

BEHANDELING IN DE LEEFGROEP

Behandeling in de leefgroep
naar een werkmodel
L.E. Rietdijk
ISBN 90-6665-213-6
NUGI 744

© 1996 B.V. Uitgeverij SWP Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912^j het Besluit van 20 juni 1974, St. b. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, St. b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgeverij SWP (Postbus 578, 3500 AN Utrecht) te wenden.

BEHANDELING IN DE LEEFGROEP

naar een werkmodel

TOWARDS A PRACTICE ORIENTATED FRAMEWORK

FOR TREATMENT IN THE IN-PATIENT UNIT

PROEFSCHRIFT

Ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam op gezag van de
Rector magnificus

Prof.Dr P.W.C. Akkermans M.A.

en volgens besluit van het college voor promoties.
De openbare verdediging zal plaatsvinden op

woensdag 4 september 1996 om 11.45 uur

door

Leny Elizabeth Rietdijk
geboren te Amsterdam

Promotiecommissie

Promotoren: Prof.Dr F. Verheij
Prof.Dr M.G.M. van den Dungen

Overige leden: Prof.Dr F.C. Verhulst
Prof.Dr R.W. Trijsburg
Prof.Dr A.J.J.M. Ruijsenaars

INHOUD

~

<i>Hoofdstuk 1. Inleiding</i>	11
1.1 De voorgeschiedenis van het onderzoek	
1.2 Het wetenschappelijk kader van het onderzoek	
1.3 De doelstelling en de vraagstelling van het onderzoek	
1.4 De onderzoeksmethoden en fasen van onderzoek	
1.5 De kwaliteitseisen	
1.6 De opbouw van de dissertatie	
DEEL I. Het eerste deelonderzoek: Beschrijving van het werkmodel van het voorbeeldinstituut	
<i>Hoofdstuk 2. Onderzoeksontwerp van het eerste deelonderzoek</i>	19
2.1 De vraagstelling	
2.2 De opzet	
2.2.1 De werkwijze in het onderzoek	
2.2.2 Het theoretisch raamwerk	
• Welke systeembenadering?	
• Systeembegrippen	
• Systeembegrippen toegespitst op de vraagstelling	
• Een eerste ordening met behulp van het schema	
2.3 De onderzoeksprocedure	
2.3.1 Documentenanalyse	
2.3.2 Wijze van analyseren	
2.4 De kwaliteitseisen	
2.4.1 Kwaliteitseisen vanuit de literatuur	
2.4.2 Consequenties van de eisen voor de analyse van de publicaties	
2.5 Samenvatting	
<i>Hoofdstuk 3. Uitkomsten: het werkmodel van de hulpverleningsinstelling</i>	35
3.1 Beschrijving van de categorieën van het werkmodel	
3.1.1 De categorie doelgerichtheid	
• De doelgroep	
• De doeleinden	
3.1.2 De categorie structuur	
• Behandeling in de leefgroep	
• Individuele therapieën	
• Remediërend onderwijs	
• Farmacotherapie	
• Ouder- en gezinsbegeleiding	
3.1.3 De categorie coördinatie	
• Coördinatoren	
• Multidisciplinair samenwerken	
• Het systeem van overleg	
• Het systeem van verslaglegging	
• Een circuit van overleg en verslaglegging?	
3.1.4 De categorie continuïteit	

- 3.2 Interpretatie van de beschrijvingen van de categorieën
 - 3.2.1 Hogere abstractiebegrrippen
 - Differentiatie en integratie
 - Hiërarchie
 - Sturing
 - Lerend systeem
- 3.3 Schema's van de categorieën en van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling
 - 3.3.1 Schema van de categorie doelgerichtheid
 - 3.3.2 Schema van de categorie structuur
 - 3.3.3 Schema van de categorie coördinatie
 - 3.3.4 Schema van de categorie continuïteit
 - 3.3.5 Een samenhangend schema

Hoofdstuk 4. Uitkomsten: het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep

