

SAMENWERKEN (G)EEN PROBLEEM!



EEN CONSTRUCTIEVE SAMENWERKING TUSSEN GEZINSHUISOUDERS EN OUDERS MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK.



Janneke van Dijk & Jeffrey Teunissen
Project Innoveren en Ondernemen
SW-8-INNOV-19
Opleiding Social Work
Christelijke Hogeschool Ede



Janneke van Dijk 140278
Jeffrey Teunissen 150408

Uitstroomprofiel GGZ
Datum: 7 augustus 2019
Opleiding Social Work
Christelijke Hogeschool Ede
Project Innoveren en ondernemen
Eindverslag SW-8-INNOV-19

Organisatie: Lectoraat Jeugd en Gezin, Christelijke Hogeschool Ede
Opdrachtgever: Martine Noordegraaf
Afstudeercoach: Aletta Simons
Aantal woorden: 15.493

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag met als onderwerp 'een constructieve samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek'. We hebben hierbij onderzoek gedaan naar de problemen in de communicatie tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek die voor kunnen komen en hoe gezinshuisouders het beste met de verschillende psychiatrische problematieken om kunnen gaan.

Het onderzoek is geschreven in het kader van ons afstudeeronderzoek aan de opleiding Social Work aan de Christelijke Hogeschool Ede. We hebben dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van het lectoraat Jeugd en Gezin van de Christelijke Hogeschool Ede. Het lectoraat werkt aan het onderzoek 'Jouw Gezin, Mijn Zorg' en dit onderzoek is daar een onderdeel van. 'Jouw Gezin, Mijn Zorg' gaat over de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders, waarbij wij ons richten op de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek.

Bij dezen willen wij allereerst onze opdrachtgever Martine Noordegraaf bedanken voor haar tijd, het meedenken en de tips en feedback die zij ons gaf en de kans die we kregen om bij het lectoraat ons afstudeeronderzoek te kunnen uitvoeren. Daarnaast willen we Aletta Simons, onze afstudeerbegeleider bedanken. Dankzij haar feedback en vele tips hebben we dit onderzoek op deze manier neer kunnen zetten. Onze dank gaat ook uit naar de gezinshuisouders die we mochten interviewen, voor de tijd die ze voor ons hebben genomen om ons een zo goed mogelijk beeld van de praktijk te geven.

Als laatste willen wij onze medestudenten, vrienden en familie bedanken, bij wie we altijd terecht konden voor vragen, advies en bemoedigende woorden.

Janneke van Dijk en Jeffrey Teunissen
Ede, juni 2019

Samenvatting

Wanneer jongeren door omstandigheden niet meer thuis kunnen wonen is het mogelijk dat zij terecht komen in een gezinshuis. Dit is een grote verandering voor het hele systeem. Jongeren krijgen nieuwe verzorgers en ouders moeten hiermee leren omgaan. Zowel ouders als gezinshuisouders zullen moeten investeren om tot een constructieve samenwerking te komen. In dit onderzoeksverslag wordt antwoord gegeven op de volgende vraag: 'hoe kunnen gezinshuis ouders een constructieve samenwerking hebben met ouders met psychiatrische problematiek?' Deze vraag komt voort uit een praktijk probleem. Veel gezinshuisouders realiseren zich dat een psychiatrische stoornis de communicatie en dan ook samenwerking kan bemoeilijken. Om deze reden is onderzoek gedaan naar de verschillende facetten binnen deze samenwerking. Op deze manier wordt er zicht verkregen op de belangrijkste pijlers om tot een constructieve samenwerking te komen.

Om antwoord te kunnen geven op de bovenstaande vraag is er gestart met een literatuuronderzoek. Er is onderzocht wat de gevolgen zijn van de verschillende psychiatrische problematieken die onder ouders voorkomen en wat het gevolg daarvan is op de communicatie en samenwerking. Daarbij is er ook onderzoek gedaan naar hoe gezinshuisouders hiermee om kunnen gaan en wat van belang is bij de samenwerking met ouders met psychiatrische problematiek.

Bij het opvolgende praktijkonderzoek zijn acht gezinshuisouders geïnterviewd op hun kennis, ervaringen en bevindingen op het vraagstuk. In de conclusie zijn dan ook zowel de bevindingen uit de literatuur als uit de praktijk beschreven en met elkaar vergeleken om zo tot een passend en innovatief product te komen. Om tot een passende product te komen zijn eerst de belangrijkste pijlers in kaart gebracht, hierbij bleken empathie, duidelijkheid en eigen onderzoek hoog in het vaandel te staan. Empathie werd hierbij beschreven als meeleven, respecteren en het niet overnemen van de ouderrol. Duidelijkheid werd als rechtlijnig beschreven, maar ook het respecteren van eigen en een ander zijn grenzen is van belang. Daarnaast is actief gezocht naar een passend middel om hier progressie in te kunnen boeken. Om op de beschreven onderdelen progressie te kunnen boeken zijn we uitgekomen bij een Forum-theater, we hopen door het inzetten van theater in educatie de gezinshuisouders voldoende te kunnen scholen om met moeilijke situaties om te gaan.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding.....	7
1.1. Aanleiding.....	7
1.2. Context.....	7
1.3. Leeswijzer.....	10
Hoofdstuk 2. Probleemstelling.....	11
2.1. Praktijkprobleem.....	11
2.2. Onderzoeksdoel.....	13
2.3. Onderzoeksvragen.....	13
2.4. Kernbegrippen.....	13
2.5. Stakeholdersanalyse.....	14
Hoofdstuk 3. Methode.....	15
3.1. Onderzoeksaanpak.....	15
3.2. Deelvraag 1.....	15
3.3. Deelvraag 2.....	16
3.4. Deelvraag 3.....	17
Hoofdstuk 4. Resultaten deelvraag 1.....	18
4.1. Autisme.....	18
4.1.1. Algemene informatie.....	18
4.1. Omgaan met autisme.....	19
4.2. Bipolaire stoornis.....	20
4.2.1. Algemene informatie.....	20
4.2.2. Omgaan met bipolaire stoornis.....	21
4.3. Borderlinepersoonlijkheidsstoornis.....	22
4.3.1. Algemene informatie.....	22
4.3.2. Omgaan met borderlinepersoonlijkheidsstoornis.....	22
4.4. Depressie.....	23
4.4.1. Algemene informatie.....	23
4.4.2. Omgaan met depressie.....	24
4.5. Schizofrenie.....	26
4.5.1. Algemene informatie.....	26
4.5.2. Omgaan met schizofrenie.....	27
Hoofdstuk 5. Resultaten deelvraag 2.....	29
Hoofdstuk 6. Resultaten deelvraag 3.....	32
Hoofdstuk 7. Conclusie en aanbevelingen.....	36
7.1. Conclusie.....	36

7.2. Aanbevelingen.....	38
Hoofdstuk 8. Discussie.....	41
Bibliografie.....	43
Bijlage 1. Kernbegrippen en literatuurverkenning.....	48
Bijlage 2. Stakeholdersanalyse.....	51
Bijlage 3. Beroepsproduct.....	53
Bijlage 4. Kernlabelschema.....	66
Bijlage 5. Beoordeling presentatie.....	71
Bijlage 6. Onderzoeksinstrument.....	74

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het lectoraat Jeugd en Gezin van de CHE doet onderzoek naar de verschillende samenwerkingsrelaties die binnen gezinshuizen voorkomen. De aanleiding voor dit onderzoek is dat het lectoraat verder onderzoek wil doen naar ouders van uithuisgeplaatste kinderen met psychiatrische problematiek. De uitkomst van voorgaande onderzoeken is dat er weinig bekend is over ouders met psychiatrische problematiek. Om die reden wordt dit onderzoek gestart. Voor het lectoraat Jeugd en Gezin zijn de resultaten relevant om mee te nemen in het gehele onderzoek, om zo tot een veelzijdig product te komen.

Wij hebben gekozen voor de doelgroep ouders met psychiatrische problematiek omdat we beide uitstroomprofiel GGZ hebben en in die richting onderzoek willen gaan doen.

Een voorbeeld vanuit eigen ervaringen is een casus over een moeder en haar twee zoons. Deze jongens zijn uit huis geplaatst en wonen in een gezinshuis. Eerder kwamen de jongens naar moeder toe als het bezoekmoment was, nu had zij toestemming van de kinderrechter om eens per maand de jongens in het gezinshuis te komen opzoeken. Deze bezoekmomenten werden begeleid door een stagiair en de dochter van de gezinshuisouders. Deze moeder had te maken met behoorlijke complexe problematiek. De diagnoses waren niet bekend bij het gezinshuis, bekend was wel dat ze met meerdere problematieken te maken had. Ze was afhankelijk van het openbaar vervoer om haar kinderen te kunnen bezoeken, maar zelf reizen met het openbaar vervoer was voor haar te moeilijk. Een kennis van moeder had voor haar de vertrektijden van de bussen en treinen opgeschreven, zodat ze die aanwijzingen kon volgen. Op de dag dat ze haar kinderen zou gaan bezoeken miste ze de bus. De twee begeleiders van de bezoeken werden gebeld door haar dat ze niet kon komen, omdat ze de bus had gemist. Ze was niet in staat om zelf uit te zoeken hoe ze nu met het openbaar vervoer kon reizen. De begeleiders hebben voor haar uitgezocht hoe zij naar het gezinshuis toe kon reizen, omdat ze anders helemaal niet kon komen. Deze taak kost niet veel tijd, maar het gezinshuis heeft te maken met meer dan vijftien ouders met allerlei complexe problematiek en kan niet alle begeleiding bieden die zij nodig hebben en hebben ook niet alle kennis in huis om dat te doen. Omdat er verder niemand was die dit wel deed kon deze moeder haar kinderen niet meer komen bezoeken. Dit wordt weer doorgegeven aan de kinderrechter, waardoor de kans groot is dat de bezoekregeling weer wordt ingetrokken en deze moeder haar kinderen nog maar eens per maand kan zien.

1.2 Context

Wanneer een kind uit huis geplaatst is kan het in een gezinshuis terecht komen. Een gezinshuis is een residentiële instelling, maar dan op kleine schaal. In een gezinshuis wonen een aantal kinderen en/of jongeren met de gezinshuisouders. Deze gezinshuisouders hebben een professionele achtergrond. In het gezinshuis wordt een gezinssituatie gecreëerd, waardoor kinderen en jongeren de hulp krijgen die ze nodig hebben voor hun verdere ontwikkeling. Kinderen en jongeren die in een gezinshuis wonen kunnen niet in een pleeggezin of op een residentiële leefgroep wonen, omdat hun problematiek te zwaar is voor pleegouders, en ze een

één op één aanpak nodig hebben, die hun op een leefgroep niet geboden kan worden (Baat & Berg-le Clercq, 2013).

Om de ouders van het uithuisgeplaatste kind staat een heel netwerk. Voor de uithuisplaatsing zijn er hulpverleners in beeld, waarbij gewerkt wordt aan het voorkomen van een uithuisplaatsing (Bartelink, 2013). Mocht een uithuisplaatsing wel nodig zijn, wordt het netwerk groter. Wanneer een kind in een gezinshuis wordt geplaatst, krijgen de ouders van het kind te maken met de gezinshuisouders die hun kind opvangen. Daarbij krijgt het kind een gezinsvoogd toegewezen. Deze gezinsvoogd heeft een gezagsrol en neemt samen met de ouder(s) beslissingen (Hout, 2001). De ouders hebben een tijdelijk beperkt gezag, en de gezinsvoogd biedt ondersteuning. Wanneer ouders niet in staat of niet geschikt zijn om hun ouderlijke verplichtingen na te komen, kan deze verantwoordelijkheid voor onbepaalde tijd bij iemand anders worden gelegd. In dat geval neemt een voogdij instelling het gezag op zich. Deze maatregelen van kindbescherming worden door de rechter opgelegd (Inspectie, 2003).

Gezinshuizen zijn een vorm van Jeugdzorg en sinds 1 Januari 2015 vallen deze onder de Jeugdwet. De Jeugdwet zegt dat de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van, de ondersteuning, hulp en zorg bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, de uitvoering van de kindbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering bij de gemeente liggen (overheid.nl, 2019). In de praktijk resulteert dit in dat er in veel gemeenten een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) of een wijkteam waarin jeugdorganisaties betrokken zijn samenwerken. Een CJG of wijkteam kijkt samen met de ouders en het kind wat voor hen de beste soort hulp is. In het belang van het gezin en vooral in het belang van het kind. Een van de maatregelen kan zijn dat een kind in een gezinshuis gaat verblijven. Er zijn twee vormen van gezinshuizen. De eerste is het gezinshuis als opvoedingsvariant, waarbij een kind langdurig geplaatst wordt. De tweede variant, die minder voorkomt, is de kortdurende plaatsing. Deze variant wordt gebruikt bij een crisissituatie of wanneer het kind een indicatie heeft gekregen voor diagnostiek. In dat geval wordt er gekeken waar het kind het beste geplaatst kan worden en fungeert het gezinshuis als tijdelijke opvang (Vries & Gardeniers, 2013).

Op macroniveau is er aandacht voor de zorg voor ouders, maar deze zorg is erop gericht om het welzijn van het kind ten goede te komen. De Jeugdwet omschrijft dat als volgt: 'Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van, de ondersteuning, hulp en zorg bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, de uitvoering van de kindbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering bij de gemeente te beleggen, om te komen tot betere samenwerking van hulpverleners rond gezinnen, eerdere ondersteuning bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, hulp op maat en meer ruimte voor professionals en tot het de-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren van de jeugdsector, waarbij het uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor het gezond en veilig opgroeien van jeugdigen allereerst bij de ouders en de jeugdige zelf ligt..' (Simons, 2018).

Op mesoniveau blijkt uit gesprekken met de opdrachtgever (Martine Noordegraaf) dat er bij gezinshuisouders onvoldoende kennis is van de GGZ. Het gevolg hiervan is dat op microniveau

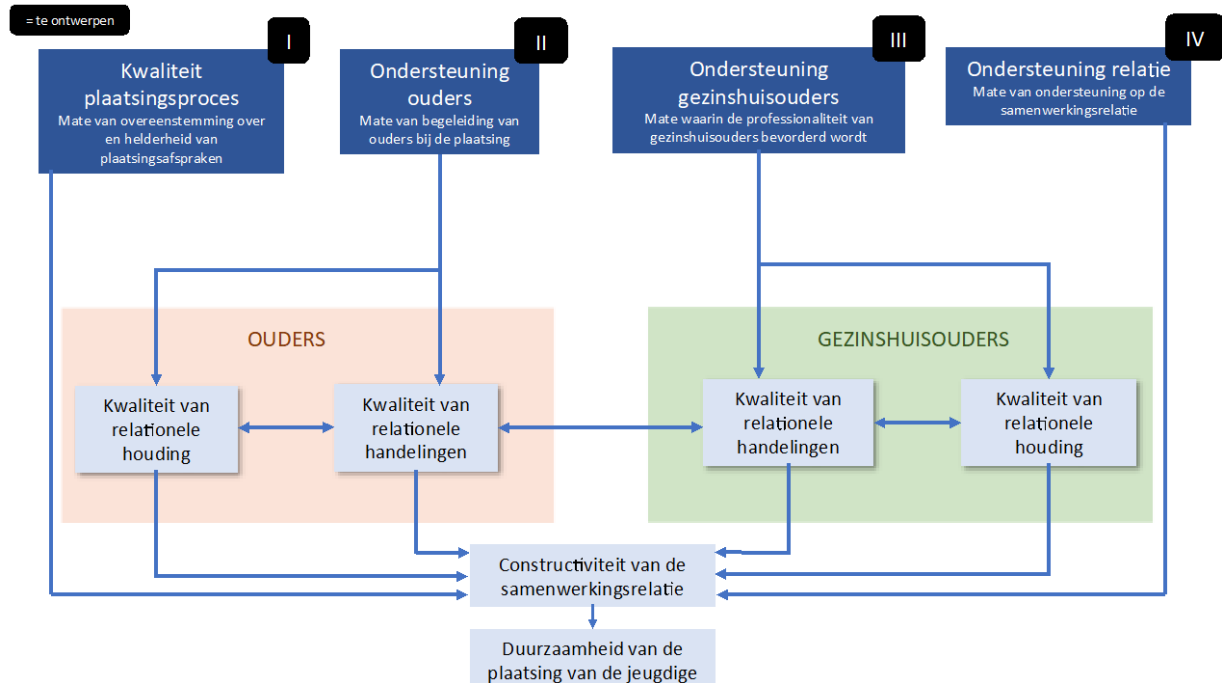
gezinshuisouders handelingsverlegen zijn in het contact met ouders met psychiatrische problematiek. Er is weinig informatie te vinden over de verdere gevolgen van deze handelingsverlegenheid, mede hierdoor is dit onderzoek gestart. Met dit onderzoek wordt meer inzicht verkregen in de problematiek die er op microniveau bestaat.

De organisatie waarbij dit onderzoek wordt gedaan is het lectoraat Jeugd en Gezin van de CHE. Martine Noordegraaf fungeert als opdrachtgever. Het onderzoek is onderdeel van een groter geheel, waarbij dit onderzoek zich richt op hoe psychiatrische problematieken van ouders invloed kunnen hebben op de samenwerkingsrelatie tussen ouders en gezinshuisouders. De aanleiding komt voort uit eerder gedaan onderzoek. In eerdere onderzoeken is het thema ouders met psychiatrische problematiek onderzocht door twee studenten. Zij hebben onderzoek gedaan vanuit het lectoraat en uit dat onderzoek kwam naar voren dat de visie van verschillende organisaties op de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek niet duidelijk was en de visie in de praktijk moeilijk controleerbaar. Een van de aanbevelingen vanuit dat onderzoek is dat er nog verder onderzoek komt naar wat er nodig is voor de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek, omdat dit voor zowel gezinshuisouders als organisaties belangrijk is (Burggraaf & Laycock, 2018). Met het onderzoek wat nu uitgevoerd wordt, wordt er verder gekeken naar de mogelijke gevolgen van psychiatrische problematiek van ouders op de samenwerkingsrelatie tussen gezinshuisouders en ouders, om een beeld te krijgen van deze gevolgen en om gezinshuisouders handvatten te kunnen geven over hoe zij deze samenwerking op een constructieve manier kunnen voortzetten.

Het onderzoek van het lectoraat Jeugd en Gezin richt zich op de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders van de kinderen die in het gezinshuis zijn geplaatst. Dit onderzoek wordt gedaan omdat het te vaak gebeurt dat een kind of jongere het gezinshuis vroegtijdig moet verlaten (ook wel break-down genoemd). Dit onderzoek wil de break-down helpen voorkomen door zo concreet mogelijk te onderzoeken hoe een constructieve samenwerking wordt vormgegeven. Het doel daarvan is kennis te ontwikkelen voor de praktijk. Dit onderzoek richt zich op de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problemen en hoe deze samenwerking op een constructieve manier kan worden voortgezet. Dit onderzoek wordt meegenomen in het grote geheel, waardoor er zoveel mogelijk kennis vanuit verschillende invalshoeken wordt verzameld, om zo het doel, kennis ontwikkelen voor de praktijk, te behalen.

In de eerste fase van het onderzoek heeft de focus met name gelegen op de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie (zie blokken ouders & gezinshuisouders). In de fase die nu van toepassing is ligt de focus meer op het creëren van een tastbare module voor het werkveld, met dit onderzoek wordt het lectoraat hierin ondersteund (zie blokken I,II,III en IV). Dit onderzoek richt zich met name op blok IV. In het model zijn de belangrijke pijlers verwerkt om tot een constructieve samenwerking te komen tussen gezinshuisouders en ouders. Hierbij is te zien dat van beide kanten het belang van de kwaliteit van de relationele houding en handelingen wordt benoemd. Deze verschillende pijlers zijn zoals hierboven benoemd onder verdeeld in verschillende fasen en momenteel wordt er gefocust om blok IV waarin de mate van

ondersteuning op de samenwerkingsrelatie wordt onderzocht en wordt toegewerkt naar een tool om de samenwerkingsrelatie te kunnen verbeteren. Het uiteindelijke doel is komen tot zoveel mogelijk duurzame plaatsingen van jeugdigen.



Bron: Noordegraaf, M. 2019. Persoonlijke communicatie

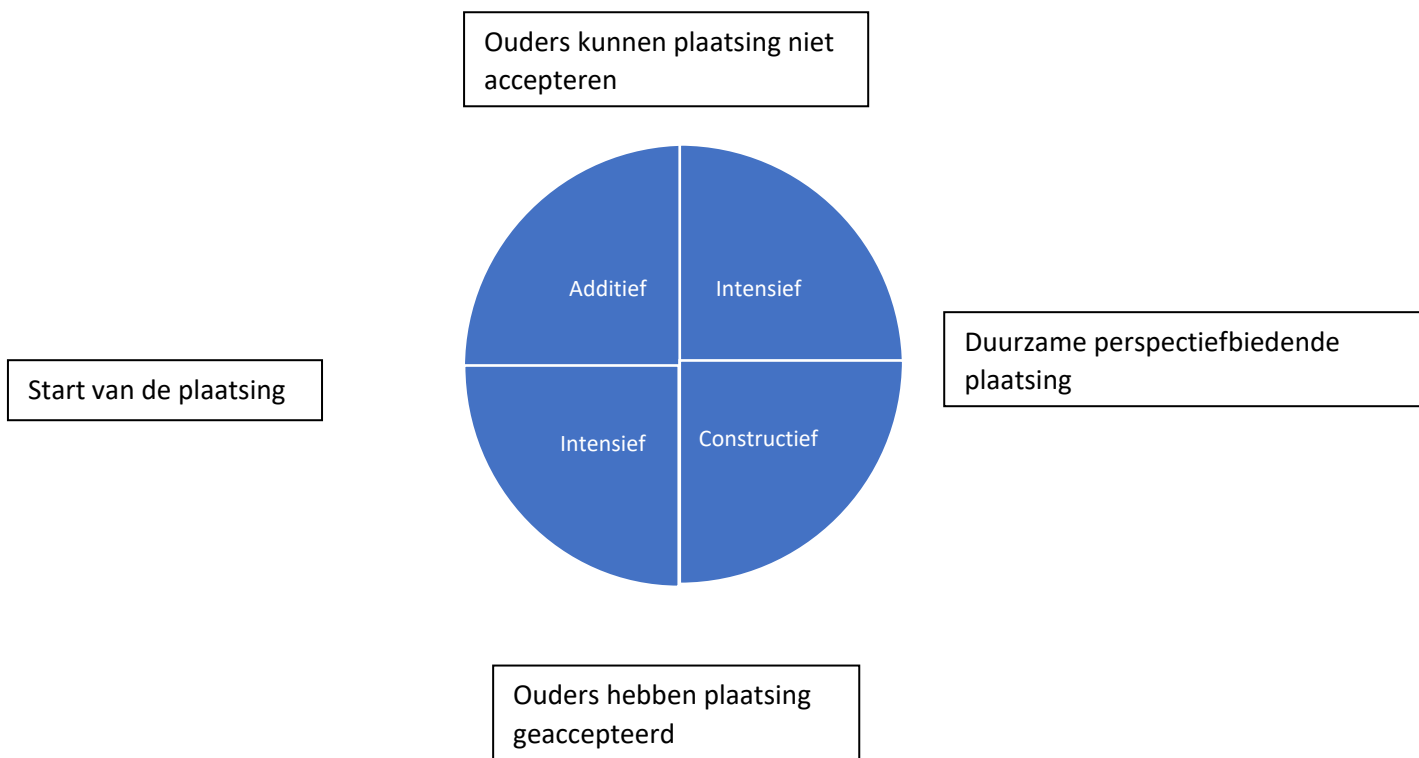
1.3 Leeswijzer

Het onderzoek is in een aantal hoofdstukken opgedeeld. In hoofdstuk 1 staan de aanleiding van het onderzoek en de context waarop dit onderzoek is gebaseerd. In hoofdstuk 2 is het praktijkprobleem beschreven, met daarbij het onderzoeksdoel, de hoofd- en deelvragen. Ook is daar de literatuurverkenning in opgenomen, met daarbij de kernbegrippen. Hoofdstuk 3 beschrijft de methode die voor de dataverzameling is gebruikt, de ontwerpactiviteiten en de data-analyse technieken. In hoofdstuk 4 zijn de verschillende deelvragen uitgewerkt. Bij deelvraag 1 is het literatuuronderzoek uitgewerkt, deelvraag 2 is een uitwerking van de interviews die zijn afgenomen en in deelvraag 3 is het beroepsproduct omschreven. In hoofdstuk 5 staan de conclusies aan de hand van het literatuuronderzoek en de interviews, met daarbij de aanbevelingen. Hoofdstuk 6 beschrijft de discussie.

