van psychopathologie verzachten. Competentie wordt gezien als een evenwichtstoestand.

De ouder beschikt dan over voldoende vaardigheden om de taken te vervullen die hij in het dagelijkse leven nodig heeft.

Competentie wordt beïnvloed door stressoren, psychopathologie en protectieve factoren.

De stressoren hebben een negatieve invloed op de balans van ontwikkelingstaken en vaardigheden van de ouder. De ouder kan zich daar niet of moeilijk aan onttrekken.

De taken die voor kinderen en ouders van belang zijn moeten gekoppeld zijn aan een ontwikkelingspsychologisch begrip.

De ontwikkelingstaken voor kinderen (4 – 12 jaar) moeten betrekking hebben op; rekening houden met anderen, onafhankelijkheid, onderwijs, vriendschappen, verantwoordelijkheden thuis, gebruik van basale infrastructuur en veiligheid en gezondheid.

De ontwikkelingstaken voor ouders moeten betrekking hebben op; positie ten opzichte van ouders/familie, onderwijs of werk, vrije tijd, creëren en onderhouden van een eigen woonsituatie, autoriteit en instanties, gezondheid en uiterlijk, sociale vriendschappen en intimiteit en seksualiteit

Het competentiemodel biedt aanknopingspunten voor de diagnostiek en de hulpverlening aan het kind en de ouder. Het is een vereiste dat een programma bepaald wordt door; dagelijkse routine en groepsregels, fysieke omgeving, methodisch handelen in het leven van alle dag, planmatige uitvoering van de hulp, werken met ouders en aanvullende behandeling door specialisten. De dagelijkse routine en groepsregels bepalen met welke taken en leermomenten het kind en de ouder mee geconfronteerd worden.

Bij het gebruik van de omgeving moet men rekening houden met veiligheid en beheersbaarheid, tevens moet de omgeving leerkansen bieden.

Bij het methodisch handelen ligt de nadruk op het leren van nieuw adequaat gedrag. Hiertoe wordt feedback op adequaat gedrag gebruikt. Dit kan ook door middel van instructie, zo nodig gevolgd door voordoen en oefenen. Bij het stoppen van ongewenst gedrag wordt zoveel mogelijk geprobeerd het alternatieve (gewenste) gedrag te instrueren.

De planmatige uitvoering van de hulp gebeurt door het verzamelen en analyseren van informatie en het stellen van doelen. De doelen zijn afgestemd op het functioneren ten aanzien van de ontwikkelingstaken en op de factoren die een rol spelen bij eventuele psychische problemen. Hierbij wordt een competentieanalyse en een probleemanalyse gemaakt. Doelen die hieruit komen moeten concreet, haalbaar en evalueerbaar zijn en er moet mee gewerkt kunnen worden. De doelen moeten aansluiten aan bij de sterke kant van het kind en de ouder. Doelen worden geconcretiseerd in werkpunten, waarbij feedback op voortgang gegeven moet worden. Er wordt gewerkt aan het in stand houden/herstellen en verbeteren van het contact tussen het kind en de ouder en de opvoedingssituatie dient versterkt te worden, zodat terugkeer in het gezin volgt. Ouders moeten kennis krijgen van de mogelijkheden en beperkingen van hun kind, ze moeten vaardigheden krijgen voor het opvoeden, weten hoe ze moeten handelen bij lastig gedrag en ze moeten weten welk moment het beste is. Soms is aanvullende behandeling door specialisten nodig, waarbij het belangrijk is dat de informatie over de therapie en de informatie over het functioneren van het kind meegenomen wordt in zijn doelen en werkpunten.

In een leefgroep zijn minimaal drie fasen te onderscheiden. De eerste fase is de startfase en duurt ongeveer 6-12 weken. De tweede fase duurt 8 weken of langer. De derde fase is de eind- of vertrekfase en duurt ongeveer 6 – 12 weken. In de eerste fase leert het kind en de ouder vaardigheden die nodig zijn voor de dagelijkse routine. Daarnaast leren ze adequaat te reageren op feedback en routinekritiek en –opmerkingen die ze krijgen op hun functioneren. In de tweede fase moet aandacht besteedt worden aan de individuele werkpunten van het kind en de ouder. Het gaat om de vaardigheden gekoppeld aan de ontwikkelingstaak in de dagelijkse routine. Ook gaat het om (praktische, cognitieve en/of sociale) vaardigheidstekorten. Er moet ook aandacht zijn voor eventuele psychische problematiek en

versterking van het sociale netwerk. In de derde fase wordt gewerkt met vaardigheden die gericht zijn op een verblijf in de vervolgsituatie en versterking van het sociale netwerk. Er wordt steeds een groter beroep gedaan op de zelfsturingvaardigheden van het kind en de ouder. In de eerste fase ligt de nadruk op zelfobservatie, in de tweede fase en derde fase wordt het kind en de ouder gestimuleerd zichzelf te evalueren en te versterken.

Belangrijk in de eerste fase is het opbouwen van vertrouwen en een werkrelatie met de ouder. Hierbij verleent de gezinsbegeleidster psychosociale hulpverlening, concrete en informatieve hulpverlening, onderzoek en rapportage, signalering - belangenbehartiging en preventie, coördineren en organiseren van hulp- en dienstverlening.

Verder richt de gezinsbegeleidster zich op het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire van de ouder. Interventies daarbij zijn; het versterken van bestaande vaardigheden en het leren van nieuwe (hierbij wordt feedback gebruikt), het vertalen van probleemgedrag in vaardigheidstekorten, het reduceren van probleemgedrag in combinatie met een interventie die gericht is op vergroting van het vaardigheidsrepertoire, balans vinden tussen taakverlichting en taakverrijking, interventies inbrengen die gericht op het verminderen van de invloed van stressoren en psychopathologie en interventies inbrengen die de protectieve factoren versterken.