75

- 4.1 Beschrijving van de categorieën van het werkmodel
 - 4.1.1 De categorie doelgerichtheid
 - De doelgroep
 - De doeleinden
 - 4.1.2 De categorie structuur
 - Taken en activiteiten (inclusief basishouding, roldifferentiatie en technieken)
 - Verband tussen behandeling in de leefgroep als kern van de totale behandeling en de taken van de leefgroepwerker
 - 4.1.3 De categorie coördinatie
 - De hiërarchie in het bepalen van het behandelingsbeleid
 - Het systeem van overleg en verslaglegging
 - 4.1.4 De categorie continuïteit
- 4.2 Interpretatie van de beschrijvingen van de categorieën
 - 4.2.1 Hogere abstractiebegrrippen
 - Incorporatie
 - Hiërarchie
 - Sturing
 - Een zich ontwikkelend systeem
- 4.3 Schema's van de categorieën en van het werkmodel voor behandeling in de leefgroep
 - 4.3.1 Schema van de categorie doelgerichtheid
 - 4.3.2 Schema van de categorie structuur
 - 4.3.3 Schema van de categorie coördinatie
 - 4.3.4 Schema van de categorie continuïteit
 - 4.3.5 Een samenhangend schema

Hoofdstuk 5. Evaluatie van het eerste deelonderzoek

97

- 5.1 Het theoretisch raamwerk
- 5.2 De databron (publicaties)
- 5.3 De analyse van de data
- 5.4 De uitkomsten van het deelonderzoek
- 5.5 De kwaliteitseisen
- 5.6 De consequenties voor het volgend deelonderzoek

DEEL II. Het tweede deelonderzoek: Onderzoek naar het gebruik in de praktijk van een deel van het werkmodel in het voorbeeldinstituut

Hoofdstuk 6. Onderzoeksontwerp van het tweede deelonderzoek

105

- 6.1 De vraagstelling
- 6.2 De opzet en procedures

- 6.2.1 De interviews
- 6.2.2 De geïnterviewden (onderzoeksgroep)
- 6.2.3 De interviewer en de geïnterviewden
- 6.2.4 De analyse van de onderzoeksgegevens
 - De interviewprotocollen
 - Het computerprogramma
 - Het segmenteren van de interviewtekst en de bewerking van de segmenten
 - De terugkoppeling naar de geïnterviewden
 - De beschrijving van de resultaten
 - De terugkoppeling naar het onderzoeksveld
 - De wijze van analyseren van de samenvattingen
 - De interpretatie van de resultaten

6.3 Samenvatting

Hoofdstuk 7. Uitkomsten: het gebruik van een deel van het werkmodel in de praktijk 115

7.1 De uitkomsten

- 7.1.1 Multidisciplinair opstellen van het behandelingsplan (eerste onderzoeksvraag)
 - Toelichting
 - Reacties
 - Samenvatting van en conclusie over de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag
- 7.1.2 Het circulaire proces van behandelingsplanning (tweede onderzoeksvraag)
 - Toelichting
 - Reacties
 - Samenvatting van en conclusie over de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag
- 7.1.3 Het behandelingsplandocument (derde onderzoeksvraag)
 - Toelichting
 - Reacties
 - Samenvatting van en conclusie over de beantwoording van de derde onderzoeksvraag
- 7.1.4 Het werken met het behandelingsplan (vierde onderzoeksvraag)
 - Toelichting
 - Reacties
 - Samenvatting van en conclusie over de beantwoording van de vierde onderzoeksvraag

7.2 Samenvatting en conclusies

7.3 Interpretaties

- 7.3.1 Verschillende planningsdocumenten
- 7.3.2 De samenhang tussen planningsdocumenten en planningsdocumenten
- 7.3.3 De sturing van het (be)handelen door planning en de planningsdocumenten
- 7.3.4 Het systeem van overleg en verslaglegging nogmaals beschouwd
- 7.3.5 De consequenties voor de categorieën van het werkmodel