Hoofdstuk 2. Probleemstelling

2.1 Praktijkprobleem

Het praktijkprobleem is dat veel gezinshuisouders te maken krijgen met ouders met psychiatrische problematiek, maar dat ze niet genoeg kennis in huis hebben om op een goede manier met deze ouders te kunnen samenwerken. Gezinshuisouders hebben veel kennis op het gebied van Jeugdzorg, maar minder op het gebied van GGZ, terwijl ze deze kennis wel nodig hebben.



Bron: Noordegraaf, M. 2019, concept. Persoonlijke communicatie

In bovenstaande tabel worden verschillende vormen van ondersteuning en hulp aan ouders in beeld gebracht. Wanneer de plaatsing is gestart en ouders deze niet kunnen accepteren is er additieve hulp voor de ouders nodig. Bij de start van een plaatsing waarbij ouders deze wel kunnen accepteren, is er intensieve hulp nodig. Wanneer de plaatsing duurzaam en perspectiefbiedend is, waarbij de ouders deze niet kunnen accepteren, is er ook intensieve hulp nodig. Bij een duurzame perspectiefbiedende plaatsing die ouders hebben geaccepteerd, is er sprake van een constructieve samenwerkingsrelatie tussen ouders en gezinshuisouders.

De doelgroep die centraal staat binnen dit onderzoek is de groep ouders waarbij er additieve hulp geboden wordt (zie tabel).

Naast deze groep ouders staan ook gezinshuisouders centraal, omdat zij degenen zijn die met deze ouders te maken hebben en met hen moeten samenwerken. We willen met hen in gesprek gaan, om van hen te horen waar zij tegenaan lopen in het contact en de samenwerking met ouders met psychiatrische problematiek en wat zij nodig hebben om deze samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen.

Ouders en gezinshuisouders moeten samenwerken betreffende de opvoeding van het kind. Er kunnen onderling afspraken gemaakt worden rondom bijvoorbeeld verjaardagen vieren, bezoekenregeling en telefoongebruik. Dit is bij elk gezinshuis weer anders, waardoor de frequentie van dit probleem ook varieert. Het probleem manifesteert zich op het moment dat de ouders of gezinshuisouders niet gericht zijn op samenwerking of de gezinshuisouders niet goed weten hoe ze met de problematiek van de ouders om moeten gaan.

In de Jeugdwet ontbreken drie belangrijke onderdelen: gebrek aan kennis over de biologische, psychologische en sociale oorzaken van probleemgedrag, samenhangend met de werking van nadelige (vroege) jeugdervaringen. Deze jeugdervaringen leiden tot intergenerationele problematiek die niet zomaar op te lossen is. Een valkuil is dan dat kinderen die te complex zijn binnen de jeugdzorg bij gezinshuizen terecht komen, waardoor deze kinderen eigenlijk worden 'gedumpt' bij deze gezinshuizen, omdat jeugdzorg de kennis niet in huis heeft om op een goede manier met deze kinderen om te gaan (Helm, 2018). Een bijkomend probleem is dat het beleid wordt bepaald door psychiaters en GGZ-psychologen, terwijl deze mensen met psychiatrische problematiek over het algemeen niet vaak zien. De mensen die hen wel vaak zien (pedagogisch medewerkers, leerkrachten, gezinshuisouders) maken meestal geen deel uit van het behandelteam. Alle verschillende partijen die te maken hebben met het gezin en de psychiatrische problematiek werken langs elkaar heen (Helm, 2018).

Gezinshuisouders hebben meestal geen achtergrond in de GGZ, maar hebben deze ervaring wel nodig om met ouders met psychiatrische problematiek om te kunnen gaan. De afgelopen jaren is het aantal gezinshuizen toegenomen, waarbij er sprake is van steeds meer zelfstandig functionerende gezinshuizen. Er is onderzoek gedaan door de Inspectie Jeugdzorg naar de kwaliteit van de jeugdhulp in gezinshuizen. Daaruit bleek dat er aan veel verwachtingen werd voldaan, maar dat er ook nog een aantal aandachtspunten waren. Naar aanleiding van de conclusies wordt aanbevolen om een Kwaliteitskader voor gezinshuizen op te stellen, waarin de genoemde aandachtspunten worden meegenomen (Jeugdzorg, 2016). Dit Kwaliteitskader is inmiddels ontwikkeld en in het voorjaar van 2019 gelanceerd.

Nu komt te vaak voor dat een jongere in een gezinshuis overgeplaatst moet worden, omdat de plaatsing in het gezinshuis niet lukt door bijvoorbeeld ernstige gedragsproblemen. Dit wordt breakdown genoemd. Een van de redenen van deze breakdown kan zijn dat de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders niet goed functioneert. Spanningen in deze samenwerking kunnen stress en probleemgedrag veroorzaken bij de jongere en zo bijdragen aan een breakdown (Koot & Noordegraaf, 2018). Een constructieve samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders is belangrijk voor een goed lopende plaatsing van de jongere. Wat hieruit blijkt is dat gezinshuisouders veel kennis hebben op het gebied van Jeugdzorg, maar minder op het gebied van GGZ. De kinderen die geplaatst worden hebben te maken met

problematiek bij de opvoeding of bij het aanleren van vaardigheden en cognitieve ontwikkelingen. Over ouders met psychiatrische problematiek wordt niet gesproken en in de definitie van gezinshuizen komen deze ouders ook niet naar voren. De overlap tussen Jeugdzorg en GGZ is hierbij ook niet terug te vinden.

2.2 Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de samenwerkingsrelatie tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek. De vergaarde kennis zal daarbij gebruikt worden om gezinshuisouders te scholen of informeren, zodat zij met deze kennis een constructieve samenwerkingsrelatie op kunnen bouwen met deze specifieke doelgroep. Er wordt aandacht besteed aan de gezinshuisouders, omdat het beroepsproduct gebaseerd wordt op wat er voor hen nodig is om de samenwerking met ouders zo constructief mogelijk te maken. Er wordt literatuur verzameld over de invloed van psychiatrische problematiek op samenwerking en hoe er met deze problematiek moet worden omgegaan. Daarnaast wordt dit ook onderzocht in de praktijk. Aan de hand van de resultaten wordt een passend beroepsproduct ontworpen.

2.3 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag

Hoe kunnen gezinshuisouders constructief samenwerken met ouders met psychiatrische problematiek?

Deelvragen:

1. Welke aanwijzingen zijn er in de literatuur te vinden over contact met mensen met psychiatrische problematieken?
 - 1.1. Welke problemen in de communicatie kunnen voorkomen bij mensen met psychiatrische problematiek?
 - 1.2. Waar moet in de samenwerking met mensen met psychiatrische problematiek rekening mee worden gehouden?
2. Welke aanwijzingen zijn er in de praktijk te vinden over het bevorderen van de samenwerkingsrelatie tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek?
3. Op welke manier kunnen gezinshuisouders verder geprofessionaliseerd worden in hun kennis en vaardigheden wat betreft psychiatrische problematiek?

2.4 Kernbegrippen

Hieronder zijn de belangrijkste begrippen omschreven. Verdere begrippen en de literatuurstudie zijn te vinden in bijlage 1.

Constructief

Constructief betekent opbouwend, bruikbaar, waar iets uit kan groeien (Boer, 2006).

Ouders met psychiatrische problematiek

Wanneer een ouder te maken heeft met gestoord (afwijkend) gedrag, dat bij andere personen ook als 'storend' is vastgesteld en omwille van deze gelijkenis beschreven en geordend kan worden binnen het begrippenkader van de psychiatrie (Vandereycken & Deth, 2004).

Gezinshuisouder

Een gezinshuisouder is een professionele opvoeder, die zorg biedt aan kinderen en jongeren binnen de eigen leefsituatie (CAO Jeugdzorg 2014-2016).

Comorbiditeit

Comorbiditeit houdt in dat er een of meer aandoeningen bestaan naast de hoofddiagnose waar de meeste aandacht naar uitgaat (NK-GGZ, 2017).

2.5 Stakeholdersanalyse

Binnen dit onderzoek zijn verschillende stakeholders aanwezig. De letterlijke vertaling van stakeholders is belangenhouders. Dit is een persoon, groep of organisatie die belang hebben bij het onderzoek. Hier onder worden de verschillende stakeholders en hun belangen beschreven (zie ook bijlage 2) (Stamsnijder, 2016)

De eerste stakeholder is het lectoraat Jeugd & gezin. Als onderdeel van een van hun onderzoeken wordt dit onderzoek uitgevoerd. Zij kunnen de vergaarde kennis inzetten in hun verdere onderzoek en het product gebruiken voor scholing. Verder kan van hun database gebruik gemaakt worden om kennis uit te putten.

De tweede stakeholder zijn de ouders met psychiatrische problematiek. Zij kunnen impact hebben op de onderzochte samenwerkingsrelatie en hebben kennis over eigen problematiek en samenwerking in pact.

De derde stakeholder zijn de gezinshuisouders. Zij behoren tot de onderzoeksgroep, delen ervaring, maar putten ook kennis uit het onderzoek en kunnen in de toekomst onderdeel zijn van de bijbehorende scholing.

De vierde stakeholder is de overheid. Er moet in het onderzoek rekening gehouden worden met bepaalde wet en regelgeving, denk hierbij aan privacy en veiligheid.

De vijfde stakeholder zijn de kinderen. Zij hebben belang bij een constructieve samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders. Ook hebben zij kennis van de situatie wanneer deze samenwerking niet constructief is en de gevolgen hiervan.

De zesde stakeholder is de LWG-groep. Hier kunnen de onderzoekers terecht met vraagstukken betreffende het onderzoek.

Verder zijn de Jeugdzorg, GGZ en overkoepelende organisaties voor gezinshuizen stakeholders, omdat zij kennis, ervaring en scholing hebben. Zij kunnen vergaarde informatie gebruiken ter innovatie, maar ook informatie leveren om het onderzoek te ondersteunen.

Hoofdstuk 3. Methode van onderzoek

3.1 Onderzoeksaanpak

De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt: Hoe kunnen gezinshuisouders constructief samenwerken met ouders met psychiatrische problematiek? Het onderzoek is een explorerend onderzoek. Bij een explorerend onderzoek wordt er vanuit een richtinggevende onderzoeksvraag een onderzoeksproces gestart om op een systematische wijze tot theorievorming te komen. Daarbij worden allereerst relevante gegevens gezocht, die vervolgens worden geordend en gecategoriseerd, waarna begrippen worden ontwikkeld en die begrippen worden gegroepeerd in een model (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Het doel van dit onderzoek is om erachter te komen wat er nodig is voor een constructieve samenwerking, door eerst relevante literatuur te zoeken, gevolgd door het uitvoeren van interviews die worden gecodeerd. Met die gegevens wordt uiteindelijk een beroepsproduct ontwikkeld, dat ook daadwerkelijk zal worden gebruikt bij de scholing van gezinshuisouders.

3.2 Deelvraag 1

Deelvraag 1 luidt: welke aanwijzingen zijn er in de literatuur te vinden over contact met mensen met psychiatrische problematieken? Dit is een explorerende vraag, waarbij de methode van onderzoek hetzelfde is als de onderzoeksmethode die gebruikt wordt om de hoofdvraag te beantwoorden. Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van de methode van dataverzameling waarbij tekstbronnen zijn bestudeerd, om op die manier literatuuronderzoek te doen (Donk & Lanen, 2017). Er bleek weinig literatuur te zijn over de mogelijke gevolgen van psychiatrische problematiek op samenwerking tussen mensen. Daarom is ervoor gekozen te onderzoeken wat de gevolgen zijn op de communicatie, omdat de communicatie weer van invloed kan zijn op de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders. Over de gevolgen van psychiatrische problematiek op de communicatie is wel literatuur beschikbaar en daarom is ervoor gekozen om op deze manier antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag.

Het literatuuronderzoek is gedaan door middel van studie uit verschillende boeken, wetenschappelijke artikelen en onderzoeken. Om de deelvraag te kunnen beantwoorden is literatuur gezocht over de gevolgen van verschillende psychiatrische problematieken in het contact met anderen en hoe met deze psychiatrische problematieken omgegaan moet worden. Het analyseren van de gevonden literatuur is gedaan door middel van de resultaten bij de verschillende psychiatrische stoornissen te vergelijken en aan de hand daarvan te concluderen wat de gevolgen kunnen zijn van de verschillende stoornissen en hoe gezinshuisouders daar het beste mee om kunnen gaan.

In overleg met de opdrachtgever is besloten de focus te leggen op een aantal specifieke psychiatrische stoornissen, omdat het literatuuronderzoek anders te breed zou worden. Aan de hand van eerder gedaan onderzoek naar de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouders zijn bipolaire stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, depressie en schizofrenie verder uitgewerkt (Burggraaf & Laycock, 2018). Na het houden van de interviews bleek ook autismespectrumstoornis meerdere keren voor te komen onder ouders en is ook deze meegenomen in het literatuuronderzoek. Hierbij is gebruik gemaakt van implementatie, waarbij

een vernieuwing is ingevoerd met als doel deze een plaats te geven in het onderzoek. De implementatie is onder te verdelen in het participatieve model, omdat de implementatie tijdens het onderzoekstraject heeft plaatsgevonden (Donk & Lanen, 2017). Ook verslavingsproblematiek en een licht verstandelijke beperking werden meerdere keren genoemd tijdens de interviews. Omdat verslavingsproblematiek te breed is om mee te nemen in het onderzoek en een licht verstandelijke beperking niet onder psychiatrische problematiek valt zijn deze niet meegenomen in het onderzoek. Beide zijn wel in de aanbevelingen naar voren gekomen.

3.3 Deelvraag 2

Deelvraag 2 luidt: welke aanwijzingen zijn er in de praktijk te vinden over het bevorderen van de samenwerkingsrelatie tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek? Dit is een beschrijvende vraag, waarbij gebruikt wordt gemaakt van een kwalitatief beschrijvend onderzoek. Bij het houden van een kwalitatief beschrijvend onderzoek worden gevoelens, ervaringen en betekenisverleningen van betrokkenen in kaart gebracht (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005).

Deze deelvraag is beantwoord door het houden van interviews. Er zijn acht gezinshuisouders geïnterviewd. Zij zijn bevraagd op hun constatering betreffende de samenwerkingsrelatie met ouders met psychiatrische problematiek. Verder is er daarbij onderzocht wat de gezinshuisouders als werkend en niet werkend beschouwen. De interview vragen zijn gedeeltelijk gestructureerd geformuleerd. De onderwerpen en belangrijkste vragen lagen vast, maar er was ook mogelijkheid tot doorvragen of om af te wijken van de volgorde of vastgestelde vragen wanneer dat nodig was (Donk & Lanen, 2017). Deze manier van interviewen is gekozen zodat de vragen die nodig waren voor het onderzoek gesteld konden worden, maar er daarnaast ruimte was voor de gezinshuisouders om te benoemen wat voor hen belangrijk is. Hierbij is het belangrijk de context van de vragen in acht te nemen. De reden dat er enkel gezinshuisouders zijn geïnterviewd is dat een onderzoek over een bredere groep te trekken is wanneer er een homogene groep geïnterviewd is. Een homogene groep houdt in dat de onderzoekspopulatie op elkaar lijkt, denk hierbij aan leeftijd, gender, scholing, professie of andere mogelijke gelijkenissen. Wanneer in dit onderzoek zowel gezinshuisouder als biologische ouder wordt geïnterviewd is deze groep niet meer homogeen en als gevolg daarvan ook minder betrouwbaar (Grauw, z.d). Bij het analyseren van de data is gebruik gemaakt van de methode van open coderen. Hierbij worden de tekstfragmenten gecategoriseerd, waardoor antwoorden van respondenten zo min mogelijk door aannames worden ingevuld en de letterlijke tekst leidend is (Donk & Lanen, 2017). De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens is alle niet-relevante tekst geschraapt. Daarna is de tekst in fragmenten opgedeeld en zijn de fragmenten gelabeld. (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Deze zijn in een schema gezet (zie bijlage 3). Naarmate er meer labelschema's zijn gemaakt, werd er kritischer naar de inhoud gekeken, waardoor er labels uit het labelschema niet in het kernlabelschema zijn meegenomen. De reden daarvan is dat een aantal fragmenten niet relevant bleken te zijn voor de algehele conclusie, waardoor deze ook niet zijn meegenomen in het kernlabelschema.

De interviews zijn grotendeels afgenomen bij de gezinshuisouders thuis. Twee van de interviews zijn telefonisch afgenomen in verband met de reistijd, de andere interviews zijn bij de gezinshuisouders thuis afgenomen.

Interview	Code	Gezinshuismoeder/ gezinshuisvader	Provincie	Ervaringsjaren
Interview 1	GHOM 1	Gezinshuismoeder	Gelderland	>20 jaar
Interview 2	GHOM 2 /GHOV 2	Gezinshuismoeder / gezinshuisvader	Gelderland	<10 jaar
Interview 3	GHOR 3	Gezinshuismoeder	Zeeland	?
Interview 4	GHOL 4	Gezinshuisvader	Zuid-Holland	>10 jaar
Interview 5	GHOM 5	Gezinshuismoeder	Gelderland	?
Interview 6	GHOV 6	Gezinshuismoeder	Gelderland	?
Interview 7	GHOA 7	Gezinshuisvader	Gelderland	>10 jaar
Interview 8	GHOH 8	Gezinshuismoeder	Zuid-Holland	>10 jaar

3.4 Deelvraag 3

Deelvraag 3 luidt: op welke manier kunnen gezinshuisouders verder geprofessionaliseerd worden in hun kennis en vaardigheden wat betreft psychiatrische problematiek?

Deze wordt beantwoord door het ontwerpen van een beroepsproduct. Voor het ontwerp van het product is gebruik gemaakt van een expert interview. Gedurende dit expert interview zijn kritische vragen gesteld richting het product, maar is ook gekeken naar de voorwaarden voor een passend product. Hierbij zijn vooraf vragen opgesteld om zoveel mogelijk kennis te kunnen vergaren. Het expert interview is uitgevoerd met een van de docenten drama aan de CHE. Hier is voor gekozen, omdat het product gebaseerd wordt op drama. Voor een overleg met de focusgroep zijn de ontwerpisen in kaart gebracht en is er een plan opgesteld hoe het onderwerponderzoek uitgevoerd zal worden (Donk & Lanen, 2017). Om te weten te komen welke aan eisen het ontwerp moet voldoen, wordt er data verzameld. Daar wordt de focusgroep voor ingezet, evenals voor het ontwerpen van het product. Gaandeweg het proces werd duidelijk dat een focusgroep niet haalbaar was en is er gebruik gemaakt van een expertinterview, om op die wijze wel de data te verzamelen die nodig is voor het ontwerpen van het beroepsproduct.

In overleg met de opdrachtgever is er voor het beroepsproduct gebruik gemaakt van forumtheater. Er wordt een scholing opgezet voor gezinshuisouders en dit beroepsproduct wordt daarin meegenomen.

Hoofdstuk 4. Resultaten deelvraag 1

Welke aanwijzingen zijn er in de literatuur te vinden over contact met mensen met psychiatrische problematieken?

In dit hoofdstuk wordt allereerst uitgelegd wat de verschillende psychiatrische problematieken inhouden en wat de kenmerken van deze problematieken zijn. Vervolgens wordt uitgewerkt hoe gezinshuisouders met deze problematieken om kunnen gaan en waar zij op kunnen letten bij de omgang met ouders met deze problematieken.

4.1. Autismespectrumstoornis

4.1.1 Algemene informatie

Een autismespectrumstoornis (hierna autisme) houdt in dat iemand een beperkte en vertraagd ontwikkelde gerichtheid op mensen en een beperkt bewustzijn van mensen heeft. Autisme is niet te genezen. Er is niet een vorm van autisme, autisme uit zich bij iedereen op een andere manier (Delfos & Gottmer, 2012). Op alle begaafdheidsniveaus komt autisme voor en de uitingen van autisme zijn per persoon verschillend. Om die reden wordt er gesproken van een autisme spectrum stoornis (Vermeulen & Degrieck, 2006). Er zijn wel een aantal hoofdpunten die overeenkomen. Iemand met autisme heeft problemen in de sociale omgang met anderen en in het aanvoelen en begrijpen van de interactie tussen mensen (Delfos & Gottmer, 2012). Volgens de criteria van de DSM-5 is een autismespectrumstoornis een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, waarbij er sprake is van stoornissen op twee gedragsdimensies. Die twee dimensies zijn persisterende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie in uiteenlopende situaties en beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten (Franken, Muris, & Denys, 2015). De oorzaak van autisme is niet bekend. Over het algemeen wordt er vanuit gegaan dat de grondslag van autisme een organische stoornis op neurologisch gebied is. Hierdoor wordt de prikkelverwerking beïnvloed (Zeevalking, 2000). Bij veel mensen met autisme is er sprake van comorbiditeit, hoewel het onderscheid tussen autisme en andere psychiatrische stoornissen soms moeilijk vast is te stellen, omdat de verschillende symptomen bij zowel autisme als bij een andere psychiatrische stoornis toebedeeld kunnen worden (Sijde, 2009). De tijd tussen het vermoeden van autisme en de uiteindelijke diagnose is lang. Daarbij komt voor dat er eerdere diagnoses zijn gesteld buiten het autisme spectrum. Bij vrouwen zijn dit vooral angst, stemmings- of persoonlijkheidsstoornissen, bij mannen is dit vaak ADHD. Stoornissen die naast autisme voorkomen, wanneer er sprake is van comorbiditeit, zijn voornamelijk ADHD, een verstandelijke beperking en angststoornissen (Begeer, Wierda, & Venderbosch, 2013). Autisme problematiek kan verscholen gaan achter comorbide stoornissen, waardoor deze soms wordt miskend (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2006).