Hulpmiddelen hierbij zijn; de dagelijkse routine, observaties, communiceren, technieken om vaardigheden te leren en inadequaat gedrag te stoppen; het waarom, technieken om adequaat gedrag te versterken; feedback, instructie, instructie met voorbeeld, instructie met voorbeeld en oefenen, technieken om inadequaat gedrag te verminderen; corrigerende instructie, verkorte corrigerende instructie, corrigerende instructie met voorbeeld en oefenen, sturende feedback, stopinstructie, waarschuwen, inleiden en regels.

Uit mijn scriptie blijkt dat het competentiemodel bruikbaar is in de systeemgroep. Het is een analysemodel waar technieken en praktische hulpmiddelen voor hulpverlening aan kinderen, jongeren en hun ouders worden geboden. Ik denk dat er nog veel onduidelijkheid is over de effectiviteit en effectieve bestanddelen van de residentiele jeugdzorg. Nader onderzoek is nog nodig met vragen, zoals:

1. Wat zijn de kenmerken van de groep ouders die behandeld zijn? (wie en wat)
2. Hoe functioneren de ouders nadat het kind weer thuis is? Is er sprake van vooruitgang, stabiliteit of achteruitgang(t.a.v. gedragsproblemen en competentie?)
3. In hoeverre is de competentievergroot en is het probleemgedrag verminderd?
4. Welke meetmomenten zijn na de nazorg?

Ik heb bemerkt dat er voor de gezinsbegeleidster valkuilen zijn. Hierop moet je als je met ouders werkt, op bedacht zijn. Enkele voorbeelden zijn: eigen partijdigheid, het gebruik van een te veel aan standaardlijsten (Onderdelen en vragenlijsten die nauwelijks bij de hulpvraag aansluiten hoeven slechts te worden aangestipt), het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de hulpvraag en de mogelijkheden/beperkingen van de systeemgroep, niet afwijken in de gezinsgesprekken m.b.t. het centraal stellen van het kind.

Het oefenen met en toepassen van de interventies en hulpmiddelen zal inzet vergen van hulpverleners en ouders.

Hoofdstuk 6. Literatuurlijst

- Beljaars, I.C.M., Beumer, M.H.&Slot, N.W.(1996). *Competentievergroting bij ouder en kind. Handleiding voor ouderbegeleiding in Boddaercentra*. Amsterdam/Duivendrecht: Paedologisch Instituut, afdeling GT-projecten.
- Berger, M.& Spanjaard, H.(1996). *Familie First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Utrecht, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW.
- Berger, M.A.& Spanjaard, H.J.M. (1999). *Sociale vaardigheidstraining als taakstraf voor minderjarigen*. Duivendrecht: PI Research, afd. GT-projecten.
- Geeraets, M. (1998). *Competentievergroting werken binnen een MKD. Methodiekhandleiding voor het werken in de groep*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut, afd. GT-projecten.
- Haaster, A.G.J. van, Veldt, M.C.A.E. van der & Bogaart, P.H.M. van den (1997). *VertrekTraining ter voorkoming van thuisloosheid bij jongeren. De empirische evaluatie van de ontwikkeling van een nieuw trainingsprogramma*. Leiden, Rijksuniversiteit Leiden (COJ).
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner Review: Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 2, 161– 78.
- Lange, A. (2000). *Gedragsveranderingen in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Projectgroep Beroepsvraagstukken Maatschappelijk Werk/PBM. (1996). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: Landelijke Vereniging van Maatschappelijk werkers.
- Slot, N.W. (1988). *Residentiele hulpverlening voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Slot, W. & Spanjaard, H. (1996). Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen. Het competentiemodel en gezinsgerichte hulpverlening. In: *Jeugd en samenleving* 1, 1996, blz 3-19.
- Spanjaard, H. (1996). *VT. Handleiding bij VertrekTraining*. Utrecht/Amsterdam: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/Paedologisch Instituut.
- Spanjaard, H. en Vught, M. van. (2000). *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW.
- Slot, N.W.& H.J.M. Spanjaard (1999). *Competentievergroting in de residentiele jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Intro
- Vandereycken, W.& Hoogduin, C.A.L. en Emmelkamp, P.M.G. (200). *Handboek Psychopathologie deel I, basisbegrippen*. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veer, K. van der, Slot, N.W., Berger, M.A.& Verrips, W (1992). *Ambulante Sociale-Vaardigheidstraining. Cursusboek Sociale-vaardigheidstraining als Alternatief voor een Sanctie*.

Vugt, M. van, N.W. Slot en Y. Choy (2001). *Beter met Thuis. Flexibele en ambulante hulp aan jeugdigen en ouders*. Methodiekhandleiding. Amsterdam: Amstelstad

Wit, J. de, van der Veer, G.& Slot, N.W. (1995). *Psychologie van de adolescentie*. Baarn: Intro.

Stellingen

- 1. Het competentiegericht werken leidt tot minder systeemgericht werken.**
- 2. Het competentiegericht werken leidt tot minder vraaggericht werken.**
- 3. Het ligt het aan de begeleiding, als ouders niet gemotiveerd worden voor de hulpverlening.**
- 4. Competentiegericht werken is in de thuissituaties, voor ouders niet haalbaar.**
- 5. In een flexibele organisatie moet je als hulpverlener ook flexibel inzetbaar zijn.**
- 6. Een hulpverlener die competentiegericht werkt moet een duizendpoot zijn.**