7.4 Consequenties voor het schema

Hoofdstuk 8. Evaluatie van het tweede deelonderzoek

135

8.1 De tot nu toe opgeleverde kennis

8.2 De onderzoeksprocedures

- 8.2.1 De interviews
- 8.2.2 De geïnterviewden, de interviewer en de controle van bias
- 8.2.3 De analyse van de data en de samenvattingen
- 8.2.4 De beschrijving van de resultaten en de nabespreking

- 8.2.5 De conclusies en interpretaties van het deelonderzoek
- 8.3 De kwaliteitseisen
- 8.4 De consequenties voor vervolgonderzoek

DBEL III. Het derde deelonderzoek: Onderzoek naar werkmodellen van twaalf gelijksoortige instituten

Hoofdstuk 9. Onderzoeksontwerp van het derde deelonderzoek

147

- 9.1 De vraagstelling
- 9.2 De opzet en procedures
 - 9.2.1 Twaalf kinderspsychiatrische klinieken onderzocht
 - 9.2.2 De interviews
 - 9.2.3 De geïnterviewden (de onderzoeksgroep)
 - 9.2.4 De interviewer
 - 9.2.5 De analyse van de onderzoeksgegevens
 - De interviewprotocollen
 - Het computerprogramma, de segmentering en bewerking van de interviewtekst
 - De terugkoppeling naar de geïnterviewden
 - De wijze van analyseren van de samenvattingen
 - De beschrijving van de resultaten
 - De consequenties voor het werkmodel van het voorbeeldinstituut
- 9.3 Samenvatting

Hoofdstuk 10. Uitkomsten: typen van werkmodellen van twaalf gelijksoortige instituten

155

- 10.1 De typen van werkmodellen
 - 10.1.1 De twee werkmodellen
 - Het inductieve werkmodel
 - Het deductieve werkmodel
 - 10.1.2 De vijf subwerkmodellen
 - Het inductieve relatie-communicatie model
 - Het inductieve autonomie model
 - Het deductieve doelen model
 - Het deductieve onvolledige werkmodel
 - Het deductieve geïntegreerde werkmodel
- 10.2 De categorieën van vier subwerkmodellen nader uitgewerkt
 - 10.2.1 Het inductieve relatie-communicatie model
 - Doelgerichtheid
 - Structuur
 - Coördinatie
 - 10.2.2 Het inductieve autonomie model
 - Doelgerichtheid
 - Structuur
 - Coördinatie
 - 10.2.3 Het deductieve doelen model
 - Doelgerichtheid
 - Structuur
 - Coördinatie
 - 10.2.4 Het deductieve onvolledige model
 - Doelgerichtheid
 - Structuur
 - Coördinatie

10.3	Kernverschillen tussen de werkmodellen	
10.3.1	Overlappingsen tussen het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en dat van de behandeling in de leefgroep	
10.3.2	Centraal stellen van de doeleinden in termen van kind en gezin en/of in termen van de behandeling	
10.3.3	Hiërarchie van doeleinden en planning	
10.3.4	Formalisatie van het systeem van overleg en verslaglegging	
10.3.5	Sturing van bovenaf of van onderop	
10.4	De consequenties van de uitkomsten op het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut	
<i>Hoofdstuk 11. Evaluatie van het derde deelonderzoek</i>		173
11.1	De toegevoegde kennis	
11.2	De onderzoeksprocedures	
11.3	De kwaliteitseisen	
<i>Hoofdstuk 12. Terugblik, discussie en vooruitblik</i>		179
12.1	Terugblik	
12.1.1	Resultaten die aan de doelstelling van dit onderzoek beantwoorden	
12.1.2	Verwachte, maar niet ingeloste resultaten	
12.1.3	Onverwachte resultaten	
12.2	Discussie	
12.2.1	De relevantie van dit onderzoek voor het voorbeeldinstituut en het bredere kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Algemene functie van explicitering van werkmodellen ● Behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek maakt behandeling aan de hand van geëxpliciteerde werkmodellen noodzakelijk ● Leefgroepwerkers zullen, indien ze professioneel willen behandelen, met geëxpliciteerde werkmodellen moeten werken ● Leefgroep- en behandelingscoördinatoren zullen, indien ze professioneel willen handelen, hun werkmodellen voor wat betreft de behandeling in de leefgroep moeten expliciteren ● Het belang van geëxpliciteerde werkmodellen van andere behandelingsdisciplines ● Binnen de hulpverleningsinstellingen is doorlopend onderzoek naar werkmodellen een noodzaak 	
12.2.2	De relevantie van dit onderzoek voor het bredere veld van jeugdzorg	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Algemeen ● Invulling van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en het werkmodel van de behandeling in de leefgroep ● Inductieve en/of deductieve werkmodellen? 	
12.2.3	De relevantie van dit onderzoek voor de maatschappij	
12.3	De relevantie van dit onderzoek voor de wetenschap, een vooruitblik	
<i>Bijlagen I t/m V</i>		193
<i>Literatuur</i>		221
<i>Samenvatting</i>		231
<i>Summary</i>		233
<i>Dankwoord</i>		235
<i>Curriculum vitae</i>		237