Een symptoom dat al vroeg in het contact zichtbaar is, is het oogcontact van iemand met autisme. Iemand kijkt meestal naar beneden, naar buiten of naar de mond of handen van de ander. Er kan ook een lege blik in de ogen zijn (Horwitz, Ketelaars, & Lammeren, 2004). Bij nadere kennismaking valt op dat het gedrag is aangeleerd en blijkt het verdiepen van het contact moeilijk of niet mogelijk. Voor iemand met autisme is zich inleven in de ander en rekening houden met de ander moeilijk. Daardoor lijkt het alsof iemand met autisme gebrek aan

empathie heeft en erg met zichzelf bezig is (Kan & Geurts, 2013). Omdat iemand met autisme een vertraagd ontwikkelde ik-ander differentiatie heeft, heeft diegene een gebrek aan focus op anderen en is de gerichtheid op anderen niet geautomatiseerd. Daardoor is iemand zich onvoldoende bewust van wat er in een ander omgaat en kan diegene geen rekening houden met de gevoelens en behoeften van anderen (Delfos & Gottmer, 2012).

Het begrijpen van sociale gedragscodes verloopt moeizaam (Kan & Geurts, 2013). Het ontbreekt niet aan de wil om sociaal te zijn, het ontbreekt aan de vaardigheden en kennis (Vermeulen & Degrieck, 2006). Iemand met autisme heeft moeite een gesprek te starten of aan de gang te houden en heeft niet het vermogen om de communicatiestijl aan te passen aan de sociale situatie. De taal van de ander kan soms letterlijk opgevat worden, waardoor er begripsproblemen kunnen ontstaan (Kan & Geurts, 2013). Het letterlijk opvatten van taal is zeer kenmerkend voor autisme, bij zowel spreekwoorden en uitdrukkingen als bij gewone woorden en uitdrukkingen (Vermeulen & Degrieck, 2006). De persoon met autisme kan beperkt of excessief tegen de ander praten in plaats van met de ander, waarbij vooral de eigen interesses worden besproken. In het gedrag is te merken dat iemand met autisme star aan gewoonten en vaste patronen vasthoudt (Kan & Geurts, 2013). Deze weerstand tegen verandering is in het functioneren belemmerend. Om wel met veranderingen in de maatschappij en daarbij de verwachtingen om daarin mee te gaan om te kunnen gaan, ontwikkelen veel mensen met autisme rituelen (Delfos & Gottmer, 2012). In de DSM-5 wordt gesproken over het vasthouden aan hetzelfde, op een rigide manier vasthouden aan routines, of rituele patronen van verbaal en non-verbaal gedrag (Sijde, 2013). Deze rituelen geven houvast, voorspelbaarheid en rust. Op die manier ontstaan er steeds meer patronen die eerst van nut waren, maar ook worden doorgezet als ze niet meer van toepassing zijn. De weerstand tegen veranderingen heeft verschillende oorzaken. Een daarvan komt voort uit gevoeligheid op zintuiglijk gebied (Delfos & Gottmer, 2012). Iemand met autisme kan sneller overprikkeld raken. De zenuwbanen van iemand met autisme hebben een beperkte rijping, waardoor deze bij teveel prikkels overvoerd zijn (Delfos, 2011).

In het contact tussen een ouder met een autismspectrumstoornis en gezinshuisouders kan de ouder moeite hebben in de sociale omgang met gezinshuisouders en het aanvoelen en begrijpen van de interactie tussen hem/haar en de gezinshuisouders. Daarnaast kunnen er begripsproblemen ontstaan, omdat de ouder de taal van de gezinshuisouders letterlijk op kan vatten. In de samenwerking kunnen gezinshuisouders merken dat omgaan met veranderingen voor de ouder moeilijk kan zijn, omdat deze star vast kan houden aan gewoonten en vaste patronen.

4.1.2. Omgaan met autismspectrumstoornis

Mensen met autisme functioneren beter in een zeer gestructureerde omgeving, waarin het niveau van emotionele expressie en lading bescheiden is en de emoties zoveel mogelijk gedoseerd worden (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2006). Deze omgeving kan gecreëerd worden door de ruimte overzichtelijk en rustig te maken, waarin weinig prikkels zijn (Schoorman, Blijd-Hoogewys, & Gevers, 2013). Routines zijn van groot belang, deze zorgen

ervoor dat iemand met autisme tot rust kan komen. Voorspelbaarheid helpt ook om beter om te kunnen gaan met prikkels (Berckelaer-Onnes, Degrieck, & Hufen, 2017).

Voor mensen met autisme is het fijn als het tempo van spreken rustig blijft, omdat ze moeite kunnen hebben met het begrijpen van gesproken taal. Informatie die iemand niet gelijk begrijpt, zorgt voor alleen maar meer prikkels, waardoor de kans op overprikkeling toeneemt (Berckelaer-Onnes, Degrieck, & Hufen, 2017). De informatieverwerking is trager, waardoor iemand met autisme meer tijd nodig heeft om deze te verwerken (Schuurman, Blijd-Hoogewys, & Gevers, 2013).

Belangrijk is dat de persoon met autisme zich veilig voelt. Vaak voelen mensen met autisme zich voortdurend onveilig, omdat ze vaak verkeerd begrepen zijn en kwetsbaar zijn voor misbruik of pesten (Schuurman, Blijd-Hoogewys, & Gevers, 2013). Mensen met autisme zijn heel gevoelig voor kritiek, ze hebben veel waardering en sturing nodig (Dercksen & Haven, 2004). Anderen gaan sneller over de grens van de persoon met autisme. Belangrijk is om de regie te nemen, maar daarbij alert te zijn niet over de grenzen van de ander te gaan. Daarbij wordt gevraagd om een open, geduldige en transparante houding, waarbij aansluiting wordt gezocht met de ander (Schuurman, Blijd-Hoogewys, & Gevers, 2013).

In contact met een ouder met een autismespectrumstoornis zou het helpend kunnen zijn wanneer de gezinshuisouder duidelijk en voorspelbaar is. Daarbij kan erop gelet worden rustig te spreken om de ouder de tijd te geven informatie te verwerken. Op die manier kan de ouder zich veilig voelen en wordt informatie op de juiste manier begrepen.

4.2. Bipolaire stoornis

4.2.1. Algemene informatie

Een bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door depressieve, manische en hypomanische episoden. Deze episoden wisselen elkaar af en hebben een sterk recidiverend karakter (Rupka, 2003).

Een manische episode wordt gekenmerkt door een verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming. De stemming kan abrupt omslaan. De spraak neemt toe in snelheid, hoeveelheid en volume (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008). Iemand praat dan vrijwel continue, op luide toon, in een hoog tempo en is nauwelijks te onderbreken (Deth, 2017). Het denken is versneld, wat kan worden ervaren als het gevoel dat de gedachten jagen (Jüngen & Kerstens, 2013). Daarbij is iemand snel afgeleid, omdat het meer moeite kost om minder relevante prikkels buiten te sluiten (Deth, 2017). Het lijkt het voor mensen alsof hun geheugen extra helder is, maar in de werkelijkheid kunnen de aandacht en concentratie sterk achteruit gaan. Wanneer de manie toeneemt worden de gedachten verwarder, ze kunnen zelfs incoherent worden. Anderen begrijpen de persoon niet meer, omdat iemand zich niet kan concentreren op een ding tegelijk en afgeleid is door allerlei zaken (Miklowitz, 2004). Voor de omgeving is drukte vaak het symptoom dat opvalt. Iemand voelt zich onrustig en gedreven. Er is een drang om contact te hebben en te praten, waarbij de ander nauwelijks meer aan het woord komt. (Jüngen & Kerstens, 2013).

Tijdens een manische episode is het activiteitsniveau sterk verhoogd, maar deze verhoging kan weer gepaard gaan met een afname van kwaliteit en efficiëntie (Vandereycken, Hoogduin,

& Emmelkamp, 2008). Vaak is er sprake van een toegenomen psychomotoriek, waarbij iemand een zeer levendige indruk maakt met veel beweging en mimiek (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008). Voor mensen in de omgeving van iemand met een bipolaire stoornis kan een manische episode in de eerste instantie bemoedigend zijn, zeker na een depressieve episode. Maar de snelle veranderingen in het energieniveau en het niveau van activiteit zijn ook vaak een bron van conflicten. Voor de persoon met een bipolaire stoornis voelen de toegenomen activiteit en energie goed, productief en zinvol. Anderen kunnen deze juist zien als zinloos, onrealistisch en als teken van een manische episode. Deze verschillende gezichtspunten kunnen leiden tot conflicten (Miklowitz, 2004).

De criteria die bij een depressieve episode passen zijn gelijk aan die van een depressieve stoornis (Jüngen & Kerstens, 2013). Soms wisselen depressieve, manische en hypomanische episoden elkaar snel af. Dit heet rapid cycling (Coene, Kok, & Kollaard, 2005).

Een bipolaire stoornis kan een grote invloed hebben op iemands persoonlijke, relationele en beroepsmatige ontwikkeling (Jüngen & Kerstens, 2013). De meeste mensen hebben na een eerste episode te maken met recidiverende stemmingsepisoden en zijn na een episode zelden symptoomvrij (Deth, 2017). Er kan daarnaast ook sprake zijn van comorbide psychiatrische stoornissen. Daarbij hebben mensen met een bipolaire stoornis niet zelden last van cognitieve symptomen, waarbij het vooral gaat om symptomen van het verbale geheugen, werkgeheugen en planningstaken (Jüngen & Kerstens, 2013).

In het contact met een ouder met een bipolaire stoornis kunnen (hypo)manische en depressieve episoden voorkomen. Gezinshuisouders kunnen tijdens een (hypo)manische episode merken aan de ouder dat de spraak toeneemt op meerdere manieren. Ook is het denken versneld en kan de concentratie achteruit gaan. De gedachten van de ouder kunnen verward zijn, waardoor gezinshuisouders de ouder niet meer kunnen begrijpen.

4.2.2. Omgaan met bipolaire stoornis

Wanneer iemand manisch is, is het moeilijk om te communiceren. De werkelijkheid wordt op dat moment op een andere manier beleefd (Coene, Kok, & Kollaard, 2005). Iemands houding en gedachten worden beïnvloed door de stemmingsstoornis, dingen die worden gezegd kunnen ook vanuit de stoornis gezegd worden (VMDB, 2011).

Voor betrokkenen moet erop gelet worden om niet te ver te gaan in de verantwoordelijkheid (Kupka & Bal, 2006).

Het herstel gaat hand in hand met de aanwezigheid van positieve sociale steun. De positieve sociale steun wordt hierbij een beschermende factor genoemd

Wanneer een ouder in een (hypo-)manische episode verkeert kan het voorkomen dat de ouder in zowel spreken als denken en beweging versneld is. Daardoor is het mogelijk dat de gezinshuisouder de ouder niet meer begrijpt, omdat de gedachten van de ouder verwarder tot incoherent kunnen worden. Het kan helpend zijn wanneer gezinshuisouders hier rekening mee houden en deze episoden herkennen en bespreken met de ouder.

4.3. Borderline persoonlijkheidsstoornis

4.3.1. Algemene informatie

Een borderline persoonlijkheidsstoornis (hierna borderline) houdt in dat er een diepgaand patroon van instabiliteit is, dat tot uiting komt in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten. Daarbij is er ook sprake van een duidelijke impulsiviteit (Hengeveld, Balkom, Heeringen, & Sabbe, 2016). Kenmerkend is de instabiliteit, het kost iemand veel moeite en energie om een evenwicht op verschillende levensgebieden te behouden (Giesen-Bloo, 2005). De instabiliteit manifesteert zich op drie psychische functies: denken, voelen en handelen. Er wordt in uitersten gedacht (Bolster, Rooijackers, & Bree, 2009). Andere mensen of situaties worden beoordeeld als helemaal goed of helemaal fout. Het lijkt of iemand alleen zwart-wit kan denken en er geen grijsstinten bestaan (Meekeren, 1998). Op basis van negatieve ervaringen is de wereld ingedeeld in goed en slecht. Een negatieve ervaring kan iets dat goed was slecht maken (Blanken, 2012). Iemand met borderline kan een ingrijpend effect op de omgeving hebben, door het vertonen van extreem gedrag (zoals zelfbeschadiging, zelfmoorddreiging of het oproepen van heftige conflicten) (Siecker, 2008). Onder de eisende, woedende of wanhopige reacties ligt een intense verlatingsangst. Verlaten worden betekent in de ogen van iemand met borderline dat hij of zij slecht en niets waard is (Blanken, 2012). Borderline houdt ook in dat mensen kampen met heftige stemmingswisselingen. De stemming kan binnen enkele uren wisselen of omslaan na een bepaalde gebeurtenis. In de ogen van anderen wordt er dan overgevoelig en heftig gereageerd (Meekeren, 1998). Het zelfbeeld is vaak negatief, iemand heeft weinig vertrouwen in zichzelf en de omgeving. Als gevolg daarvan worden relaties met anderen gekenmerkt door het gevoel te worden afgewezen. Daarbij zijn mensen gevoelig voor wat anderen tegen hen zeggen of over hen denken (Bolster, Rooijackers, & Bree, 2009).

In het contact tussen gezinshuisouders en een ouder met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan er een instabiele relatie zijn. Die instabiliteit uit zich in het denken in uitersten, heftige stemmingswisselingen en het vertonen van extreem gedrag. Ook de samenwerking kan instabiel zijn, door de stemmingswisselingen en het extreme gedrag dat de ouder kan vertonen.

4.3.2. Omgaan met borderline persoonlijkheidsstoornis

Voor naastbetrokkenen kan het moeilijk zijn om te gaan met borderline gedrag. Dit heeft een aantal oorzaken. Naastbetrokkenen weten niet altijd wat borderline is. Wat ze ook doen, het gedrag komt telkens terug. Men begrijpt niet hoe dit komt, naastbetrokkenen voelen veel emoties bij de omgang met iemand met borderline, met name angst, medelijden, boosheid en schuld. Daarnaast ervaren naastbetrokkenen weinig steun uit de omgeving en van professionele hulpverlening. (Krook, 2012)

Een van de problemen die benoemd worden zijn het accepteren van borderline gedrag en het anders behandelen van de persoon waarbij borderline gediagnostiseerd is (Krook, 2012). Mensen met borderline hebben vaak te maken met vooroordelen en stigmatisering. Ze worden niet gezien als mensen die het moeilijk hebben, maar als mensen die moeilijk doen. Onbevooroordeeld kijken is daarom heel belangrijk (Oude-Egberink, Wijnhoud, & Rijnsoever, 2012).

De omgang met borderline patiënten kan erg veel inspanning vergen van betrokkenen. Een van de belangrijke regels is het stellen van grenzen. Door het gebrek aan regels dat is ontstaan kan het borderline gedrag en daarmee ook de relatie in chaos uitmonden. Belangrijk is dus het aangeven en aanhouden van dezelfde regels en grenzen. Er wordt ook benoemd dat het erg belangrijk is de vraag te blijven stellen; is dit normaal gedrag? (Krook, 2012). Het is goed om duidelijk aan te geven waarvoor de persoon met borderline wel en niet bij gezinshuisouders terecht kan en daarbij de gestelde grenzen ook aan te houden. Voor de ouder geeft dit duidelijkheid en betrouwbaarheid (Dercksen & Haven, 2004). Ook duidelijk taalgebruik is van belang. Woorden als 'ja, want' of 'ja, maar' kunnen als onduidelijk worden ervaren, er wordt ruimte overgelaten. Door ook hierin duidelijkheid te bieden wordt er minder angst opgeroepen bij de persoon met borderline (Krook, 2012).

In veel situaties worden gestelde grenzen niet gehandhaafd. Dit kan verschillende redenen hebben, zoals angst, medelijden, schuld en boosheid of een combinatie hiervan. Hierdoor is grenzen aangeven bij iemand met borderline erg moeilijk en het vasthouden aan deze grenzen vaak nog moeilijker (Krook, 2012). Belangrijk is dat mensen zich bewust zijn van waar hun grenzen liggen. Niet om het gedrag van de ander te beoordelen, maar omdat de eigen gevoelens ook belangrijk zijn (Mason & Kreger, 2011). Op deze manier hanteert men duidelijk de eigen grenzen en roept dit minder angst op bij de persoon met borderline (Krook, 2012). Afstand nemen is niet verkeerd. Afstand nemen zorgt ervoor dat men in staat gesteld wordt zich aan de nadelige effecten van borderline te onttrekken en op een realistische en objectieve manier de feiten te kunnen zien (Mason & Kreger, 2011). Afstand houden betekent niet dat het contact niet aangegaan moet worden. Voor mensen met borderline is contact belangrijk, (professionele) nabijheid is helpend voor hen (Oude-Egberink, Wijnhoud, & Rijnsoever, 2012). Een andere richtlijn op het gebied van relaties onderhouden is het laten van de verantwoordelijkheid waar deze behoort te zijn. Hiermee wordt duidelijk gemaakt dat borderline gedrag erg star kan zijn en dus moeilijk veranderd kan worden. Personen met borderline zullen dan ook moet leren van hun eigen gedrag en de daarbij horende consequenties. Gedrag zal waarschijnlijk niet veranderen op het moment dat de ander geneigd is problemen op te lossen om bijvoorbeeld emotionele redenen (Krook, 2012). Daarbij is het belangrijk dat betrokkenen eerst goed voor zichzelf zorgen, omgaan met iemand met borderline lukt niet als de ander te moe of te afwezig is (Kreger, 2010).

Voor een ouder met borderline kan het goed zijn als de gezinshuisouders onbevooroordeeld in het contact zijn. Voor gezinshuisouders is het dan belangrijk om grenzen te stellen en zich hier ook aan te houden. Het is goed om duidelijk aan te geven waarvoor de ouder met borderline wel en niet bij gezinshuisouders terecht kan en daarbij de gestelde grenzen ook aan te houden. In het contact zouden ze erop kunnen letten dat ze professionele nabijheid tonen en daarbij hun eigen grenzen bewaken.

4.4. Depressie

4.4.1. Algemene informatie

Een depressie kenmerkt zich door een sombere stemming, die weken of maanden steeds aanwezig is en die gepaard gaat met afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten (Pieters,

Gooskens, & Wakeren, 2009). Wanneer er sprake is van een matig ernstige of ernstige depressie, is er sprake van een synchroniciteit tussen klachten en het functioneren op verschillende levensgebieden (privé, werk, sociaal, etc). Hoe ernstiger de klachten, des te ernstiger zijn de beperkingen in het functioneren op die levensgebieden (Smeets, 2005). De voornaamste symptomen van een depressie zijn een sombere stemming en lusteloosheid gedurende (bijna) de gehele dag, vermindering van interesse en plezierbeleving, vermoeidheid en verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid, inadequate schuldgevoelens en wanhoop en gedachten over zelfmoord (Pieters, Gooskens, & Wakeren, 2009). Sommige mensen met een depressie hebben de neiging zich te isoleren en daarbij slecht te communiceren (Oosterhout, 2005).

Bij een depressie kunnen cognitieve symptomen voorkomen. Deze symptomen houden in dat iemand met een depressie een verminderd vermogen tot nadenken heeft (Verhagen, 2000). Daarbij heeft iemand een verminderde concentratie en last van besluiteloosheid (Oosterhout, 2005). Daarnaast kunnen gedragsmatige symptomen optreden. Daarbij is er dan sprake van toename van bewegingen, waarbij iemand rusteloos is en veel beweegt of de bewegingen zijn juist verminderd of vertraagd. Dat kan zich ook uiten in trager en monotoon spreken (Verhagen, 2000). Kenmerken die vaak voorkomen bij een depressie zijn geremdheid, gebrek aan initiatief, teruggetrokkenheid en vermijding van sociale contacten (Blanken, 2012). Een depressie is soms te zien aan iemands gelaatsuitdrukking of manier van doen. Er is weinig oogcontact en de persoon spreekt monotoon. Vaak is te merken dat de ander langzamer denkt, spreekt en beweegt dan voorheen (Deth, 2017).

De impact van een depressie beperkt zich niet alleen tot het psychosociaal functioneren en de kwaliteit van leven van de persoon met een depressie, maar heeft ook gevolgen voor de betrokkenen, zoals het gezin eromheen. (Schene, Sabbe, & Spinhoven, 2016).

Wanneer gezinshuisouders te maken hebben met een ouder met een depressie kunnen zij merken dat de ouder kampt met een sombere stemming en alle gevolgen die daarbij horen. In het contact kunnen zij merken dat de ouder een verminderd vermogen tot nadenken heeft en een verminderde concentratie. In de samenwerking kan de ouder teruggetrokken zijn en weinig initiatief tonen.

4.4.2. Omgaan met depressie

Er zijn een aantal richtlijnen voor hulpverleners hoe er op een goede manier om kan worden gegaan met mensen met een depressie. Deze kunnen ook door gezinshuisouders gebruikt worden.

Allereerst zijn acceptatie en respect belangrijk. De ouder moet geaccepteerd worden als persoon en worden gerespecteerd in zijn of haar basale levensovertuigingen. Bepaalde gevoelens en gedragingen komen voort uit de depressie, maar de ouder is in werkelijkheid niet zo (Blanken, 2012). Iemand met een depressie is ziek, daar moet de ruimte voor zijn (Henderson, 2003). Een depressie is ernstig en moet serieus genomen worden (Stolk, 2017). Daarnaast zijn empathie en vertrouwelijkheid belangrijk. De gezinshuisouder mag laten zien dat hij of zij meeleeft met de ander, maar dan wel zonder zich te laten meeslepen door het gevoel van de depressie. Op die manier kan de ouder met de depressie zich veilig voelen, omdat er

wordt meegedeeld, maar merkt de ouder ook dat de gezinshuisouders ermee om kunnen gaan (Blanken, 2012). Grenzen stellen hoort daarbij. Niet alles wat de ouder doet moet geaccepteerd worden, wat niet goed is voor de ouder of de omgeving moet begrensd worden (Stolk, 2017). Als derde is echtheid een belangrijke houding. Echtheid houdt in dat de verbale en non-verbale uitdrukkingen met elkaar in overeenstemming zijn. Wanneer er een vraag wordt gesteld, wordt er ook echt geluisterd naar het antwoord en is in de houding te merken dat er oprechte interesse is (Blanken, 2012). Goede communicatie is belangrijk. Daarbij is het van belang om aandacht voor de ander te hebben en naar de ander te luisteren (Cuijpers, 1996). Een gesprek hoeft niet lang te duren, iemand met een depressie heeft een slechte concentratie (Stolk, 2017). Goed naar de ander luisteren houdt in dat iemand zich probeert te verplaatsen in de ander, om te begrijpen wat de ander denkt of voelt. Daarbij is het ook belangrijk openheid te geven over de eigen gedachten en gevoelens (Cuijpers, 1996).

Ook zijn transparantie en gelijkwaardigheid belangrijk. De gezinshuisouder mag laten merken dat hij of zij openstaat voor het verhaal, maar zorgt ook dat het duidelijk is wat de bedoelingen zijn. Wederzijdse verwachtingen en bedoelingen worden daarbij besproken (Blanken, 2012). Mensen met een depressie hebben vaak te maken met vermijdingsgedrag. Dit gedrag helpt om tijdelijk te ontsnappen aan pijnlijke situaties of gevoelens. Ook daarom is duidelijkheid en openheid belangrijk bij de omgang met een ouder met een depressie (Addis & Martell, 2008). Het is moeilijk voor anderen om zich te verplaatsen in een persoon met een depressie. De gevolgen daarvan kunnen onbegrip, verwarring, moedeloosheid en irritatie zijn. Het is belangrijk om te bedenken dat de ander hier niet voor kiest. Een depressie overkomt iemand (Deth, 2006). Wanneer iemand een depressie heeft, trekt diegene zich vaak terug. Iemand zit gevangen in een gevoel van hopeloosheid. Er is dan ook geen contact mogelijk, het lijkt alsof er een glazen wand tussen zit (Coene, Kok, & Kollaard, 2005). Er is geen snelle, makkelijke oplossing voor. Er moet niet van alles geprobeerd worden om de ander uit de situatie te halen, de ander reageert daar waarschijnlijk traag op of reageert helemaal niet. Het levert alleen maar irritatie op en voor de ander versterkt dit het gevoel dat diegene niet begrepen wordt (Deth, 2006). Een depressie kan niet weggepraat worden, dit werkt meestal averechts (Dercksen & Haven, 2004). Veroordeel de gedachten en gevoelens van de ander niet, ga er niet over in discussie, maar laat weten dat anderen er op een andere manier tegenaan kijken. Probeer de ander niet op te vrolijken met goedbedoelde adviezen of argumenten, meestal werkt dit juist averechts. Probeer depressieve gedragingen te negeren en niet-depressieve gedragingen te stimuleren. Wees blij met kleine stapjes (Deth, 2006).

Voor de ouder is het belangrijk om geaccepteerd te worden als persoon en te worden gerespecteerd in zijn of haar basale levensovertuigingen. Voor de gezinshuisouder kan het goed zijn om zich te beseffen dat depressie geen keuze is en dat er geen gemakkelijke oplossing is. De gezinshuisouder mag laten zien dat hij of zij meeleeft met de ouder, maar dan wel zonder zich te laten meeslepen door het gevoel van de depressie. Daarbij kan de gezinshuisouder laten merken dat hij of zij openstaat voor het verhaal, maar ook zorgt dat het duidelijk is wat de bedoelingen zijn.

4.5. Schizofrenie

4.5.1. Algemene informatie

Schizofrenie wordt onder de psychotische stoornissen geplaatst. Psychotische stoornissen worden gekenmerkt door een (ernstige) verstoring van de realiteit. Daarbij gaan de eenheid van denken, voelen, willen en handelen verloren (Bolster, Rooijackers, & Bree, 2009). Schizofrenie kenmerkt zich voornamelijk door wanen, hallucinaties en gedesorganiseerd gedrag (Deth, 2017). Iemand met schizofrenie heeft te maken met psychotische episoden. Daarbij is er sprake van positieve en negatieve symptomen. De positieve symptomen houden in dat iemand te maken heeft met wanen, hallucinaties en verwardheid. De negatieve symptomen kunnen mentale uitputting, vertraging en vervlakking van de mimiek, emoties en sociale teruggetrokkenheid zijn (Blanken, 2012). De zorg betreffende schizofrenie is complex. Deze zorg moet op ieder individu weer op verschillende wijze worden verleend, omdat schizofrenie bij ieder individu weer anders is (Meijel, 2006).

Voor mensen die zelf schizofrenie hebben zijn de wanen moeilijk te herkennen, vaak ziet de omgeving deze eerder dan de persoon zelf (Boomstra, 2008). Wanen houden in dat iemand overtuigingen heeft die niet berusten op de werkelijkheid. Naast wanen komen bij schizofrenie ook hallucinaties voor. Bij hallucinaties is er sprake van stoornissen in de waarneming op zintuiglijk gebied (Bolster, Rooijackers, & Bree, 2009).

Iemand met schizofrenie kan bij het eerste contact een normale indruk maken, maar vaak is het gedrag chaotisch, bizar (onwaarschijnlijk), geagiteerd of teruggetrokken. Contact leggen kan moeilijk zijn. Aan de ene kant wordt iemand belemmert door verwardheid en preoccupatie met de eigen binnenwereld, aan de andere kant lijkt de gebruikelijke gevoelswaarde in het contact te ontbreken (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008).

Een karakteristiek kenmerk voor schizofrenie is ook de affectieve afvlakking, dat houdt in dat iemands emotionele reacties zijn verminderd of verdwenen (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008). Affectieve vervlakking uit zich in verminderde emotionele gezichtsexpressie, oogcontact en intonatie. Iemand beschouwt zich als emotioneel leeg en is niet meer in staat om te genieten van activiteiten die voorheen wel plezier gaven (Deth, 2017). Tijdens een psychotische episode is het voeren van een gesprek moeilijk tot onmogelijk, omdat iemand gemakkelijk afdwaalt en zich vaak niet lang kan concentreren. Daardoor kunnen er ook geheugenproblemen ontstaan (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008).

Het spreken van iemand met schizofrenie is afwijkend. Iemand kan onverklaarbare zinnen gebruiken die moeilijk te volgen zijn, moeilijk te volgen gedachtesprongen hebben, onlogisch antwoorden op een vraag en spreken met neologismen. Denkstoornissen worden als de oorzaak van deze spraakstoornissen genoemd (Gampe & Sotiriadis, 2014). Het denken is verward en incoherent, waardoor de gedachtegang moeilijk te volgen is voor anderen (Bolster, Rooijackers, & Bree, 2009). Het lijkt bij schizofrenie alsof de automatische piloot, waarmee anderen in hun dagelijks leven de koers uitstippelen, niet goed meer functioneert. Daarbij speelt de automatiek van de hersenen een belangrijke rol. Door die automatiek kan men zichzelf ongemerkt sturen in het dagelijks leven, zichzelf bewegen, reageren op anderen en dat zonder dat men er bewust bij na moet denken (Wunderink, 2006). Bij mensen met schizofrenie is er sprake van een disfunctie in de hersenen. Waarschijnlijk spelen defecten binnen het

neurotransmittersysteem mee, maar er is nog meer onderzoek voor nodig voordat dit met zekerheid gezegd kan worden (Tsuang & Faraone, 2005).

Wanneer iemand schizofrenie heeft, slaagt diegene er minder goed in om zonder nadenken te reageren op anderen, terwijl meer dan de helft van onze communicatie op die manier verloopt. Daardoor ontstaat er een gebrek aan afstemming op andere mensen. Stroefheid in het contact plaatst iemand met schizofrenie in een uitzonderingspositie. Als gevolg van problemen in de omgang met andere mensen leven veel mensen met schizofrenie een solitair bestaan, terwijl sociale contacten wel van belang zijn (Wunderink, 2006).

Wanneer een ouder met schizofrenie te maken heeft met wanen kan het voorkomen dat de ouder deze zelf niet herkent, maar de gezinshuisouders wel. De ouder heeft dan te maken met overtuigingen die niet berusten op de werkelijkheid. In het contact kan een gesprek voeren moeilijk zijn, omdat de ouder zich niet goed kan concentreren, het spreken afwijkend kan zijn en de ouder te maken kan hebben met denkstoornissen.

4.5.2. Omgaan met schizofrenie

In de omgang met iemand met schizofrenie is het van belang dat de wanen en hallucinaties niet als onzin worden afgedaan. Ga niet mee in de wanen en ingebeelde waarnemingen, maar ga er ook niet tegenin. Een discussie over wat wel of niet gezien of beleefd wordt levert vaak alleen irritatie op. Het is beter om iets te zeggen als: 'Vervelend dat je die dingen ziet/denkt, ik heb een andere ervaring.' (Deth, 2006). Voor iemand met schizofrenie zijn de wanen en hallucinaties de werkelijkheid, daarom is het niet goed deze weg te praten (Dercksen & Haven, 2004).

Mensen met schizofrenie kunnen minder snel denken en hebben moeite zich te concentreren. Gebruik daarom korte en duidelijke zinnen, wees concreet en consequent.

Begrip hebben voor iemand kan al heel helpend zijn. Belangrijk is daarbij wel om niet te betuttelend en overbezorgd te worden (Deth, 2006). Heb geen hoge verwachtingen, verwacht geen initiatief en enthousiasme. Besef dat het puur uitvoeren van opdrachten voor de ander waardevol is. Het uitvoeren van opdrachten geeft structuur en zal verdere inactiviteit of het wegzakken in een psychose vermijden. En voor de ander geeft het voldoening een opdracht uit te voeren. Leg dingen rustig en geduldig uit en vraag tussendoor of de ander het begrepen heeft (Weevers, 2009).

Voor mensen met schizofrenie is het fijn dat het aantal prikkels beperkt wordt, maar dat houdt geen volledig isolement in (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2006). Sociaal functioneren is een van de belangrijkste factoren om de kwaliteit van leven te bevorderen. Een positief sociaal functioneren zorgt voor een afname van de symptomen, waardoor de kwaliteit van leven toeneemt en het aantal opnames afneemt (Hert, Talent, & Bervoets, 2009)

Teveel indrukken dreigen tot overspoeling, omdat die indrukken niet verwerkt kunnen worden, maar te weinig indrukken kunnen leiden tot een ervaring van hallucinaties en angstige gedachten. Mensen voelen zich het beste bij een gedoseerd en gecontroleerd niveau van stimulatie (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008).

Er zijn een aantal valkuilen waar op gelet moet worden. De eerste is een te grote rol spelen, waarbij de persoon met schizofrenie alles uit handen wordt genomen en voor diegene wordt

opgelost. Door alles op te lossen wordt de ander klein gehouden, de kansen iets zelf te leren worden de ander zo ontnomen (Kollaard, 2009). Zelfstandigheid is belangrijk om mee te kunnen doen in de samenleving. Bij schizofrenie is het bereiken van deze zelfstandigheid belangrijk om aan te werken (Hert, Talent, & Bervoets, 2009). Daarnaast is het belangrijk te denken aan de eigen grenzen, het gebeurt snel dat iemand zijn eigen grenzen negeert om de lieve vrede te bewaren en altijd voor de ander klaar te staan (Kollaard, 2009). Stigmatisering is ook een valkuil. Stigmatisering zorgt voor een barrière in de maatschappelijke participatie van mensen met schizofrenie (Ewijk, 2010). Daardoor leveren stigma en taboe een bijdrage aan het isolement waar veel mensen met schizofrenie en hun naastbetrokkenen in terecht komen (Kollaard, 2009). Het isolement ontstaat doordat stigma sociale ongelijkheid tot gevolg heeft, er wordt onderscheid gemaakt in wat door de maatschappij normaal en anders wordt gevonden. Door stigma wordt er een grens getrokken tussen wij en zij, waarbij degenen die anders zijn worden vermeden (Goei, Plooy, & Weeghel, 2006). Probeer het taboe en stigma bespreekbaar te maken. Het is belangrijk dat men zich ervan bewust is welke rol men speelt en wat men kan. Laat de verantwoordelijkheid bij degene bij wie die hoort. Stel duidelijke grenzen. Deze grenzen zorgen ervoor dat draagkracht en draaglast in evenwicht blijven (Kollaard, 2009).

In de samenwerking tussen een ouder met schizofrenie en gezinshuisouders kan het van belang zijn dat gezinshuisouders wanen en hallucinaties niet wegpraten, maar hier ook niet in meegaan. Het kan dan beter zijn om iets te zeggen als: 'Vervelend dat je die dingen ziet/denkt, ik heb een andere ervaring'. Omdat een ouder met schizofrenie moeite kan hebben met de concentratie kan het goed zijn dat gezinshuisouders dingen rustig en geduldig uitleggen, tussendoor vragen of de ouder het begrepen heeft en korte en duidelijke zinnen gebruiken. Voor gezinshuisouders kan het daarnaast van belang zijn te letten op de grenzen van zowel de ouder als die van henzelf.

Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat psychiatrische problematieken invloed kunnen hebben op het contact. De psychiatrische problematieken van ouders kunnen van invloed zijn op het contact en de samenwerking met gezinshuisouders. Deze invloed kan gevolgen hebben voor de samenwerking tussen ouders en gezinshuisouders. Van belang is dan dat gezinshuisouders weten hoe ze hier op een zo goed mogelijke manier mee om kunnen gaan om de samenwerking op een constructieve wijze te laten verlopen.

Hoofdstuk 5. Resultaten deelvraag 2

Welke aanwijzingen zijn er in de praktijk te vinden over het bevorderen van de samenwerkingsrelatie tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek?

Om tot een antwoord te komen op deze deelvraag zijn er acht gezinshuisouders geïnterviewd. Deze gezinshuisouders hebben allemaal ervaring met de samenwerking met ouders met psychiatrische problematiek en hebben hun ervaringen gedeeld. De vragen die bij de interviews zijn gesteld zijn verdeeld in de kernlabels (zie bijlage 4). Ter inleiding van dit hoofdstuk worden hieronder de verschillende kernlabels met bijbehorende labels beschreven. Daarna zullen de uitkomsten van de interviews besproken worden.

Kernlabel	Bijbehorende labels
Psychiatrische problematiek bij ouders	autisme, ADD, borderline, depressie, bipolaire stoornis, narcisme, schuldenproblematiek, verslavingsproblematiek, verstandelijke beperking en combinatie.
Gedrag ouders	Onberekenbaar, empathie, oneerlijkheid, teruggetrokken, niet flexibel, wantrouwen, grens opzoeken, boosheid en machteloosheid.
Werkend	Goed willen doen, betrokkenheid, serieus nemen, duidelijkheid, vriendelijk, tijd en negatief bepraten.
Niet werkend	Beter weten en kind voorop.
Voogd	In de weg en weghouden bij ouders.
Ervaring	Ervaring en waardevol.
Handvatten	Dag met sprekers, persoonlijk, niet nodig, zelf verdiepen en aanbod.
Nodig hebben	Begeleiding ouders, op de hoogte, dragen en verdragen, objectiever.

Psychiatrische problematiek bij ouders

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis werd door bijna alle respondenten genoemd als veel voorkomende psychiatrische stoornis bij de ouders (GHOM 1.1 ; GHOM 2.8 ; GHOR 3.1 ; GHOL 4.4 ; GHOL 4.7 ; GHOM 5.1 ; GHOV 6.2 ; GHOH 8.1). Door vier van de acht respondenten werd autismespectrumstoornis genoemd (GHOR 3.3 ; GHOL 4.5 ; GHOM 5.3 ; GHOA 7.1). Vier van de acht gezinshuisouders heeft te maken met ouders met verslavingsproblematiek (GHOM 1.3 ; GHOM 2.8 ; GHOR 3.7 ; GHOL 4.2) of ouders die een combinatie van psychiatrische problematiek (GHOL 4.1) en verslavingsproblematiek (GHOL 4.6) hebben. Vier gezinshuisouders noemen dat ze te maken hebben met ouders met een verstandelijke beperking (GHOL 4.3 ; GHOV 6.3 ; GHOA 7.3 ; GHOH 8.2). Verder worden ook ADD (GHOR 3.2), depressie (GHOV 6.3), bipolaire stoornis (GHOM 5.2 ; GHOH 8.4), narcisme (GHOH 8.3) en schuldenproblematiek (GHOA 7.2) genoemd.

Gedrag

Het gedrag dat het meeste naar voren komt is onberekenbaarheid van ouders (GHOM 1.2 ; GHOM 1.6 ; GHOM 2. ; GHOM 2.15 ; GHOM 2.16 ; GHOV 2.18 ; GHOV 2.20 ; GHOV 2.36 ;

GHOR 3.18 ; GHOR 3.56 ; GHOV 6.7 ; GHOV 6.12 ; GHOH 8.7 ; GHOH 8.11). Andere gezinshuisouders gebruikten de woorden onvoorspelbaarheid, wisselend gedrag en wisselend reageren (GHOM 1.2 ; GHOM 2.16 ; GHOH 8.11).

Ook kunnen ouders moeite hebben met het inleven in anderen. (GHOA 7.4 ; GHOH 8.6 ; GHOH 8.16). **Een gevolg daarvan is onder andere** dat ze machteloos zijn als het gaat om hun kind (GHOR 3.12 ; GHOR 3.17 ; GHOR 3.24 ; GHOA 7.5). Een andere gezinshuisouder gebruikte de termen niet empathisch en gebrek aan empathisch vermogen (GHOH 8.6 ; GHOH 8.16).

Een aantal gezinshuisouders hebben genoemd dat ze te maken hebben met oneerlijkheid, waarbij ouders zich mooier voordoen (GHOM 1.21 ; GHOM 2.39), liegen (GHOM 2.37 ; GHOM 2.38 ; GHOV 2.40) en achter iemands rug om andere dingen zeggen of doen (GHOM 5.10 ; GHOM 5.21 ; GHOH 8.12). Ook zijn veel ouders wantrouwend richting de gezinshuisouders en verdere hulpverleners (GHOM 1.20 ; GHOM 1.22 ; GHOV 2.41 ; GHOR 3.14 ; GHOR 3.15 ; GHOR 3.23 ; GHOV 6.4). Ouders zoeken de grens op (GHOV 2.12 ; GHOL 4.14 ; GHOM 5.11 ; GHOV 6.5) en gezinshuisouders hebben te maken met boosheid van ouders (GHOR 3.22 ; GHOL 4.28 ; GHOL 4.33 ; GHOH 8.13 ; GHOH 8.15 ; GHOH 8.17). Ouders zijn niet flexibel (GHOV 2.11 ; GHOM 5.7). **Dat is onder andere te merken** wanneer een afspraak niet door kan gaan (GHOL 4.15 ; GHOL 4.16). Verder zijn ouders afwachtend (GHOM 1.19) en teruggetrokken (GHOV 6.15).

Nodig in een goed contact

Gezinshuisouders noemen dat ouders betrekken (GHOR 3.20 ; GHOL 4.37 ; GHOL 4.38 ; GHOM 5.13), respecteren en waarderen, samen opwerken en hen serieus nemen (GHOM 1.8 ; GHOM 1.16 ; GHOH 8.14 ; GHOR 3.20) belangrijk zijn voor een goed contact.

'Als ik de kinderen naar bed breng, dan bidden we altijd met de kinderen en ik bid ook altijd voor die ouders. Altijd, elke dag.' (GHOV 2.51)

Maar ook duidelijkheid (GHOL 4.19 ; GHOL 4.21 ; GHOL 4.22 ; GHOV 6.13) en lijnen aangeven (GHOM 1.11 ; GHOL 1.14 ; GHOL 4.34) **zijn nodig voor een goed contact**. Daarnaast worden ook tijd en geduld (GHOV 6.17 ; GHOV 6.21) en een relatie opbouwen (GHOV 6.16) **met ouders beschouwd als helpend in het contact met ouders**.

In de communicatie worden niet negatief praten (GHOM 2.31 ; GHOM 2.48) en vriendelijk zijn (GHOM 2.33) als helpend benoemd.

Niet werkend

Vanuit gezinshuisouders wordt het beter willen weten dan de ouder (GHOM 1.15 ; GHOH 8.20 ; GHOH 8.21) als niet werkend benoemd. Voorop moet staan dat het om het kind gaat (GHOM 2.28 ; GHOL 4.29 ; GHOL 4.30 ; GHOL 4.35 ; GHOL 4.36 ; GHOM 5.6 ; GHOV 6.9). **Ook is ouders buiten de deur houden (GHOV 6.18), of een zakelijk (GHOV 6.19) of afstandelijk contact (GHOV 6.20) onderhouden niet werkend**.

Door een aantal gezinshuisouders wordt genoemd dat er vanuit de voogd (GHOR 3.34 ; GHOR 3.35 ; GHOR 3.36) invloed is, waarbij de voogd in de weg staat. Daarbij komt ook voor dat kinderen worden weggehouden bij hun ouders (GHOL 4.39 ; GHOL 4.40).

Soms vormen ouders en jongeren een bondje (GHOM 1.17) waardoor het fout gaat. Genoemd wordt dat je sommige dingen ook gewoon niet aan ouders kunt toevertrouwen of aan ze overlaten, omdat ze het niet kunnen (GHOV 2.25). Ouders hebben gedysfunctioneerd in het leven van hun kind (GHOV 2.27), maar zien zelf niet waarom hun kind uit huis is geplaatst (GHOM 2.26). Vanuit ouders is er strijd (GHOL 4.25), die je als gezinshuisouder moet begrijpen. Om deze strijd te begrijpen moet je het op jezelf toepassen, wat je zelf zou doen als je kind afgepakt zou worden.

'Dat je het op jezelf toepast om te zeggen van oké, wat zou mijn gevoel en gedachten zijn als mijn kind afgepakt werd?' (GHOL 4.26)

Ervaring

Een aantal gezinshuisouders hebben al langere ervaring. Deze ervaring hebben ze opgedaan binnen de jeugdzorg (GHOM 1.30), de psychiatrie (GHOR 3.37), door opleidingen te doen (GHOM 5.19) en ervaring die ze door de jaren heen hebben opgedaan (GHOA 7.24). Deze ervaring wordt als voordeel (GHOR 3.51) en waardevol (GHOR 3.53) ervaren. Een van de gezinshuisouders noemt dat ze veel baat heeft (GHOR 3.40) bij deze ervaring en dat de kennis wel meegenomen (GHOR 3.42) en een mooie aanvulling (GHOR 3.57) is.

Handvatten voor gezinshuisouders

Een aantal gezinshuisouders noemen dat handvatten niet echt nodig zijn (GHOR 3.45), onder andere omdat ze intussen al zoveel ervaring hebben opgebouwd (GHOL 4.45) dat bijna niets meer nieuw is.

Door vier gezinshuisouders wordt genoemd dat jezelf verdiepen (GHOL 4.43 ; GHOL 4.46 ; GHOL 4.51), zelf op zoek gaan (GHOR 3.46 ; GHOR 3.47 ; GHOM 5.18) en inlezen (GHOV 6.24) van belang zijn als het gaat om handvatten die worden aangereikt.