Metafoor: Het onderzoeksveld als moeras

In het moeras treft men een beperkt aantal hoge en droge plekken te midden van een groot oppervlak aan drassig land, diep en ondiep water en stukken drijfzand. Een groot deel van de onderzoekers concentreert zich op de hoge en droge plekken. Dat zijn de plekken waarop zij met hun instrumenten goed uit de voeten kunnen. Zij kijken vanuit die zekere positie over het moeras en voelen zich vaak verheven boven de ploetersaars in het lagere gedeelte van het moeras. Het is alleen jammer dat de echt belangrijke ontwikkelingen en problemen zich meestal diep in het moeras afspelen op plekken waar het zware instrumentarium elk moment kan wegzakken. Onderzoekers die zich daar wagen lopen het risico kopje onder te gaan en de vaste grond te verliezen.

Hartog, F. den, & Sluijs, E. van (1995). De kennisonderneming. In F. den Hartog & E. van Sluijs (red.), *Onderzoek in organisaties, een methodologische reisgids* (p. 40). Assen: Van Gorcum.

1 INLEIDING

~

Empirisch onderzoek naar de behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek in de leefgroep van (semi)residentiële instellingen is tot op heden nog nauwelijks op gang gekomen. Dit geldt ook voor de behandeling in de leefgroep van een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. In deze inleiding zal aan de orde komen:

- de voorgeschiedenis van het onderzoek (1.1);
- het wetenschappelijk kader van het onderzoek (1.2);
- de doelstelling en de vraagstelling van het onderzoek (1.3);
- de onderzoeksmethoden en fasen van onderzoek (1.4);
- de kwaliteitseisen (1.5);
- de opbouw van de dissertatie (1.6).

1.1 De voorgeschiedenis van het onderzoek

In 1989 is in de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis een onderzoeksproject naar de verbetering van de kwaliteit van intensieve (semi)residentiële behandeling gestart. Het uitgangspunt van het project is dat *systematische en consistente procesbeschrijving van de behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek* centraal komt te staan en niet de psychopathologie van de opgenomen kinderen en jeugdigen of het effect van de behandeling.

Binnen het totale onderzoeksproject zijn drie trajecten A, B en C geformuleerd. De volgende redenering heeft daartoe als leidraad gediend. Ernstige psychopathologie van kinderen en jeugdigen die over langere tijd bestaat, kan opgevat worden als verstoring van en/of stoornissen van en in de ontwikkeling. Deze stoornissen zijn het resultaat van de wisselwerking tussen biologische, cognitieve, emotionele en sociale factoren. Ieder traject zal zich gaan richten op een ontwikkelingsdomein, waardoor het mogelijk zal worden om de systematiek van de (semi)residentiële behandeling binnen het geheel van de ontwikkeling te beschrijven.