'Ik vind ook wel, als je daar niets vindt, ga dan zelf op zoek naar iets wat je nodig hebt.' (GHOR 3.46)

Ook door organisaties worden handvatten aangeboden (GHOR 3.48 ; GHOR 3.49 ; GHOA 7.18), zoals een cursuspakket (GHOL 4.44), bijeenkomsten (GHOL 4.47), bijscholing (GHOA 7.17), een intervisiegroep (GHOA 7.18) of opleiding (GHOA 7.23).

Wat gezinshuisouders nog nodig hebben is op de hoogte zijn van de problematiek van ouders (GHOA 7.20) om de relatie te verbeteren. Daarnaast kunnen ze mensen nodig hebben die wat objectiever zijn en ook de pijnpunten van gezinshuisouders kunnen zien (GHOH 8.23). Voor ouders (en indirect ook de gezinshuisouders) zou het helpend kunnen zijn als er voor hen begeleiding komt (GHOM 5.20) tijdens en na de uithuisplaatsing.

Conclusie deelvraag 2

Op basis van praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat er onder ouders verschillende psychiatrische problematieken voorkomen, en dan met name borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Veelvoorkomend gedrag is dat ouders onberekenbaar

kunnen zijn. Daarnaast kunnen ouders moeite hebben met het inleven in anderen, ze kunnen oneerlijk zijn en de grenzen opzoeken. Om een constructieve samenwerking tot stand te laten komen is het helpend wanneer ouders betrokken, gerespecteerd en serieus genomen worden. Daarnaast zijn duidelijkheid en rechtlijnigheid belangrijk om een goed contact met ouders te onderhouden. Niet werkend is het wanneer gezinshuisouders het beter denken te weten dan de ouders of wanneer ouders buiten worden gehouden. Het belang van het kind moet voorop staan.

Ervaring binnen de hulpverlening kan van waarde zijn in het contact met ouders. Daardoor hebben sommige gezinshuisouders al veel kennis opgedaan en hebben ze minder handvatten nodig vanuit organisaties. Voor gezinshuisouders is het belangrijk om zichzelf te verdiepen en zelf op zoek te gaan naar kennis die nodig is om een goed contact met ouders te kunnen onderhouden. Organisaties bieden verschillende handvatten aan, waar gezinshuisouders ook gebruik van maken.

Hoofdstuk 6. Resultaten deelvraag 3

Op welke manier kunnen gezinshuisouders verder geprofessionaliseerd worden in hun kennis en vaardigheden wat betreft psychiatrische problematiek?

Om gezinshuisouders verder te professionaliseren in hun kennis en vaardigheden wordt er een training ontwikkeld die ingezet kan worden bij de scholing voor gezinshuisouders. Bij deze training wordt gebruikt gemaakt van forumtheater.

De gehele uitwerking van het beroepsproduct is te vinden in bijlage 3.

Waarom theater

Aan gezinshuisouders is de vraag gesteld wat zij nog nodig zouden kunnen hebben om de samenwerking met ouders met psychiatrische problematiek te verbeteren. Daarop werden een aantal verschillende punten genoemd. Het is belangrijk om je als gezinshuisouder te verdiepen in de problematiek van de ouder (GHOL 4.51) en op de hoogte te zijn van hun problematiek (GHOA 7.20). Door de privacywet krijgen gezinshuisouders niet altijd informatie over de problematiek van de ouders. Het beroepsproduct kan hen deze informatie ook niet verschaffen, maar kan wel inspelen op het gedrag dat gezinshuisouders tegen kunnen komen bij ouders. Dit gedrag kan het symptoom of het gevolg zijn van de problematieken zijn waar de ouders mee te maken hebben. Wanneer gezinshuisouders dit gedrag kunnen herkennen, kunnen ze ook leren hiermee om te gaan en in te spelen op wat de ouders nodig hebben.

Door een gezinshuisouder is genoemd dat professioneel opvoeders begrip zouden moeten opbrengen voor de ouders (GHOL 4.48). Je moet proberen je te verplaatsen in de ouder (GHOV 2.35).

Het beroepsproduct kan gericht worden op verdieping in de problematiek van ouders en begrip opbrengen voor ouders, door gezinshuisouders zich te laten verplaatsen in de ouder. Daarbij wordt er een scholing ontwikkeld, waarbij het beroepsproduct ingezet kan worden als training. Deze training moet kennis over psychiatrische problematiek bij ouders overbrengen en begrip voor de ouders opleveren bij gezinshuisouders. In overleg met de opdrachtgever is ervoor gekozen dit in een vorm van theater te verwerken.

In het literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat voor een constructieve samenwerking grenzen bewaakt moeten worden, maar meeleven en begrip hebben voor de ouder ook nodig zijn. Door middel van theater kunnen gezinshuisouders oefenen met grenzen stellen, maar kunnen ze ook in de rol van de ouder voelen hoe de ouder zich voelt en op die manier ook meeleven en begrip krijgen voor de ouder.

Bij theater wordt ervaringsgericht leren ingezet, wat aansluit bij het begrip voor ouders creëren en kennis over hun problematiek over te brengen. Het gebruik van drama heeft een aantal functies. Een daarvan is dat drama de persoonlijkheid kan vormen. Dit houdt in dat drama gebruikt kan worden om sociaal gedrag, inlevingsvermogen en uitdrukingsvaardigheid te ontwikkelen. Daarnaast kan drama een educatieve functie hebben. Hierbij wordt drama ingezet om iets uit te leggen, te onderzoeken of te verwerken (Pijper, 2004).

Door gebruik te maken van uitbeelden zijn beelden van bepaalde situaties te zien. Door het publiek in te laten springen en het beeld te laten veranderen komen er nieuwe inzichten tot stand (Bender & Boer, 2013).

Forumtheater

Naar aanleiding van het expertinterview is ervoor gekozen een training te ontwikkelen aan de hand van het forumtheater (EXP 1.6).

Het forumtheater (Theater of the Oppressed) is ontwikkeld door de Braziliaan Augusto Boal. In de jaren '60 had Brazilië te maken met grote onrust en instabiliteit op zowel sociaal als economisch en bestuurlijk gebied. Boal probeerde voor democratie een podium te creëren en zo werd de basis voor het forumtheater gelegd (Melse, 2012).

Boal wilde een theatervorm creëren waarbij mensen actief meedoen en ze de realiteit waarin ze leven ontdekken, laten zien, analyseren en transformeren (Midha, 2010). Het forumtheater gaat over een onderdrukking, waarbij eraan gewerkt wordt om deze onderdrukking op te heffen (EXP 1.7). Forumtheater is een interactieve theatermethode (Burgoyne, Placier, & Thomas, 2007). Het publiek gaat van een passieve toeschouwer naar een actieve deelnemer. Er wordt een voorstelling gespeeld rondom een sociaal probleem. Deelnemers kunnen inspringen om alternatieven uit te spelen en op deze manier gezamenlijk een oplossing te vinden voor het probleem (Melse, 2012). Deelnemers geven zelf richting aan hun proces en vullen deze in op hun manier (Opdebeeck, 2014).

Beroepsproduct

Het beroepsproduct dat ontwikkeld wordt, is bedoeld om in te zetten bij een scholing voor gezinshuisouders. Door gebruik te maken van theater oefenen de gezinshuisouders met situaties die ze in het dagelijks leven tegen kunnen komen en leren ze hoe ze daarmee om kunnen gaan.

De gezinshuisouders krijgen een casus die ze gaan uitspelen. Een van de gezinshuisouders speelt samen met een trainingsacteur een casus uit. De gezinshuisouder heeft hierbij de rol van de gezinshuisouder, de trainingsacteur speelt de rol van de ouder. Een trainingsacteur wordt ingezet, omdat het spel tussendoor gestopt wordt. Trainingsacteurs zijn geschoold om te kunnen schakelen, gedrag uit te spelen en te vertellen wat iets met hen doet (EXP 1.56). Omdat het spel tussendoor wordt stopgezet is het van belang dat de acteur kan schakelen en op een bepaald punt het spel weer kan voortzetten. Andere gezinshuisouders mogen inspringen in het spel, wanneer ze de situatie op een andere manier zouden oplossen of wanneer ze willen dat er iets anders gebeurt. Wanneer een gezinshuisouder in wil springen, klapt hij/zij in de handen. Het spel wordt dan stopgezet en de gezinshuisouder neemt de rol van de ander over en zet het spel voort. Zo werken gezinshuisouders samen tot een oplossing van het probleem dat in de casus beschreven staat te komen.

De spelleider kan het spel tussendoor stopzetten om te evalueren wat er gebeurt in het spel. Op die manier wordt er gebruikt gemaakt van intervisie om te begrijpen wat er bij de ander gebeurt. Er zijn een aantal casussen uitgewerkt die gebruikt kunnen worden. Gezinshuisouders mogen ook een eigen casus inbrengen. De uitgewerkte casussen fungeren dan als voorbeeld hoe een casus uitgewerkt moet worden om deze te kunnen gebruiken.

De casussen zijn aan de hand van het onderzoek uitgewerkt. Veelvoorkomend gedrag bij de verschillende psychiatrische stoornissen wordt verwerkt in de casussen om realistische rollen neer te zetten met gedrag dat gezinshuisouders in het contact met ouders met psychiatrische problematiek tegen kunnen komen. Op deze manier wordt de kennis uit het onderzoek gebruikt in de scholing. Gezinshuisouders gaan op zoek naar een goede manier van omgaan met ouders met psychiatrische problematiek, wat ook een deel van het onderzoek is.

Doel

Het doel van deze training is dat gezinshuisouders door het gebruik van theater situaties die ze tegen kunnen komen kunnen oefenen door deze uit te spelen. Door samen naar een oplossing te werken wordt er nagedacht over een goede manier van omgaan met de ouders. Daarbij kunnen gezinshuisouders ook de rol van een ouder spelen, waarbij ze gaan ervaren wat er bij een ouder gebeurt wanneer deze op een bepaalde manier wordt benaderd. Op die manier wordt begrip gecreëerd voor de ouder en gaan gezinshuisouders de ouder beter begrijpen (EXP 1.18). Gezinshuisouders gaan in het spel zoeken naar andere manieren van omgaan met ouders. Door tussendoor het spel stop te zetten en het gesprek aan te gaan over wat er gebeurt, wordt er gebruikt gemaakt van intervisie.

Implementatie

Naar aanleiding van de onderzoeken van het lectoraat Jeugd en Gezin zal er een scholing worden ontwikkeld voor gezinshuisouders. Daarin zal deze training ook worden opgenomen. Verdere implementatie is onduidelijk. De reden hiervoor is dat de implementatie van de gehele scholing nog niet opgesteld is en de training hier onderdeel van uitmaakt. Aan het geven van deze training zijn een aantal eisen verbonden (zie bijlage 3). Een docent moet kennis hebben van het forumtheater, moet veiligheid kunnen creëren en moet durven interveniëren. Een dramadocent zou hier geschikt voor kunnen zijn, aangezien die de kennis van theater heeft en vaardigheden heeft in het volgen en stopzetten van het spel. De docent en trainingsacteur moeten worden betaald, die kosten gaan naar de school of organisatie die de scholing geeft. Van het geld dat zij ontvangen voor de scholing die gegeven wordt, kunnen de docent en trainingsacteur betaald worden. De handleiding en casussen worden overhandigd aan degene die de scholing organiseert en op die manier kan deze training dan onderdeel worden van de scholing. De gezinshuisouders die deelnemen aan de scholing krijgen ook deze training en kunnen gaan oefenen met de casussen.

Hoofdstuk 7. Conclusies en aanbevelingen

Hoe kunnen gezinshuisouders constructief samenwerken met ouders met psychiatrische problematiek?

7.1. Conclusie

Om antwoord te geven op de hoofdvraag is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van psychiatrische problematiek op de samenwerkingsrelatie tussen gezinshuisouders en ouders en wat er nodig is om tot een constructieve samenwerkingsrelatie te komen.

Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat psychiatrische stoornissen problemen in de communicatie tot gevolg hebben. Per stoornis komen er een aantal specifieke problemen naar voren, maar zijn er ook overeenkomsten.

Bij een autismespectrumstoornis heeft iemand problemen in de sociale omgang met anderen en in het begrijpen en aanvoelen van de interactie tussen mensen. Om de samenwerking te bevorderen is het van belang rekening te houden met het tempo van spreken, zo veel als mogelijk te zorgen voor een overzichtelijke en rustige omgeving. Daarnaast zijn routines en voorspelbaarheid van groot belang. Gezinshuisouders moeten de regie nemen, omdat iemand met een autismespectrumstoornis moeite heeft met het leiden van een gesprek, maar daarbij moet wel rekening gehouden worden met de grenzen van de ander.

Een bipolaire stoornis kenmerkt zich door depressieve, manische en hypomanische episoden. Sociale steun is van belang, maar hierbij moet geen sprake zijn van overmatige bezorgdheid. Het is van belang alert te zijn op de eerste kenmerken van een manische of hypomanische episode, deze bespreekbaar te maken en eventueel de behandelend hulpverlener in te lichten. Kenmerkend voor een borderlinepersoonlijkheidsstoornis is de instabiliteit, welke inhoudt dat het veel moeite en energie kost om een evenwicht op verschillende levensgebieden te behouden. Gezinshuisouders moeten duidelijke grenzen stellen en hierbij duidelijke taal gebruiken. Professionele nabijheid is van belang, waarbij gewaakt moet worden voor het behouden van gepaste afstand.

Bij een depressie heeft iemand te kampen met een sombere stemming. Acceptatie voor de ziekte en respect zijn hierbij van belang. Empathie kan van grote meerwaarde zijn, waarbij de gezinshuisouder zich niet moet laten meeslepen. Het uitspreken van wederzijdse verwachtingen kunnen helpend zijn in de samenwerkingsrelatie.

Schizofrenie kenmerkt zich voornamelijk door wanen, hallucinaties en gedesorganiseerd gedrag. Het wegpraten van deze wanen en hallucinaties is niet helpend, maar gezinshuisouders moeten er bewust van zijn hier niet in mee te gaan. Gezinshuisouders moeten concreet en consequent zijn, het aantal prikkels in de omgeving beperken en de eigen grenzen en die van de ander bewaren.

Van algemeen belang voor een constructieve samenwerking met een ouder met psychiatrische problematiek is het voor gezinshuisouders van belang dat grenzen bewaakt worden, waarbij duidelijke taal gebruikt wordt, maar wel empathie getoond wordt. Het bewerkstelligen van een omgeving met geringe prikkels is van overkoepelend belang voor verschillende stoornissen.

Uit het praktijkonderzoek zijn een aantal resultaten gekomen, waar de onderstaande conclusies uit getrokken kunnen worden. Zo is uit praktijkonderzoek gebleken dat gezinshuisouders met een aantal verschillende problematieken. Zo is borderline veel voorkomend en benoemen 4 van de 8 gezinshuisouders ook te maken te hebben met autisme, verslaving en (licht) verstandelijke beperking. Dit kan leiden tot verschillend gedrag. Zo worden de termen onberekenbaar, onvoorspelbaar en wisselend gedrag benoemd. Hetgeen dat als helpend ervaren wordt is het bieden van duidelijkheid, hierbij wordt ook het aangeven van grenzen en rechtlijnigheid benoemd. Ook wordt het respecteren en betrekken van ouders tijdens en bij de opvoeding van hun kind als helpend ervaren. Een constructieve samenwerking kan tijd en geduld vergen, het opbrengen hiervan is positief voor de samenwerkingsrelatie. Hetgeen dat als niet werkend wordt ervaren is het buiten houden van de ouders, ook het beter weten en overnemen van de ouderrol wordt als negatief beschouwd in het creëren van een constructieve samenwerking. Gezinshuisouders geven ook aan dat naast scholingen, eerder opgedane werkervaringen en intervisies het verdiepen in psychiatrische problematieken als helpend worden ervaren in het contact met deze groep ouders. Dit kunnen gezinshuisouders doen door middel van zelf onderzoek doen, maar ook door gebruik te maken van de verschillende handvatten die organisaties bieden.

Uit de resultaten van zowel de literatuur als de praktijk kan geconcludeerd worden dat er kansen zijn voor gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek om tot een constructieve samenwerkingsrelatie te komen. Uit onderzoek is gebleken dat er handvatten beschikbaar zijn voor gezinshuisouders, maar dat het aan de gezinshuisouder ligt of hier gebruik van gemaakt wordt. Door verschillende gezinshuisouders werd het als helpend ervaren om deze handvatten te benutten. De psychiatrische problematiek van de ouders hoeft geen obstakel te zijn in de samenwerking tussen gezinshuisouders en ouders, wanneer beide partijen zich in willen zetten voor het bestwil van het kind.

7.2. Aanbevelingen

Om tot de aanbevelingen te komen is er gedurende het onderzoek gekeken naar de behoeften van de verschillende betrokken partijen en naar de totaliteit van het onderzoek. Zo kan er gesteld worden dat gedurende het onderzoek de biologische ouders niet aan het woord zijn gekomen, terwijl zij wel onderdeel zijn van de samenwerking. Om die reden is een van de aanbevelingen dat er gesprekken met ouders gevoerd moeten worden om een zo volledig mogelijk onderzoek te krijgen. Daarnaast is voorafgaand aan het onderzoek de groep additieve ouders ingedeeld onder een tal van psychiatrische stoornissen op basis van voorgaand onderzoek. Echter werden door een tal van respondenten toch ook andere stoornissen benoemd, om deze reden is de aanbeveling betreffende doelgroep verbreding geschreven. De aanbeveling basisscholing psychiatrie komt voort uit de interviews met respondenten. Hieruit kwam veelvuldig naar voren dat de respondenten vaak zelf onderzoek deden naar stoornissen of bepaald gedrag. Omdat het vak van gezinshuisouder een specialistisch vak betreft zonder specifieke scholing wordt een basisscholing aanbevolen om samen te leren werken met deze specifieke doelgroep. Ook de aanbeveling van de kennisbank komt voort uit de interviews. Een tal van respondenten benoemt in de interviews veelvuldig zelf onderzoek te doen naar stoornissen of bepaald gedrag. Er is op de websites of bestaande kennisbanken echter weinig informatie te vinden betreffende stoornissen of gedrag. Om gezinshuisouders kostbare tijd te besparen kan een kennisbank betreffende psychiatrische problematiek binnen bestaande organisaties van meerwaarde zijn.

Gesprekken met ouders

Voor dit onderzoek zijn verschillende gezinshuisouders geïnterviewd over hun ervaringen betreffende de samenwerking met ouders met psychiatrische problematiek. Ook de ouders met psychiatrische problematiek moeten hierbij bevestigd worden, zodat ook hun kant van het verhaal belicht wordt. De samenwerking gaat tussen gezinshuisouders en ouders met psychiatrische problematiek, de ouders hebben hier ook een groot aandeel in en moeten daarom ook gehoord worden. Ook aan de ouders zou gevraagd moeten worden wat hun ervaringen zijn in de samenwerking met gezinshuisouders, waar zij tegenaan lopen, of zij belemmeringen ervaren door hun psychiatrische problematiek en wat zij nodig zouden kunnen hebben. Op die manier komen beide kanten naar voren en kan er ook ingespeeld worden op wat de ouders nodig hebben. De doelgroep ouders met psychiatrische problematiek kan moeilijk te benaderen zijn, omdat zij soms al zoveel hulpverleners hebben gehad dat zij niet meer de behoefte hebben om daar met anderen over te praten. Een aanbeveling hierbij is om ouders te bevragen die al een hulpverleningstraject hebben doorstaan of in behandeling zijn, omdat zij daarin hebben geleerd naar zichzelf te kijken en geleerd hebben te reflecteren op zichzelf. Deze ouders gaan uit eigen beweging naar een hulpverlener toe en zullen dan ook eerder openstaan voor gesprekken met anderen. Het is mogelijk dat de behoeften van deze ouders niet aansluiten bij de behoeften van gezinshuisouders. Daarin zal onderzocht moeten worden wat mogelijk is om behoeften van beide kanten mee te nemen om de samenwerking zo constructief mogelijk te laten verlopen. Door het bevragen van de ouders wordt er informatie verworven waar gezinshuisouders ook op in kunnen spelen. Op deze manier wordt een kant belicht waar gezinshuisouders en andere betrokkenen niet direct zicht op hebben. **Om deze**

reden wordt dan ook aanbevolen om een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren waarbij de onderzoekspopulatie bestaat uit biologische ouders in plaats van gezinshuisouders.

Doelgroep

Dit onderzoek heeft zich specifiek op ouders met psychiatrische problematiek gericht en dan met name autismespectrumstoornis, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis, depressie en schizofrenie. Naast deze problematiek zijn er nog meer problematieken waar ouders mee te maken hebben die invloed kunnen hebben op de samenwerking. Tijdens interviews kwamen ook meerdere keren verslavingsproblematiek of een (licht) verstandelijke beperking bij ouders naar voren. Omdat verslavingsproblematiek te breed was om mee te nemen in het onderzoek en een verstandelijke beperking niet bij de doelgroep psychiatrie behoort, zijn deze niet meegenomen in het onderzoek. Omdat beide problematieken wel voorkomen onder de ouders en deze ook werden genoemd door gezinshuisouders is het relevant om beide nog verder te onderzoeken. Daarbij is comorbiditeit niet ongebruikelijk binnen het kader van psychiatrische problematiek. Met name middelen gebruik en licht verstandelijke beperkingen zijn van grote invloed op gedragingen en uitingen. Door hier meer onderzoek naar te doen wordt er veel informatie verworven over gedragingen binnen de samenwerking tussen gezinshuis ouders en ouders met psychiatrische problematiek. Dit omdat de uitingen en gedragingen van deze ouders niet alleen voort komen uit hun stoornis, maar ook hun cognitieve niveau en eventuele afhankelijkheid van middelen. De aanbeveling is dat er verder onderzoek wordt gedaan naar de samenwerkingsrelatie tussen gezinshuisouders en biologische ouders die te maken hebben met afhankelijkheid van middelen en wanneer er sprake is van een licht verstandelijke beperking.

Basisscholing psychiatrie

Omdat veel beginnend gezinshuisouders weinig tot geen ervaring hebben met het werkveld van de psychiatrie is het van groot belang om hier in ieder geval een basisscholing voor te organiseren. In ons onderzoek is naar voren gekomen dat veel gezinshuis ouders rijk zijn geworden door schaamte en schand en zo hun weg hebben weten te vinden binnen het werkveld. Wij vinden dat veel conflicten in een eerder stadium voorkomen hadden kunnen worden, als hiervoor de juiste scholing beschikbaar was geweest. Verder vinden wij ook dat dergelijke trainingen verplicht moeten zijn voor beginnend gezinshuis ouders. Met deze basiskennis kan een deel van de conflicten of escalaties binnen de samenwerking met deze specifieke groep ouders worden voorkomen of in ieder geval beperkt. In situaties als deze kan er voor de betrokken kinderen een loyaliteitsconflict ontstaan dat niet ten goede is aan hun ontwikkeling. Verder kunnen ouders of gezinshuis ouders gekwetst of pijn gedaan worden en dit moeten we te allen tijde proberen te voorkomen. Omdat het beroep van gezinshuisouders erg specifiek is, maar er geen vereiste basisscholing is buiten de opleiding tot sociaal werker is een van de aanbevelingen dat deze basisscholing er komt. Ook de opleiding tot sociaal werker gaat niet specifiek in op het beroep van gezinshuisouder en om die reden is de aanbeveling dat overkoepelende organisaties een basisscholing in gaan stellen voor gezinshuisouders.

Kennisbank

Op verschillende websites is al een kennisbank aanwezig waar gezinshuis ouders kennis uit kunnen putten. Echter zijn hier weinig tot geen documenten beschikbaar over psychiatrische stoornissen of betreffende het contact met iemand die een psychiatrische stoornis heeft. Andere kennisbanken kunnen hier informatie over verstrekken, maar dit vergt vaak erg veel tijd. Om deze reden is het goed als overkoepelende organisaties van gezinshuizen hiervoor een eigen kennisbank oprichten waarin gezinshuis ouders gericht kunnen zoeken naar problematiek en hier dan direct handvatten kunnen vinden. Op deze manier kunnen gezinshuis ouders in een dringende situatie toch lichte ondersteuning ervaring die bepalend kan zijn in het contact met ouders of kinderen. Als deze ondersteunende vorm een escalatie kan voorkomen is het een directe meerwaarde. Dit dient gedaan te worden door overkoepelende organisaties van gezinshuizen om zo medewerkers te ondersteunen.

Forumtheater

In deelvraag 3 is een forumtheater uitgewerkt. Dit forumtheater kan toegepast worden in de basisscholing voor gezinshuis ouders, maar ook als bijscholing voor de samenwerking met een specifieke groep ouders. Dit kan van meerwaarde zijn omdat ouders hier interactief bezig zijn met hun probleemstelling. Buiten het leren omgaan met de probleemstelling kunnen zij ook een vorm van begrip ontwikkelen door zich te verplaatsen in de rol van ouder. Wederzijds begrip, theoretische kennis en oefenen in de praktijk kunnen van grote waarde zijn in de ontwikkeling van het beroep.

Hoofstuk 8. Discussie

Om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen worden de interne en externe validiteit onderzocht en besproken. De interne validiteit gaat over de kwaliteit van de uitvoering van het onderzoek, de externe validiteit verwijst naar de geldigheid van de onderzoeksresultaten, waarbij het gaat om de generaliseerbaarheid van de resultaten (Donk & Lanen, 2017). Bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek kwamen een aantal beperkingen naar voren die hieronder besproken zullen worden. Daarbij wordt uitgelegd hoe deze beperkingen zijn opgelost.

Literatuuronderzoek

Voor het onderzoek was er weinig tot geen specifieke literatuur beschikbaar betreffende samenwerken met personen met psychiatrische problematiek, maar ook weinig specifieke literatuur betreffende gezinshuizen. Om deze reden is er uitgeweken naar literatuur betreffende psychiatrische stoornissen, de beperkingen hiervan en de aandachtspunten voor de omgeving. Op deze manier was het toch mogelijk om in het literatuur onderzoek waardevolle informatie te verschaffen en deze te vergelijken met het praktijkonderzoek.

Verder is er in het literatuur onderzoek veelvuldig gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Over de eventuele gevolgen van psychiatrische problematiek en hoe er omgegaan zou moeten worden met mensen met psychiatrische problematiek zijn veel verschillende boeken en artikelen geschreven. Het referentiekader is te klein wanneer enkel een bron informatie kan verschaffen betreffende het onderwerp. Om die reden is er constant gezocht naar verschillende bronnen die dezelfde informatie bieden, om zo de representativiteit van het onderzoeksinstrument te vergroten.

Gedurende het onderzoek is weinig tot geen rekening gehouden met de comorbiditeit van bepaalde stoornissen. Om deze reden zijn een aantal stoornissen ook niet opgenomen in de conclusie. Zo zijn ADD, narcisme en schuldenproblematiek eenmaal benoemd door een van de respondenten, maar verder niet opgenomen in het onderzoek. Er is voor deze aanpak gekozen omdat het uiteindelijke doel is om de samenwerking verbeteren. Hierbij is de keuze gemaakt om de meest voorkomende stoornissen / kenmerken uit te vergroten en te onderzoeken. Deze keuze is gemaakt om twee redenen. Allereerst omdat enkele stoornissen door een van de respondenten genoemd werd, maar niet door de andere respondenten. Het antwoord van deze ene respondent kan niet garant staan voor de gehele groep gezinshuisouders en is daarom niet meegenomen in het totale onderzoek. Ten tweede is aan het begin van het onderzoek de keuze gemaakt om een aantal stoornissen te specificeren, omdat psychiatrische problematiek in het algemeen te breed bleek te zijn voor dit onderzoek.

Praktijkonderzoek

Om de interne validiteit te waarborgen is er gedurende het onderzoek geen gebruik gemaakt van selectie van de respondenten. Er is gebruik gemaakt van respondenten uit verschillende plaatsen en de interviews zijn bij de respondenten thuis afgenomen om zo omgevingsfactoren uit te sluiten. Wel is daarbij een nadeel dat de respondenten verschillend zijn in de ervaring, grootte en organisatie van hun gezinshuis. Deze kunnen dan ook niet garant staan voor de

totale doelgroep van gezinshuisouders, omdat de onderlinge verschillen groot zijn en er niet is geselecteerd op een bepaalde groep gezinshuisouders. Wel is er bij het selecteren van de gezinshuisouders vooraf bevestigd of zij ervaring hebben met ouders met psychiatrische problematiek, omdat zij anders geen of weinig betrouwbare informatie kunnen geven.

Bij de interview vragen is er rekening mee gehouden dat hier enkel open vragen zijn gesteld om zo specifiek mogelijke antwoorden te verkrijgen. Er is bewust omgegaan met het voorbereiden van de vragen om deze niet suggestief te laten overkomen, omdat dit de antwoorden van de respondenten kan beïnvloeden. Echter is informatie over psychiatrische problematiek van ouders niet altijd beschikbaar voor gezinshuisouders. Omdat geen van hen ook daadwerkelijk kan analyseren of diagnosticeren is de verkregen informatie uit de praktijk in een aantal gevallen gebaseerd op kennis uit scholing, assumpties of ervaringen. Dit betekent dat in enkele gevallen gezinshuisouders met hun ervaring hebben kunnen concluderen dat er sprake is van een bepaalde psychiatrische stoornis, maar is dit niet bevestigd door een hulpverlener met de bevoegdheid tot diagnostiek. Als gevolg daarvan kon de aandacht niet gevestigd worden op specifieke psychiatrische stoornissen, omdat deze niet met zekerheid vastgesteld kunnen worden, maar is ervoor gekozen vooral te bevragen op het gedrag dat voorkomt bij de ouders.

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat enkel uit gezinshuisouders. Echter zijn er in een samenwerking altijd meerdere variabelen. Toch is er gekozen in dit onderzoek om de biologische ouders niet als respondent in te zetten. De reden dat dit niet gebeurd is dat een onderzoek betrouwbaarder is wanneer er wordt gewerkt met een homogene groep. De keuze viel in deze situatie op de gezinshuisouders. De groep van ouders met psychiatrische problematiek is een kwetsbare groep en mogelijk staan veel van hen ook niet open voor een interview.

Ondanks de eenzijdige kijk op de samenwerking door de ogen van de respondenten, wordt er gedurende het onderzoek niet de conclusie getrokken dat psychiatrische problematiek of het stigma rondom psychiatrische problematiek nadelig is voor de samenwerking. Om deze reden is de vergaarde kennis dan ook zeker inzetbaar in de samenwerking. Het betekent wel dat de behoeftes van de gezinshuisouders beter in kaart zijn gebracht, maar dit sluit de toegevoegde waarde van het onderzoek niet uit. Door een product te creëren gericht op de behoeftes van de gezinshuisouders wordt de samenwerking in ieder geval eenzijdig verstrekt. Buiten dat draagt de ervaring en opgedane kennis van de gezinshuisouders ook bij aan een duidelijke blik op behoefte van de ouders. Om een duidelijker beeld van de gehele samenwerking te krijgen is het echter wel van belang dat de biologische ouders ook inspraak krijgen.

Literatuurlijst

Bibliografie

- Addis, M., & Martell, C. (2008). *Stap voor stap je depressie te lijf*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Baarda, D., Goede, M. d., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baat, M. d., & Berg-le Clercq, T. (2013). *Wat werkt in gezinshuizen?* Nederlands JeugdInstituut.
- Bakema, C. (2019, mei 6). Expertinterview. (J. v. Dijk, & J. Teunissen, Interviewers)
- Bartelink, C. (2013). *Uithuisplaatsing: wat werkt?* Nederland JeugdInstituut.
- Beentjes, A., Goossens, J., & Jongerden, P. (2015). Nurses experience of maintaining their therapeutic relationship with outpatients with bipolar disorder. *ISPN*, 131-138.
- Begeer, S., Wierda, M., & Venderbosch, S. (2013). *Allemaal autisme, allemaal anders*. De Bilt: Nederlandse Vereniging voor Autisme.
- Bender, D., & Boer, R. d. (2013). *Bridging the Divide. Methodische handleiding polarisatie en het theater van de onderdrukten*. Rotterdam: Formaat.
- Berckelaer-Onnes, I., Degrieck, S., & Hufen, M. (2017). *Autisme en zintuigelijke problemen*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Blanken, C. (2012). *Psychiatrie voor SPH*. Houten: Springer Media B.V.
- Boer, W. d. (2006). *Koenen Woordenboek*. Utrecht: Van Dale Lexicografie.
- Bolster, H., Rooijackers, B., & Bree, W. v. (2009). Borderline-persoonlijkheidsstoornis. In M. Enzlin, *Zakboek ziektebeelden psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bolster, H., Rooijackers, B., & Bree, W. v. (2009). Schizofrenie. In M. Enzlin, *Zakboek ziektebeelden psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boomstra, R. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Patiëntenversie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Burggraaf, A., & Laycock, L. (2018, Juni). *Samen een visie, dat werkt!* Ede, Gelderland, Nederland: CHE.
- Burgoyne, S., Placier, P., & Thomas, M. (2007). *Scholarship of Multicultural Teaching and Learning. Interactive Theater and Self-Efficacy*. Wiley InterScience.
- Coene, E., Kok, S., & Kollaard, S. (2005). *Zorgboek manisch-depressieve stoornis*. Stichting September.
- Cuijpers, P. (1996). *Depressie. Een gids voor familieleden*. Amsterdam: VU.
- Delfos, M. (2011). *Een vreemde wereld, over autismespectrumstoornissen*. Amsterdam: SWP.
- Delfos, M., & Gottmer, M. (2012). *Leven met autisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dercksen, A., & A., H. (2004). De naaste omgeving van mensen met psychische problemen. In A. D. Haven, *Omgaan met psychische problemen* (pp. 77-90). Amsterdam: Boom.
- Dercksen, A., & Haven, A. (2004). *Omgaan met psychische problemen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

- Deth, R. v. (2017). *Inleiding in de psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Deth, R. v. (2006). *Wegwijzer psychische problemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Donk, C. v., & Lanen, B. v. (2017). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Ewijk, W. v. (2010). *Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Franken, I., Muris, P., & Denys, D. (2015). *Psychopathologie, oorzaken, diagnosek en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Gampe, Y., & Sotiriadis, P. (2014). Systematic Review – Eine Literaturübersicht bezüglich der Fragestellung „Inwiefern kann man Schizophrenie anhand der Sprache diagnostizieren?“. Hogeschool Zuyd.
- Giesen-Bloo, J. (2005). *Leven met een borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gils, V. v. (2013, Juni). *Meer grip op de groep*. Opgeroepen op April 24, 2019, van www.vinca.nl:www.vinca.nl/wp-content/uploads/2013/06/werkvorm-stakeholderanalyse-uit-boek-meer-grip-op-de-groep.pdf
- Goei, L. d., Plooy, A., & Weeghel, J. v. (2006). *Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Helm, P. v. (2018). *Jeugdbeleid maart 2018. Hoop op het gewone leven voor kinderen die het niet getroffen hebben*. Leiden: Bohn Stafleu van Loghum.
- Henderson, M. (2003). *De aap op mijn rug. Omgaan met depressies, hoe doe je dat?* Amsterdam: Uitgeverij Luitingh-Sijthoff.
- Hengeveld, M., Balkom, A. v., Heeringen, C. v., & Sabbe, B. (2016). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hengeveld, M., Balkom, A. v., Heeringen, C. v., & Sabbe, B. (2016). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hert, M. d., Talent, J., & Bervoets, C. (2009). Het herstel van de patiënten met schizofrenie: op weg naar zelfstandigheid. *Neuron* .
- Horwitz, E., Ketelaars, C., & Lammeren, A. v. (2004). *Autisme Spectrum Stoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Hout, A. v. (2001). *De (gezins)voogd als jongleur. Een methodisch handboek voor het (gezins)voogdijwerk*. . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Inspectie. (2003). *Jeugdigen onder voogdij*. Zwolle: Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.
- Jüngen, I., & Kerstens, J. (2013). *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jüngen, I., & Kerstens, J. (2013). *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jenner, J. (2013). De kunst van motiveren. In J. Jenner, *Directieve oplossingsgerichte interventies in de psychiatrie* (pp. 1-25). Assen: Koninklijke van Gorcum B.V.
- Jeugdzorg, I. (2016). *Verantwoorde hulp voor jeugd in gezinshuizen*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.

- Kan, C., & Geurts, H. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kollaard, S. (2009). *Zorgboek schizofrenie, psychose en de naastbetrokkenen*. Voorburg: Vereniging Ypsilon.
- Koot, D. v., & Noordegraaf, M. (2018). *Jouw Gezin, Mijn Zorg? Hoe gezinshuisouders en ouders constructief kunnen samenwerken. Rapportage 1*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.
- Kreger, R. (2010). *De borderline gids*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Krook, K. (2012). Omgaan met borderline. In K. Krook, *Borderline de baas* (pp. 38-57). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Kupka, R., & Bal, H. (2006). *Een bipolaire stoornis voor patiënt en betrokkenen*. Utrecht: LithiumPlus Werkgroep.
- Land, H. v., Schoemaker, C., & Ruiter, C. d. (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Land, H. v., Schoemaker, C., & Ruiter, C. d. (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mason, P., & Kreger, R. (2011). *Leven met een borderliner*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Meekeren, E. v. (1998). *In gesprek over borderline persoonlijkheidsstoornis*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Meijel, B. v. (2006). *Zorg rondom schizofrenie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Melse, M. (2012). *Theatre of the Oppressed. Augusto Boals theaterale zoektocht naar bevrijding*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Midha, G. (2010). *Theater of the Oppressed. A Manual for Educators*. Massachusetts: University of Massachusetts.
- Miklowitz, D. (2004). *Hulpgids bipolaire stoornis*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- NK-GGZ. (2017). *Comorbiditeit. Generieke module comorbiditeit*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Oosterhout, L. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Patienterversie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Opdebeeck, L. (2014). *Participatief Drama. Interventiebeschrijving*. Utrecht: Movisie.
- Oude-Egberink, A., Wijnhoud, F., & Rijnsoever, V. v. (2012). *Borderline van binnenuit, handreiking aan hulpverleners*. Utrecht: Uitgeverij de Graaff.
- Pieters, B., Gooskens, F., & Wakeren, A. v. (2009). *Depressie*. In M. Enzlin, *Zakboek ziektebeelden psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pijper, G. (2004). *Drama voor de beroepspraktijk*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Rupka, R. (2003). *Bipolaire stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Schene, A., Sabbe, B., & Spinhoven, P. (2016). *Handboek depressieve stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schuurman, C., Blijd-Hoogewys, E., & Gevers, P. (2013). *Behandeling van volwassenen met een autismespectrum stoornis*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Schuurmans, E. (2016, Augustus 29). *In 5 stappen een praktische stakeholderanalyse*. Opgeroepen op April 24, 2019, van www.leanenkwaliteit.nl: www.leanenkwaliteit.nl/blog/5-stappen-praktische-stakeholderanalyse/
- Siecker, R. (2008). *Signalen en valkuilen. Inzicht in psychische handicaps*. Amsterdam: Y-Publicaties.
- Sijde, A. v. (2013). Autisme in de DSM-5. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 40-49.
- Sijde, A. v. (2009). Psychiatrische comorbiditeit in een klinische populatie van adolescenten met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*.
- Simons, P. (2018). *Basisboek recht in de zorg- en welzijnssector*. Boom Juridische Uitgevers.
- Smeets, G. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stamsnijder, P. (2016). Stakeholder management. In P. Stamsnijder, *Stakeholder management*. Amsterdam, Noord-Holland: Boom uitgevers Amsterdam.
- Stel, J. v. (2017). *Inleiding in de psychische gezondheidszorg*. Amsterdam: Van der Stel & Boom uitgevers.
- Stolk, J. (2017). *Jong & depressief*. Apeldoorn: De Banier.
- Tsuang, M., & Faraone, S. (2005). *Schizofrenie, de feiten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandereycken, W., & Deth, R. v. (2004). *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C., & Emmelkamp, P. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C., & Emmelkamp, P. (2006). *Handboek psychopathologie, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhagen, P. (2000). *Depressiviteit en depressie*. Heerenveen: Groen.
- Vermeulen, P., & Degrieck, S. (2006). *Mijn kind heeft autisme*. Tiel: Lannoo.
- VMDB. (2011). *Hoe u de ander en uzelf kunt helpen*. Utrecht: Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen.
- Vries, A. d., & Gardeniers, M. (2013). Wat hebben gezinshuizen in huis? In *Jeugdbeleid*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Weevers, H. (2009). *Omgaan met schizofrenie*. Wageningen: Veelkleurig.
- Wieland, J., Aldenkamp, E., & Brink, A. v. (2017). Intake. In E. A. J. Wieland, *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ* (pp. 27-30). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wunderink, L. (2006). *Als de werkelijkheid onbegrijpelijk wordt. Alles over schizofrenie en andere psychotische stoornissen*. Wormer: Immerc bv.

Zeevalking, M. (2000). *Autisme: hoe te verstaan, hoe te begeleiden?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage 1. Kernbegrippen en literatuurstudie

Kernbegrippen

Autismespectrumstoornis

Van een autismespectrumstoornis wordt gesproken wanneer er wordt voldaan aan een aantal criteria. De eerste daarvan is blijvende beperkingen op het gebied van sociale communicatie en sociale interacties in diverse situaties. De tweede is beperkte, herhaalde patronen van gedrag, interesses en activiteiten. Verder moeten de symptomen vanaf de vroege kindertijd aanwezig zijn, er moeten significante beperkingen zijn op sociaal, beroepsmatig of andere belangrijke gebieden van het huidig functioneren en de stoornissen kunnen niet verklaard worden door een verstandelijke beperking of een globale ontwikkelingsachterstand (Sijde, 2013).

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Een borderline persoonlijkheidsstoornis wordt vastgesteld wanneer er sprake is van een diepgaand patroon van instabiliteit in relaties, zelfbeeld en emoties en van impulsiviteit (Land, Schoemaker, & Ruiters, 2008).

Bipolaire stoornis

Een bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door het afwisselend voorkomen van depressieve, manische of hypomanische symptomen, met daartussen symptoomvrije episodes. Een manische episode kan psychotische kenmerken en ernstige oordeelssymptomen met zich meebrengen. Een hypomanische episode wordt soms als positief ervaren, omdat er sprake is van toegenomen activiteit en creativiteit. De stemming is abnormaal verhoogd, net zoals de energie (Hengeveld, Balkom, Heeringen, & Sabbe, 2016).

Depressie

Van een depressie wordt gesproken wanneer iemand te maken heeft met een sombere stemming, waarbij de intensiteit en de duur niet in verhouding staan met de aanleiding (Hengeveld, Balkom, Heeringen, & Sabbe, 2016). De somberheid is heviger en gaat niet zomaar over. Daarbij wordt het dagelijks functioneren aangetast (Land, Schoemaker, & Ruiters, 2008).

Schizofrenie

Schizofrenie is een ernstig psychiatrisch ziektebeeld dat meestal ontstaat in de adolescentie. Schizofrenie wordt gekenmerkt door episoden met psychoses, afgewisseld door rustigere episoden. Het centrale kenmerk is de kwetsbaarheid voor psychoses. De kenmerken daarnaast zijn apathie, sociale teruggetrokkenheid en problemen met de informatieverwerking. De gevolgen hiervan zijn verminderd functioneren op meerdere gebieden, zoals school, werk, opvoeden, zelfzorg, relaties en vrijetijdsbesteding. (Jüngen & Kerstens, 2013).

Literatuurstudie

Omgeving

Voor het contact met mensen met psychiatrische problematiek is het belangrijk dat het probleem erkend wordt, er begrip getoond wordt en de persoon wordt gesteund. Daarbij is het voor de omgeving belangrijk om te beseffen dat zij niets aan de stoornis kunnen doen en dat ze steun zoeken wanneer het ze teveel wordt. Elke stoornis vraagt om een eigen benadering, er moet goed ingelezen worden op verschillende psychiatrische stoornissen (Dercksen & A., 2004).

Psychiatrische problematiek en laag IQ

Binnen de GGZ komt het voor dat mensen naast hun psychiatrische problematiek ook een laag IQ hebben. Wanneer dit wordt vermoed is het belangrijk de communicatie aan te passen. Daarbij kan gevraagd worden naar eerdere ervaringen met hulpverleners, zowel positieve als negatieve. Het is belangrijk om rekening te houden met bejegeningen van mensen met een lager IQ, bijvoorbeeld wanneer iemand zich op voorhand onbegrepen voelt door eerder contact met hulpverleners. Wanneer de ander waarmee contact is de hulpverlener niet begrijpt kan dat leiden tot veranderingen in de communicatie. Deze verschillen kunnen opgevangen worden door te vragen of wat er wordt gezegd onduidelijk is. Gedurende het gesprek is het belangrijk om te controleren of men elkaar nog goed begrijpt. (Wieland, Aldenkamp, & Brink, 2017).

Verschillende stoornissen

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouders van uithuisgeplaatste kinderen borderline, depressies, schizofrenie of een bipolaire stoornis betreft (Burggraaf & Laycock, 2018).

Een borderline persoonlijkheidsstoornis wordt vastgesteld wanneer er sprake is van een diepgaand patroon van instabiliteit in relaties, zelfbeeld en emoties en van impulsiviteit (Land, Schoemaker, & Ruiter, 2008).

Een bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door het afwisselend voorkomen van depressieve, manische of hypomanische symptomen, met daartussen symptoomvrije episodes. Een manische episode kan psychotische kenmerken en ernstige oordeelssymptomen met zich meebrengen. Een hypomanische episode wordt soms als positief ervaren, omdat er sprake is van toegenomen activiteit en creativiteit. De stemming is abnormaal verhoogd, net zoals de energie (Hengeveld, Balkom, Heeringen, & Sabbe, 2016).