Traject A richt zich op de biologische ontwikkeling, traject B op de cognitieve ontwikkeling en traject C op de emotioneel-sociale ontwikkeling. Ieder traject heeft tot doel het proces van de behandeling van kinderen met stoornissen in de ontwikkeling systematisch en consistent te beschrijven. Door deze beschrijving zal kennis over de behandeling van kinderen met stoornissen in de ontwikkeling geëxpliciteerd kunnen gaan worden. Door een consistente procesbeschrijving zal binnen het circuit van informatieoverdracht in het instituut inzicht in en ordening van strategische beslissingsmomenten verkregen worden.

In deze dissertatie zal verslag gedaan worden van traject C. Dit traject richt zich op de behandeling van de emotioneel-sociale ontwikkeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek in de leefgroep van (semi)residentiële instellingen. Hieronder zal een nadere uitwerking van het wetenschappelijk kader van traject C aan de orde komen.

1.2 Het wetenschappelijk kader van het onderzoek

Reeds is gesteld dat het uitgangspunt van het totale onderzoeksproject *systematische en consistente procesbeschrijving van de behandeling* is. Voor traject C betekende deze keuze dat dit onderzoek gebaseerd is op het kennisbestand over de behandeling in de leefgroep dat tot dan toe ontwikkeld is. Deze kennis moest het type onderzoek dat verricht gaat worden, gaan bepalen.

Voor de opzet van het onderzoek is nagegaan welk type onderzoek verricht is naar de behandeling in de leefgroep en welke kennis dit opleverde. Enerzijds betreffen de onderzoeken naar behandeling in de leefgroep het ontwikkelen, invoeren en evalueren van bepaalde behandelingsprogramma's en methodieken (Hansen, 1988; Kok, 1991; Vlaskamp, 1993). Dit wordt ook wel de *'input/output'-evaluatie* of *'black box'-evaluatie* genoemd (Chen, Rossi, 1983; Lipsey, 1987; Bickman, 1987). Deze vorm van evaluatie wordt gekenmerkt door een focus die primair gericht is op de globale relatie tussen de 'input' en de 'output' van een programma zonder aandacht te schenken aan de transformatieprocessen tussen de 'input' en de 'output' (Chen, 1990). Anderzijds betreffen deze onderzoeken de effecten van de individuele behandeling in de residentiële hulpverleningsinstelling (Hansen, 1988). Er is geen onderzoek gevonden dat het *proces van de behandeling in de leefgroep* nagaat.

Een probleem is dat er nog geen getoetst conceptueel kader is voor de beschrijving en analyse van het proces van de behandeling in de leefgroep (Hansen, 1988). De fundering van concepten en aannamen ten behoeve van het verzamelen en analyseren van data is nog nauwelijks ontwikkeld (Ainsworth, Walker, 1983; Hansen, 1988; De Ruyter, 1992; Ligthart, Daal, 1992). Wanneer behandeling in de leefgroep als programma opgevat wordt, moet geconstateerd worden dat de theorievorming over dergelijke programma's nog beperkt ontwikkeld is (Chen, 1990). Hansen (1988) merkte in dit verband op dat door het gebruik van niet relevante, vanuit de praktijk van de behandeling afgeleide concepten, de uitslagen en conclusies van dit type onderzoek weinig betekenis hebben.