Van een depressie wordt gesproken wanneer iemand te maken heeft met een sombere stemming, waarbij de intensiteit en de duur niet in verhouding staan met de aanleiding (Hengeveld, Balkom, Heeringen, & Sabbe, 2016). De somberheid is heviger en gaat niet zomaar over. Daarbij wordt het dagelijks functioneren aangetast (Land, Schoemaker, & Ruiter, 2008).

Schizofrenie is een ernstig psychiatrisch ziektebeeld dat meestal ontstaat in de adolescentie. Schizofrenie wordt gekenmerkt door episoden met psychoses, afgewisseld door rustigere episodes. Het centrale kenmerk is de kwetsbaarheid voor psychoses. De kenmerken daarnaast zijn apathie, sociale teruggetrokkenheid en problemen met de informatieverwerking. De

gevolgen hiervan zijn verminderd functioneren op meerdere gebieden, zoals school, werk, opvoeden, zelfzorg, relaties en vrijetijdsbesteding. (Jüngen & Kerstens, 2013).

Motiveren

Een vorm van oplossingsgerichte interventies binnen de psychiatrie is de kunst van het motiveren. Hiervoor zijn enkele vuistregels die gehanteerd kunnen worden zoals; het vergroten van voordelen in de nieuwe situatie, het verkleinen van nadelen in de nieuwe situatie, het beginnen met inleven, probeer in de huid van de te motiveren persoon te kruipen en leer zijn habituele gedragspatroon kennen, het vermijden van strijd, het stellen van vragen is minder riskant dan beweringen doen en het vergroten van het verschil tussen de huidige situatie en het einddoel in het voordeel van het einddoel. Vergroot de nadelen van de huidige situatie en de voordelen van het beoogde einddoel (Jenner, 2013).

Contact

Beentjes (2015) schrijft in een stuk Engelstalige literatuur over de relatie tussen sociaal werkers en hun relatie met patiënten & verzorgenden. Ook schrijft ze over hoe deze relatie wordt onderhouden gedurende verschillende episodes van de manische episode. Ze schrijft hierbij over drie verschillende pijlers in de relatie met zowel de patiënt als de verzorgende. Voor deze verschillende pijlers staan ook een aantal quotes in de tekst die bij kunnen dragen aan ons onderzoek.

De betreffende quotes zijn hier onder benoemd en vertaald.

“Not being open carried the risk that patients could lose their confidence in the nurses and the treatment.” – Niet open zijn draagt het risico met zich mee dat de patiënt vertrouwen kan verliezen in de verpleging en de behandeling. Benadrukt het belang van openheid/eerlijkheid in contact. 4

“The nonjudgmental attitude of participants was meant to prevent patients from losing contact.” – De niet veroordelende houding van de deelnemers was bedoeld om te voorkomen dat ze contact verliezen met de patiënten. Dit geeft het belang aan van een niet veroordelende houding en een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie.

“I am becoming diplomatic, so to speak. I will ask the patient to explain exactly what they mean. I tell them very specifically what I see and also say that I see that their partner is suffering too.” – Ik word formeel in mijn spreken. Ik vraag de patiënt om duidelijk te verklaren wat zij bedoelen. Ik vertel ze duidelijk ik zie en dat hun partner ook lijdt. Deze quote benoemt het belang van openheid en duidelijkheid in de communicatie om het contact niet te verliezen (Beentjes, Goossens, & Jongerden, 2015).

Bijlage 2. Stakeholdersanalyse

Stakeholders zijn personen of groepen van personen, organisaties of bedrijven die een direct of indirect belang hebben bij de organisatie en omgekeerd. Het zijn de spelers die op een of andere wijze nodig zijn voor het realiseren van de doelstelling van een organisatie in al haar dimensies: vanuit het perspectief van de sector, als totaal, als afdeling of als project. Stake (belang) en holders (houders) is de Nederlandse vertaling van deze term.

Omdat niet alle stakeholders gelijk zijn is het belangrijk om per situatie te bekijken welke stakeholders belangrijk en minder belangrijk zijn (Stamsnijder, 2016)

De stakeholders die van belang zijn of belang hebben bij dit onderzoek worden in de onderstaande tabel beschreven;

#	Stakeholder	Belang in het onderzoek
1	Lectoraat jeugd & gezin	Opdrachtgever onderzoek
2	Ouders met psychiatrische problematiek	Grote impact op de samenwerkingsrelatie, kennis, ervaring
3	Gezinshuisouders	Onderzoeksgroep, kennis, ervaring
4	Overheid	Wetgeving, regelgeving
5	Kinderen	Kennis
6	LWG-groep	Ondersteuning bij vraagstukken
7	Jeugdzorg	Kennis
8	GGZ	Kennis
9	Overkoepelende organisaties gezinshuizen	Kennis, ervaring, scholing

In de stakeholder matrix worden de verschillende stakeholders onderverdeeld in categorieën om zo te kunnen bepalen hoe om gegaan wordt met ieder zijn belangen.

<p>Grote invloed lage mate van interesse (tevreden houden): 2, 4, en 9</p>	<p>Grote invloed hoge mate van interesse (vertroetelen): 1, 3, 7 en 8</p>
<p>Weinig invloed weinig interesse (weinig aandacht) : 5 en 7</p>	<p>Weinig invloed Hoge mate van interesse (op de hoogte houden):</p>

(Gils, 2013)

Wensen en eisen

De laatste stap in het maken van een stakeholderanalyse is het bepalen van de wensen en eisen van de verschillende betrokkenen. Deze informatie wordt vergaard uit direct contact met de stakeholders, deze informatie kan ook bepaald worden door bepaalde kennis vergaard is over een bepaalde persoon, bedrijf of organisatie.

#	Stakeholder	Wensen en eisen
1	Lectoraat jeugd & gezin	Een product dat bijdraagt aan een constructieve samenwerkingsrelatie tussen gezinshuis ouders en ouders met psychiatrische problematiek.
2	Ouders met psychiatrische problematiek	Veilige en gezonde omgeving voor hun kind → een constructieve samenwerkingsrelatie met de gezinshuis ouders kan hier aan bijdragen.
3	Gezinshuisouders	Een constructieve samenwerkingsrelatie met ouders met psychiatrische problematiek.
4	Overheid	
5	Kinderen	Een constructieve samenwerkingsrelatie tussen hun ouders en de gezinshuis ouders → verkleint het loyaliteitsconflict.
6	LWG-groep	
7	Jeugdzorg	
8	GGZ	
9	Overkoepelende organisaties gezinshuizen	

(Schuermans, 2016)

Bijlage 3. Beroepsproduct



Samenwerken (g)een probleem!

Forumtheater

Janneke van Dijk & Jeffrey Teunissen

SAMENVATTING

Het gebruik van drama heeft een aantal functies. Een daarvan is dat drama de persoonlijkheid kan vormen. Dit houdt in dat drama gebruikt kan worden om sociaal gedrag, inlevingsvermogen en uitdrukkingsvaardigheid te ontwikkelen. Daarnaast kan drama een educatieve functie hebben. Hierbij wordt drama ingezet om iets uit te leggen, te onderzoeken of te verwerken. Door gebruik te maken van uitbeelden zijn beelden van bepaalde situaties te zien. Door het publiek in te laten springen en het beeld te laten veranderen komen er nieuwe inzichten tot stand.

Inhoudsopgave

Handleiding spelleider	56
Inleiding forumtheater.....	56
Uitvoering.....	56
Spelregels.....	56
Eisen spelleider.....	56
Reflectie.....	57
Voorbeeldvragen reflectie.....	57
Casussen	59
Adri / Adrienne.....	59
Jan / Jeanette.....	59
Jorieke / Jorick.....	60
Carlo / Carla.....	60
Peter / Petra.....	61
Handleiding trainingsacteur	63
Adri / Adrienne.....	63
Jan / Jeanette.....	64
Jorieke / Jorick.....	64
Carlo / Carla.....	64
Peter / Petra.....	65

Handleiding spelleider

Inleiding forumtheater

Het forumtheater (Theater of the Oppressed) is ontwikkeld door de Braziliaan Augusto Boal. In Brazilië was er in de jaren '60 veel onrust en instabiliteit op sociaal, economisch en bestuurlijk gebied. Boal wilde een podium creëren voor democratie en dat is hoe forumtheater ontstond (Melse, 2012). Bij het forumtheater is er sprake van een onderdrukking. Tijdens het uitspelen wordt eraan gewerkt deze onderdrukking op de heffen (EXP 1.7). Boal ontwierp een theatervorm waarbij mensen actief kunnen meedoen. De realiteit waarin ze leven wordt ontdekt, laten zien, geanalyseerd en getransformeerd (Midha, 2010). Het forumtheater is een interactieve methode (Burgoyne, Placier, & Thomas, 2007). Het publiek is geen passieve toeschouwer, maar een actieve deelnemer. Het publiek kan tijdens het spel inspringen om op die manier alternatieven uit te spelen en gezamenlijk een oplossing te vinden voor het probleem dat gespeeld wordt (Melse, 2012). Op die manier geven deelnemers van het forumtheater zelf richting aan hun proces en vullen ze dit proces in op hun manier (Opdebeeck, 2014). Het gebruik van theater kan een educatieve functie hebben. Theater wordt dan ingezet om iets uit te leggen, te onderzoeken of te verwerken (Pijper, 2004). Door deelnemers in te laten springen, wordt de situatie veranderd en komen er nieuwe inzichten tot stand (Bender & Boer, 2013).

Uitvoering

Vanuit een probleemsituatie wordt een casus uitgespeeld door twee personen. Dit kan een zelf ingebrachte casus zijn of een van de casussen die als voorbeeld zijn toegevoegd. De twee personen proberen de casus zo goed mogelijk uit te spelen. Wanneer een van de participanten voelt dat er een alternatieve wijze van reageren mogelijk is, klapt deze in de handen om het spel stop te zetten en de rol van de gezinshuisouder over te nemen.

Na het uitspelen van de casus is er een intervisiemoment, waarbij er wordt geëvalueerd op wat er tijdens het spel is gebeurd. Hierbij wordt teruggehaald wat goed ging en wat anders had gekund.

Spelregels

De rol van de ouder wordt gespeeld door een trainingsacteur. De rol van de gezinshuisouder wordt gespeeld door de gezinshuisouders zelf. Eventueel kunnen deze rollen ook omgedraaid worden, zodat de gezinshuisouders zich kunnen verplaatsen in de rol van de ouder.

Wanneer een van de andere gezinshuisouders in wil springen in het spel, moet deze in de handen klappen om het spel stop te zetten. Vervolgens neemt hij/zij de rol van de gezinshuisouder over en zet het spel voort.

De belangrijkste regel bij het spelen is veiligheid. Gedurende de training is het van belang dat iedereen zich veilig voelt. Het is voor een ieder belangrijk om te beseffen dat fouten maken mag. Iedereen moet hierbij in zijn waarde gelaten worden, zodat er ruimte is voor iedereen om zich te ontwikkelen. Er moet ruimte zijn voor plezier en voor pijnpunten die geraakt worden.

Eisen spelleider

- 1) De spelleider moet zich veilig voelen bij het geven van theater oefeningen
Het is belangrijk dat de spelleider zich op zijn gemak voelt bij het geven van theater oefeningen en zo ook de andere deelnemers op hun gemak kan stellen. Theater kan erg kwetsbaar zijn en zowel de spelleider als participanten moeten zich hiervan bewust zijn.
- 2) Kennis van het forumtheater is vereist. Wanneer dit niet het geval is, is het van belang om in ieder geval in te lezen in het onderwerp.
Zonder basiskennis van het forumtheater is het moeilijk om deze vorm van theater te leiden. Om deze reden is het van belang om ingelezen van start te gaan. Zorg dat je in ieder geval weet waarvoor een forumtheater ontwikkeld is, hoe de organisatie eruit ziet en hoe veiligheid gecreëerd kan worden in deze vorm van theater.
- 3) Basiskennis GGZ
Aangezien de cursus en de bijgevoegde casuïstiek allemaal betrekking hebben op de GGZ is het van belang dat de spelleider hier in ieder geval basiskennis van heeft. Wat zijn kenmerken van verschillende stoornissen? Wat kan je wel doen en absoluut niet bij bepaalde stoornissen? Zonder deze kennis kan de spelleider niet interveniëren, om die reden is het dat ook van belang dat de spelleider in ieder geval basiskennis heeft van de GGZ.
- 4) Kan veiligheid creëren
Theater kan erg kwetsbaar zijn en het is niet raar als er soms pijnpunten worden blootgelegd. Om deze reden is het dan ook belangrijk dat een spelleider kan zorgen voor een veilige leeromgeving. Eén waar een ieder elkaar ondersteund en elkaar probeert op te beuren. De spelleider moet het overzicht bewaren en oog hebben voor onveilige situaties.
- 5) Durft te interveniëren
Om tot de gewenste ontwikkeling te komen is het belangrijk dat de participanten leren van elkaar en van de spelleider. Bij ongewenste situaties, 'rode vlag' situaties of blokkades moet de spelleider durven interveniëren en tegelijkertijd oog hebben voor het proces dat plaats vindt!

Reflectie

Tijdens de reflectie gaat de spelleider samen met de participanten terugblikken op een moment tijdens de training of de gehele training. Hierbij wordt er gekeken naar bepaalde situaties en gevoelens of gedachten die hierbij kwamen kijken. Verder is er ruimte voor feedback van en op elkaar, maar houd hier rekening met een ieder zijn gevoelens, het is aan de spelleider om hier oog voor te hebben. De reflectie kan plaats vinden in de gehele trainingsgroep of in kleinere deelgroepen (op die manier kan er dieper gereflecteerd worden), de spelleider is vrij om hierin zijn vorm te kiezen. Om de ontwikkeling zoveel mogelijk te stimuleren is het voor de spelleider van belang gedurende de training het proces in de gaten te houden en dit tijdens een reflectiemoment te bevragen. Deze reflectiemomenten hoeven niet alleen plaats te vinden na de training, maar ook tijdens het interveniëren is er ruimte voor reflectie.

Voorbeeldvragen reflectie

- 1) Hoe was het om deze casus te spelen?

- 2) Hoe voelde het toen je dit (situatie) zag/hoorde/deed?
- 3) Wat dacht je toen je dit (situatie) zag/hoorde/deed?
- 4) Waarom deed je dit toen je dit (situatie) zag/hoorde/deed?
- 5) Iedereen doet ook een kleine reflectie, dit kan ook in kleinere groepen gedaan worden waarbij de spelleider rond loopt en beschikbaar is voor vragen.

Casussen Forumtheater

Er zijn een aantal casussen opgesteld die uitgespeeld kunnen worden. Deze casussen fungeren als voorbeeld, gezinshuisouders mogen ook eigen casussen indienen of onderstaande casussen aanpassen. De casussen zijn opgesteld per psychiatrische stoornis. Hierbij staat het gedrag dat bij de stoornis komt kijken centraal, niet de stoornis zelf.

Autismespectrumstoornis

Gezinshuisouder Adri / Adrienne

Je bent al een aantal jaren gezinshuisouder van vier kinderen. Morgen staat er een afspraak gepland met de vader van een van de kinderen. Jullie hebben een goede band, zolang er maar duidelijkheid en structuur is. Je hebt onverwacht een belangrijke afspraak voor morgen staan, waardoor de afspraak met vader verzet moet worden. Je weet dat de vader van het betreffende kind een autismespectrumstoornis heeft, om die reden hebben jullie altijd een afspraak op de tweede dinsdag van de maand. Het is niet de eerste keer dat deze afspraak niet door kan gaan, maar je kan de andere afspraak echt niet verzetten en moet dus de afspraak met vader op een andere dag plannen. Je belt hem op om een nieuwe afspraak te plannen.

Ouder

Je bent vader van een van de kinderen in het gezinshuis van Adri/Adrienne. Je hebt een autismespectrumstoornis. Voor morgen heb je een afspraak met de gezinshuisouder, deze is altijd op de tweede dinsdag van de maand omdat je het prettig vindt om dit op een vast moment te doen. Je wordt gebeld door de gezinshuisouder dat de afspraak voor morgen niet door kan gaan. Het is niet de eerste keer dat de gezinshuisouder je belt om de afspraak af te zeggen.

Rode vlag:

- Om de boodschap heen draaien (geen duidelijkheid geven).
- Geen duidelijke reden geven voor het afzeggen.
- Geen begrip tonen.
- Geen leiding nemen in het gesprek of juist over grenzen gaan.
- Geen tijd geven om informatie te verwerken.

Bipolaire stoornis

Gezinshuisouder Jan / Jeanette

Je bent een startend gezinshuisouder van 3 kinderen. Een van de moeders van de kinderen heeft een bipolaire stoornis. Haar kind woont nu vier maanden bij jou. Het contact met moeder is erg wisselvallig, in sommige periodes moet je moeder er erg bij betrekken, omdat zij zelf niet zo aanwezig is en in andere periodes is moeder erg actief. Je hebt moeder meegemaakt in depressieve en hypomane periodes, maar tot nu toe nog niet in een manie. Vandaag hebben jullie een afspraak staan bij jou thuis om te evalueren hoe het tot nu toe gaat. De afspraak inplannen was lastig, omdat jullie agenda's beide erg vol waren. Het is gelukt om twee uurtjes te plannen. Langer dan die twee uur heb je ook niet, over twee uur is de school namelijk uit en komen alle kinderen thuis. De ouder belt aan.

Ouder

Je hebt een bipolaire stoornis en zit nu in een manische episode. Je bent ontzettend energiek, voelt je geweldig, kan niet meer stoppen met praten en hebt een sterke eigen wil gedurende deze periode. Je hebt vandaag een afspraak om te evalueren hoe het met je kind gaat. Je kijkt hier ontzettend naar uit en kan dit niet vaak genoeg benadrukken. Je wilt graag over je kind praten, je houdt tenslotte heel veel van hem/haar, maar je hebt ook veel te vertellen over het ontzettend leuke weekend dat je hebt gehad. Je belt aan bij het gezinshuis.

Rode vlag:

- Meegaan in moeders manie of juist geen aandacht schenken aan wat moeder wil vertellen.
- Moeder de regie over het gesprek geven.

Borderlinepersoonlijkeitsstoornis

Gezinshuisouder Jorieke / Jorick

Je bent al een aantal jaren gezinshuisouder van vier kinderen. Een van de moeders van de kinderen heeft een borderlinepersoonlijkeitsstoornis. Jullie hebben een wisselende band, de ene keer is ze heel aardig tegen je, de volgende keer juist weer niet. Haar dochter van negen woont nu twee jaar bij jou in huis. Gisteren belde ze je en heeft ze je volledig de huid vol gescholden. Je was met haar dochter naar de kapper geweest, maar volgens moeder was het haar veel te kort en daar was ze heel boos om geworden. Het was spitsuur bij jou thuis, de kinderen kwamen net thuis uit school en een van hen had ruzie gehad, waar je ook aandacht aan wilde schenken. Met moeder was geen redelijk gesprek meer te voeren en daarom heb je het gesprek afgebroken. Nu is het een dag later en spreek je haar weer. Jij wilt op het vorige gesprek terugkomen, omdat het al de derde keer is dat ze heel boos wordt om het kapsel van haar dochter, terwijl jij eigenlijk geen verschil zag met het kapsel voor en na het kappersbezoek.

Ouder

Jouw dochter van negen jaar woont nu twee jaar bij Jorieke / Jorick in huis. Je vindt de gezinshuisouder meestal een aardig persoon, maar dat is niet altijd zo. Je hebt een borderlinepersoonlijkeitsstoornis. De vorige keer dat je de gezinshuisouder sprak hebben jullie een woordenwisseling gehad, je dochter was naar de kapper geweest en het was echt niet mooi geknipt. Daar ben je heel boos om geworden, omdat je niet wilt dat je dochter voor gek loopt. Je had ook een slechte dag, dus was al chagrijnig. Je bent het gesprek nu eigenlijk allang weer vergeten en hoeft het er ook niet weer over te hebben. Als je je zegje hebt gedaan is het voor jou klaar en ben je je boosheid weer kwijt. De telefoon gaat en je neemt nietsvermoedend op.

Rode vlag:

- Moeder het gesprek weg laten praten.
- Geen duidelijke grenzen stellen en niet aan gestelde grenzen houden.

Depressie

Gezinshuisouder Carlo / Carla

Je bent een ervaren gezinshuisouder van 5 kinderen. Een van de vaders van de kinderen gaat vandaag iets leuks doen met zijn kind, dat al een aantal jaren bij je woont. De vader mag bepalen wat ze vandaag gaan doen. Vader heeft een depressie en je hebt de vader al in

verschillende periodes meegemaakt. De ene periode gaat het beter dan de ander, maar in zijn depressieve periodes kan hij suïcidaal zijn. Dan verloopt het contact ook moeizaam, vader toont dan weinig initiatief en interesse. Het kind heeft heel veel zin in vandaag en staat al voor het raam te wachten. Vader komt eraan en je overlegt nog even met hem hoe de dag eruit zal zien.

Ouder

Je kind woont al een paar jaar bij Carlo/Carla. Je hebt te maken met een depressie. De band met Carlo/Carla is goed, maar als je diep in je depressie zit vermijdt je zoveel mogelijk het contact. Je hebt dan ook geen energie en concentratie om een gesprek te voeren. Vandaag ga je met je kind wat leuks doen. Jij zou iets leuks bedenken, maar de afgelopen twee weken voelde je je zo ellendig dat je nog niets hebt kunnen bedenken. Het was een hele strijd om vandaag je bed uit te komen en je kijkt nog niet echt uit naar de dag. Je kind is een grote motivatie om toch te gaan, maar eigenlijk wil je het liefst weer in bed gaan liggen. Je belt aan bij het gezinshuis.

Rode vlag:

- De depressie wegpraten.
- Gezinshuisouder laat zich meeslepen in de somberheid.
- Gebruik van te lange zinnen.

Schizofrenie

Gezinshuisouder Peter / Petra

Je bent al vijftien jaar gezinshuisouder in een huis met zeven plekken. De moeder van een van de kinderen heeft schizofrenie en daarbij met enige regelmaat last van wanen en hallucinaties. Jullie contact is wat afstandelijk, omdat het door de wanen en hallucinaties lastig is om het contact aan te gaan. De school waar het kind naartoe gaat heeft aangegeven dat het niet goed gaat op school en dat het mogelijk beter is als het kind naar speciaal onderwijs gaat. Jij bent al langer van mening dat speciaal onderwijs beter zou passen. Je merkt al een aantal maanden dat het kind het niet leuk meer vindt op school omdat het niet goed kan meekomen en het moeilijk vindt aan te sluiten bij leeftijdsgenoten. De klas is eigenlijk te groot, waardoor de leerkracht te weinig tijd heeft om extra uitleg te geven en te ondersteunen in het contact maken met leeftijdsgenoten. Op speciaal onderwijs zal dit wel kunnen en daarom wil je graag dat het kind hier naartoe zal gaan. Voordat deze beslissing genomen gaat worden wil je ook nog met de ouders overleggen om ook hun mening te horen. Vandaag vindt dat gesprek plaats bij jullie thuis.

Ouder

Je bent de ouder van een van de kinderen van het gezinshuis van Peter/Petra. Je hebt schizofrenie en momenteel heb je veel last van wanen en hallucinaties. Je bent ervan overtuigd dat je een chip in je hersenen hebt waarmee de overheid je kan volgen en dat overheid jou en je kind wat wil aandoen. Niet alleen de overheid, eigenlijk is iedereen tegen je en erop uit om jou en je kind iets aan te doen. Momenteel ben je in het gezinshuis waar je kind verblijft om bij te praten over je kind. De gezinshuisouder geeft aan dat het voor je kind mogelijk beter is als

hij/zij naar speciaal onderwijs gaat, omdat hij/zij niet goed mee kan komen op school. Jij weet gelijk dat dit een actie van de overheid is om je kind wat aan te doen op die andere school.

Rode vlag:

- De wanen en hallucinaties worden neergezet als onzin of er wordt volledig in meegegaan.
- Er wordt niet gevraagd of je het gesprek volgt en begrijpt.
- Te hoge verwachtingen vanuit de gezinshuisouder.

Handleiding trainingsacteur

Hieronder is per casus een korte omschrijving gegeven bij de rol die gespeeld wordt. Deze bevat een korte uitleg over de psychiatrische aandoening en het gedrag dat daarbij hoort. Dit is bedoeld om de achtergrond van de psychiatrische aandoeningen uit te leggen, zodat de acteur de context van de aandoeningen weet.

Bij elke rolomschrijving staat ook de 'rode vlag' omschreven. Daarbij staat gedrag van de gezinshuisouder dat triggers oproept bij de ouder. Wanneer de gezinshuisouder die de rol van gezinshuisouder speelt dit gedrag laat zien, zal de acteur die de rol van de ouder speelt in de weerstand gaan. Onder de omschrijving van de rode vlag staat uitgelegd waarom dit gedrag triggers oproept en hoe de acteur in de weerstand kan gaan. Dit zijn voorbeelden van hoe de acteur zou kunnen reageren, hier eigen aanvulling aan geven mag ook.

Casus Adri/Adrienne (autismespectrumstoornis)

Autismespectrumstoornis

Bij een autismespectrumstoornis heeft iemand problemen in de sociale omgang met anderen en in het begrijpen en aanvoelen van de interactie tussen mensen. Om de samenwerking te bevorderen is het van belang rekening te houden met het tempo van spreken en zo veel als mogelijk te zorgen voor een overzichtelijke en rustige omgeving. Daarnaast zijn routines en voorspelbaarheid van groot belang. Gezinshuisouders moeten de regie nemen, omdat iemand met een autismespectrumstoornis moeite heeft met het leiden van een gesprek, maar daarbij moet wel rekening gehouden worden met de grenzen van de ander.

Rode vlag

1) *Om de boodschap heen draaien.*

De ouder heeft behoefte aan duidelijkheid. Wanneer er geen duidelijkheid is raakt hij/zij in paniek of wordt hij/zij boos.

2) *Geen duidelijke reden geven voor het afzeggen.*

Ook dit heeft te maken met duidelijkheid. In het gesprek moet duidelijk worden waarom de afspraak niet door kan gaan, zo niet, dan wordt de ouder boos.

3) *Geen begrip tonen.*

De vaste structuur (afspraak altijd op dezelfde dag) valt weg, waar de ander begrip voor moet tonen. Is dat begrip er niet wordt de ouder boos.

4) *Geen leiding nemen in het gesprek of juist over grenzen gaan.*

De gezinshuisouder moet de leiding in het gesprek nemen, maar daarbij niet over de grenzen van de ouder gaan. Wanneer dit gebeurt raakt hij/zij in paniek of wordt hij/zij boos.

5) *Geen tijd geven om informatie te verwerken.*

Wanneer er teveel informatie komt en er te weinig tijd is deze te verwerken raakt de ouder overprikkeld en komt nieuwe informatie niet meer binnen.

Casus Jan/Jeanette (bipolaire stoornis)

Bipolaire stoornis

Een bipolaire stoornis kenmerkt zich door depressieve, manische en hypomanische episoden. Tijdens een manische episode neemt de spraak toe in snelheid, volume en hoeveelheid. Iemand praat dan continu, is gedreven, onrustig en snel afgeleid.

Rode vlag

- 1) *Meegaan in moeders manie of juist geen aandacht schenken aan wat moeder wil vertellen.*

Wanneer er wordt meegegaan in de manie vertelt de ouder van alles dat niets te maken heeft met het gesprek dat eigenlijk gevoerd zou moeten worden.

Wanneer er geen aandacht wordt gegeven aan het verhaal van de ouder wordt hij/zij boos.

- 2) *Moeder de regie over het gesprek geven.*

Wanneer de ouder de regie over het gesprek krijgt, bepaalt hij/zij waarover het gesprek gaat en dwaalt af van het oorspronkelijke gespreksonderwerp.

Casus Jorick/Jorieke (borderlinepersoonlijkheidsstoornis)

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Kenmerkend voor een borderlinepersoonlijkheidsstoornis is de instabiliteit, welke inhoudt dat het veel moeite en energie kost om een evenwicht op verschillende levensgebieden te behouden. Iemand heeft te maken met heftige stemmingswisselingen en er wordt in uitersten gedacht (zwart-wit denken). Gezinshuisouders moeten duidelijke grenzen stellen en hierbij duidelijke taal gebruiken.

Rode vlag

- 1) *Moeder het gesprek weg laten praten.*

Wanneer er de ruimte is om niet op het vorige gesprek terug te hoeven komen gaat de ouder op een ander onderwerp over.

- 2) *Geen duidelijke grenzen stellen en niet aan gestelde grenzen houden.*

Wanneer grenzen niet duidelijk zijn of de gezinshuisouder zich niet aan de gestelde grenzen houdt gaat de ouder over de grens heen.

Casus Carlo/Carla (depressie)

Depressie

Een depressie kenmerkt zich door een sombere stemming, die weken of maanden steeds aanwezig is. Iemand is somber en lusteloos. Daarbij kan iemand last hebben van een verminderde concentratie.

Rode vlag

- 1) *De depressie wegpraten.*

Wanneer de depressie wordt weggepraat voelt de ouder zich niet begrepen en wordt hij/zij boos of trekt zich terug uit het contact.

2) *Gezinshuisouder laat zich meeslepen in de somberheid.*

Wanneer de gezinshuisouder meegaat in de somberheid maakt de ouder de somberheid steeds groter.

3) *Gebruik van te lange zinnen.*

De concentratie is niet goed, waardoor de ouder bij te lange zinnen niet meer begrijpt waar het gesprek over gaat.

Casus Peter/Petra (schizofrenie)

Schizofrenie

Schizofrenie kenmerkt zich voornamelijk door wanen, hallucinaties en gedesorganiseerd gedrag. De wanen en hallucinaties zijn voor de persoon met schizofrenie op dat moment de waarheid. Daarbij dwaalt iemand gemakkelijk af en kan zich niet lang concentreren.

Rode vlag

1) *De wanen en hallucinaties worden neergezet als onzin of er wordt volledig in meegegaan.*

De wanen en hallucinaties zijn voor de ouder waarheid. Wanneer deze worden afgedaan als onzin wordt de ouder boos, wanneer de gezinshuisouder erin meegaat worden de wanen en hallucinaties extremer.

2) *Er wordt niet gevraagd of de ouder het gesprek volgt en begrijpt.*

De concentratie is niet goed en de ouder is snel afgeleid. Daarom kan hij/zij het gesprek niet altijd volgen en weet hij/zij soms niet waar het eigenlijk over gaat.

3) *Te hoge verwachtingen vanuit de gezinshuisouder.*

Wanneer gezinshuisouders dingen van de ouder verwachten die te hoog gegrepen zijn, wordt de ouder onzeker en uit zich dat in boosheid.

Bijlage 4. Kernlabelschema

Kernlabel	Label	Nummer	Fragment
Psychiatrische problematiek bij ouders	Autisme	GHOR 3.3 GHOL 4.5 GHOM 5.3 GHOA 7.1	Vaak vorm van autisme Autistisch spectrum Autisme Autisme
	ADD	GHOR 3.2	Andere ouder heeft ADD
	Borderline	GHOM 1.1 GHOM 2.8 GHOR 3.1 GHOR 3.3 GHOL 4.4 GHOL 4.7 GHOM 5.1 GHOV 6.2 GHOH 8.1	Borderline Komt nogal eens voor Borderline Vaak borderline Borderline Veel borderlinestoornis Borderline Borderline Borderline
	Depressie	GHOV 6.3	Depressie
	Bipolaire stoornis	GHOM 5.2 GHOH 8.4	Manisch-depressief Bipolaire stoornis
	Narcisme	GHOH 8.3	Narcisme
	Schuldenproblematiek	GHOA 7.2	Schuldenproblematiek
	Verslavingsproblematiek	GHOM 1.3 GHOM 2.8 GHOR 3.7 GHOL 4.2	Drugsgebruik Verslavingsproblematiek Door drugsverleden uit huis Verslavingsproblematiek
	Verstandelijke beperking	GHOL 4.3 GHOV 6.3 GHOA 7.3 GHOH 8.2	Verstandelijke beperking Verstandelijke beperking Licht verstandelijke beperking LVB
	Combinatie	GHOL 4.1 GHOL 4.6	Combinatie van Combinatie psychische- en verslavingsproblematiek
Gedrag ouders	Onberekenbaar	GHOM 1.2 GHOM 1.6 GHOM 2.10 GHOM 2.15 GHOM 2.16 GHOV 2.18 GHOV 2.20 GHOV 2.36 GHOR 3.18 GHOR 3.56 GHOV 6.7 GHOV 6.12 GHOH 8.7	Onvoorspelbaarheid Onberekenbaar Schommelingen Emotioneel Wisselend gedrag Onberekenbaar Onberekenbaar Onberekenbaar Depressief Manisch-depressieve ouders Wisselend Borderline problematiek Verschillende uitingen

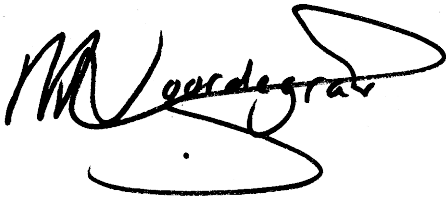
		GHOH 8.11	Wisselend reageren
	Empathie	GHOA 7.4 GHOH 8.6 GHOH 8.16	Niet in kunnen leven Niet empathisch Gebrek aan empathisch vermogen
		GHOV 2.9	Manier waarop ze reageren
	Oneerlijkheid	GHOM 1.21 GHOM 2.37 GHOV 2.38 GHOM 2.39 GHOV 2.40 GHOM 5.10 GHOM 5.21 GHOA 7.10 GHOH 8.12	Mooier voordoen Liegen Oneerlijkheid Voorspiegelen Waarheid verdraaien Achter je rug Buiten hulpverlening om Zwart gemaakt Zwart maken
	Teruggetrokken	GHOM 1.19 GHOV 6.15	Afwachtend Trokken zich terug
		GHOV 6.14	Hechtingsproblematiek
		GHOV 6.11	Typisch borderline
	Niet flexibel	GHOV 2.11 GHOL 4.15 GHOL 4.16 GHOL 4.17 GHOL 4.18 GHOM 5.7	Niet flexibel Afspraak niet door kan gaan Zo in dat brein Verstandelijke beperking Recht te breien Beschikbaarheid
	Wantrouwen	GHOM 1.20 GHOM 1.22 GHOV 2.41 GHOR 3.14 GHOR 3.15 GHOR 3.23 GHOV 6.4	Wantrouwend Wantrouwen in de hulpverlening Niemand doet het goed Wantrouwen Vertrouwen in de hulpverlening weg Wantrouwen Wantrouwen
	Grens opzoeken	GHOV 2.12 GHOL 4.14 GHOM 5.11 GHOV 6.5	Grens opzoeken Borderline, uitspelen Grenzen minder scherp Tegendraads
		GHOM 2.14	Op de persoon
	Boosheid	GHOR 3.22 GHOL 4.28 GHOL 4.33 GHOH 8.13 GHOH 8.15 GHOH 8.17	Boosheid Verbale agressie Je beklag doet Punt maken Strijd Agressie
	Machteloosheid	GHOR 3.12	Machteloze ouders

		GHOR 3.17 GHOR 3.24 GHOA 7.5	Onvermogen Machteloosheid Geen inzicht in het kind
Werkend	Goed willen doen	GHOM 2.19 GHOM 2.22 GHOM 2.23	Goed willen doen Goed willen doen Willen het goed doen
	Betrokkenheid	GHOR 3.20 GHOL 4.37 GHOL 4.38 GHOM 5.13 GHOH 8.14	Samen opwerken Betrokkenheid Betrokkenheid ouders Belangrijke rol Respecteren en waarderen
		GHOR 3.21	Vertrouwen hebben
	Serieus nemen	GHOM 1.8 GHOM 1.9 GHOM 1.10 GHOM 1.16 GHOM 1.44 GHOH 8.8 GHOH 8.10	Serieus nemen Respect Open mind Nemen jou serieus Serieus nemen Begrip Andere bril
	Duidelijkheid	GHOM 1.11 GHOM 1.14 GHOL 4.19 GHOL 4.21 GHOL 4.22 GHOL 4.34 GHOM 5.15 GHOV 6.13	Structuur bieden Lijnen aangeven Duidelijk en rechtlijnig Duidelijk geweest Duidelijkheid en rechtlijnigheid Rechtlijnigheid Open communiceren Duidelijk zijn
	Vriendelijk	GHOM 1.13 GHOM 2.33	Welkom voelen Vriendelijk zijn
		GHOV 6.16	Relatie opbouwen
	Tijd	GHOV 6.17 GHOV 6.21	Tijd en geduld Tijd nemen
	Negatief bepraten	GHOM 2.31 GHOM 2.48	Negatief bepraten Niet negatief praten
Niet werkend	Beter weten	GHOM 1.15 GHOH 8.18 GHOH 8.20 GHOH 8.21	Het beter weten Niet afpakken Overnemen Betere ouder
		GHOM 1.17	Bondje vormen
		GHOV 2.25	Niet toevertrouwen
		GHOM 2.26	Zien ze zelf niet
		GHOV 2.27	Gedisfunctioneerd
		GHOL 4.25	Strijd
		GHOV 6.18	Buiten houden
		GHOV 6.19 GHOV 6.20	Zakelijk contact Afstandelijk

	Kind voorop	GHOM 2.28 GHOL 4.29 GHOL 4.30 GHOL 4.35 GHOL 4.36 GHOM 5.6 GHOV 6.9	Gaat om het kind Kind voorop Gaat om jouw kind Gaat om je kind Het gaat om je kind Wisselwerking Hun kind
Voogd		GHOR 3.34 GHOR 3.35 GHOR 3.36	Regie willen bepalen In de weg staan Voogd ertussen
		GHOL 4.39 GHOL 4.40	Weggehouden bij ouders Weghouden bij ouders
Ervaring	Ervaring	GHOM 1.30 GHOR 3.37 GHOM 5.19 GHOA 7.24	Lang in het vak Kenni van negentien jaar psychiatrie Opleidingen Ervaring
		GHOR 3.38 GHOR 3.39 GHOA 7.9	Snel herken Rustige en professionele manier Ervaring nodig
	Waardevol	GHOR 3.40 GHOR 3.42 GHOR 3.51 GHOR 3.53 GHOR 3.57	Veel baat bij Kenni wel meegenomen Voordeel GGZ ervaring waardevol Mooie aanvulling
Handvatten		GHOR 3.42 GHOR 3.43	KOPP-dag Dag met sprekers
		GHOR 3.44	Persoonlijk
		GHOR 3.45 GHOL 4.45	Niet echt nodig Ervaring opgebouwd
	Zelf verdiepen	GHOR 3.46 GHOR 3.47 GHOL 4.43 GHOL 4.46 GHOL 4.49 GHOL 4.51 GHOM 5.18 GHOV 6.24	Zelf op zoek Zelf op zoek Jezelf verdiepen Jezelf verdiepen Taak gezinshuisouder Jezelf verdiepen Zelf onderzoeken Inlezen
		GHOM 1.29	Je leert altijd
	Aanbod	GHOR 3.48 GHOR 3.49 GHOR 3.50 GHOL 4.44 GHOL 4.47 GHOL 4.52	Zorgaanbieder Aanbod is breed Op ingespeeld Cursuspakket Bijeenkomsten Ondersteuning waar nodig

		GHOL 4.53 GHOA 7.17 GHOA 7.18 GHOA 7.23	Keuze maken Bijscholing Intervisiegroep Opleiding
<i>Nodig hebben</i>		GHOM 5.20	Begeleiding ouders
		GHOA 7.20	Op de hoogte zijn
		GHOH 8.22	Dragen en verdragen
		GHOH 8.22	Objectiever

Bijlage 5. Beoordeling presentatie

Beoordeling door opdrachtgever Toets SW-8-INNOV-17 Presentatie Project Innoveren en ondernemen Jaar 4 18-19	Student 1: Janneke van Dijk Studentnr:	Student 2: Jeffrey Teunissen Studentnr: 150408
Titel Presentatie/Project:		Datum presentatie/ beoordeling: 27 mei 2019
Naam opdrachtgever/instelling/organisatie: Lectoraat Jeugd en Gezin		Kans: 1
Voorwaardelijk voor de presentatie: De opdrachtgever verklaart dat hij het opgeleverde product als voldoende beoordeelt (concreet en bruikbaar). Zie toelichtingsruimte.		
Naam opdrachtgever/werkveldbegeleider: Martine Noordegraaf E-mailadres: mnoordegraaf@che.nl Telefoonnummer: 0318-696300 Handtekening opdrachtgever/ werkveldbegeleider: 	Beoordeling: Student 1: V Student 2: V = Voldoende (V), mits A. op alle aangegeven criteria minimaal 3 punten is gescoord. NB: de punten van deze beoordeling van de presentatie per student worden door de beoordelaars van het verslag overgenomen op het beoordelingsformulier van de Toets SW-8-INNOV-17 Verslag, mits is voldaan aan de voorwaarden voor beoordeling (zie volgende rij deze tabel)	
Voldaan aan voorwaarden voor overnemen van beoordeling door opdrachtgever: Naast deze beoordeling is de powerpoint, prezi, een link met een filmpje van de presentatie of een beschrijving/draaiboek van de presentatie door de studenten opgenomen als bijlage in hun eindverslag van het Project Innoveren en Ondernemen.	Akkoord *Indien niet akkoord wordt niet overgegaan tot het overnemen van deze beoordeling op het volledige beoordelingsformulier. Er vindt afstemming met de opdrachtgever plaats.	
Beoordelingscriteria	Onvoldoende	Voldoende
Goed		
9.2.3. De sociaal werker presenteert resultaten uit eigen praktijkonderzoek aan professionals.		

12. Resultaten en aanbevelingen van het onderzoek zijn in relatie tot het eindproduct aan professionals gepresenteerd.	Er is geen presentatie gegeven aan professionals. In de presentatie zijn de resultaten en aanbevelingen van het onderzoek niet of onvolledig aan de orde geweest en/of niet verbonden aan het eindproduct. 0	Er is een presentatie gegeven aan professionals, waarbij de belangrijkste resultaten en aanbevelingen van het onderzoek in relatie tot het eindproduct naar voren zijn gebracht. 3	Als voldoende. De resultaten van het eigen praktijkonderzoek zijn helder en kritisch verwoord en zijn passend ter onderbouwing van de presentatie van het ontwikkelde eindproduct. 5
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 1:	Feedback/ toelichting: Janneke vertelt helder en duidelijk en praat ons door de resultaten heen. Ik mis een goed citaat of iets dergelijks per resultaat zodat we wat dichterbij de gesprekken met de gezinshuisouders of iets meepikken van de literatuur		
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 2:	Feedback/ toelichting: Jeffrey vertelt helder en duidelijk en praat ons door de aanbevelingen heen. Ook hierin mis ik wat verdieping. Af en toe een citaat of een verhaal uit de interviews zou mooi zijn. De interactie over de casus was leuk.		
13. De uitvoering van de presentatie is passend bij de inhoud van het onderzoek en het eindproduct en het beoogde publiek.	De uitvoering van de presentatie is niet passend bij het eindproduct en/of beoogde publiek. 0	De uitvoering van de presentatie past door de vormgeving bij de inhoud van het onderzoek en het eindproduct en sluit aan bij het beoogde publiek. 3	Als voldoende. De presentatie gaat gepaard met interactie met het publiek waarbij professionele afstemming of dialoog ten aanzien van het eindproduct wordt gezocht. 5
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 1:	Feedback/ toelichting: Janneke staat open voor vragen en beantwoordt deze ook goed.		
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 2:	Feedback/ toelichting: Jeffrey staat open voor vragen en zoekt ook contact met het publiek over de casus.		
Aantal punten student 1: 8			
Aantal punten student 2: 8			
*Toelichting op de beoordeling (voldoende) van het eindproduct door opdrachtgever (criteria: concreet en bruikbaar):			
Ik vind het product zeer bruikbaar. We nemen dit mee voor het maken van scholing voor gezinshuisouders en ook voor studenten. De casussen die gemaakt zijn, zijn bruikbaar en ook een goede vertaling uit het onderzoek.			

Eventueel algemene toelichting beoordeling/aanvullende opmerkingen:

Bijlage 6. Onderzoeksinstrument

Interviewvragen

Contact ouders

1. Welke psychiatrische problematieken komen bij de ouders het meeste voor?
 - Hoe vaak weten jullie dat er psychiatrische problematiek bij deze ouders speelt?
 - Hoe vaak weten jullie dit niet?
2. Wat merken jullie van deze psychiatrische problematiek? (onderverdelen in verschillende stoornissen).
3. Hoe vaak hebben jullie contact met deze ouders?
 - Op welke manier hebben jullie contact?
 - Hoe lang duurt het contact gemiddeld?
 - Wat zijn de meest gestelde vragen van deze ouders?

Samenwerking

4. Wat is de invloed van de psychiatrische problematiek op de samenwerking tussen jullie en de ouders?
5. Waar lopen jullie tegenaan in de samenwerking met ouders met psychiatrische problematiek?
6. Welk gedrag komen jullie tegen?
 - Welk gedrag vinden jullie moeilijk te hanteren?
 - Hoe hanteren jullie dit gedrag?

Beroepsproduct

7. Wat is helpend voor jullie in het samenwerkingscontact met deze ouders?
 - En wat is niet helpend?
8. Welke handvatten zijn er voor jullie om jullie kennis over psychiatrische problematiek te vergroten?
9. Wat zouden jullie nog nodig kunnen hebben om de samenwerkingsrelatie met deze ouders te verbeteren?