Van Gageldonk en Bartels (1991) concludeerden binnen een overzichtsonderzoek naar evaluatie-onderzoek in de jeugdhulpverlening dat: *'...alle typen onderzoeksdesign van belang zijn, al naar gelang het stadium van kennisverwerving waarin men zich bevindt. Zonder niet-experimenteel onderzoek (bijvoorbeeld naar de achtergronden en kenmerken van de cliënten en naar het verloop van het hulpverleningsproces) kan men meestal geen interventie-onderzoek doen, want het is niet bekend wat belangrijk is en wat en hoe er moet worden gemeten. Effectonderzoek zou in dat geval nog voorbarig zijn en dus waarschijnlijk geen zinvol resultaat opleveren. Heeft men door niet-experimenteel onderzoek voldoende gegevens verkregen, dan moet men verder en bijvoorbeeld vooruitgangsonderzoek doen (pre-experimenteel). Blijkt vooruitgang, dan is het zaak na te gaan of deze vooruitgang ook effect heeft, en dan is effectonderzoek gewenst. De resultaten daarvan kunnen weer vragen oproepen die men in een volgend niet- of pre-experimenteel onderzoek uitdiept. Aldus ontstaat er een soort cyclus, een opgaande spiraal, waarin elk soort onderzoek zijn eigen plaats krijgt'*.

Op basis van het voorgaande kan geconcludeerd worden dat vooralsnog *systematische procesbeschrijving van de behandeling in de leefgroep* zal moeten plaatsvinden, waarbij relevante concepten en aannamen gedistilleerd dienen te worden voordat er sprake zal kunnen zijn van evaluatie, interventie of effectonderzoek. Dit betekent dat de praktijk van de behandeling het vertrekpunt is voor de systematische procesbeschrijving. In dit verband kan er gesproken worden van praktijkgericht onderzoek (Plooi, Van den Dungen, 1985; Swaans-Joha, Hox, 1989; Swanborn, 1989).

De consequentie van het ontbreken van een getoetst begrippenkader voor het onderzoek is dat systematische beschrijving vooralsnog zal moeten plaatsvinden aan de hand van een zo globaal mogelijk begrippenkader. Een kader dat de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk zo dicht mogelijk zal dienen te benaderen.

De vraag is vervolgens welk begrippenkader gehanteerd moet worden. Gekozen is voor het begrip *werkmodel*. Egan (1989) omschreef werkmodel als 'een model dat de gebruiker in staat stelt concrete en specifieke doeleinden te bereiken en om dat op een efficiënte wijze te doen. Een model is een raamwerk of een visuele karakteristiek van hoe de zaken in feite in hun werk gaan of hoe ze in hun werk zouden kunnen gaan onder ideale omstandigheden. Zo'n model is een soort cognitieve kaart waarop te zien is hoe iets in elkaar is gezet ofwel een kaart die de stappen in een proces illustreert en laat zien hoe de ene stap voortvloeit uit een andere'.

Een voordeel van deze omschrijving van het begrip werkmodel is dat deze dusdanig ruim geformuleerd is dat het als basisbegrip gebruikt kan worden voor de systematische beschrijving van de behandeling in de leefgroep. In deze definitie staan de elementen van de behandeling in de leefgroep niet van te voren vast, evenmin als de stappen aan de hand waarvan behandeld wordt. Door middel van onderzoek is het evenwel mogelijk om de elementen en de stappen te achterhalen en te expliciteren. Het onderzoek heeft dan als doel het werkmodel aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt, te expliciteren. Met behulp van het begrip werkmodel is het mogelijk om de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek in de volgende paragraaf te omschrijven.

1.3 De doelstelling en de vraagstelling van het onderzoek

In paragraaf 1.2 is gesteld dat het begrip werkmodel als basisbegrip gebruikt zal gaan worden voor de systematische beschrijving van de behandeling in de leefgroep. Het begrip werkmodel zal door onderzoek geëxpliciteerd moeten gaan worden. De vraag is of het onderzoek naar het werkmodel beperkt moet blijven tot de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis of dat er meerdere klinieken bij het onderzoek betrokken dienen te worden. De keuze is afhankelijk van de vraag welke kennis er nagestreefd wordt. Wanneer het onderzoek zich beperkt tot één kliniek kan verwacht worden dat er minder gegeneraliseerde kennis verkregen wordt dan wanneer meerdere klinieken in het onderzoek betrokken worden. Gekozen is om te generaliseren kennis na te streven. Om dit te bewerkstelligen zal er worden gestart met een systematische beschrijving van het proces van de behandeling in de leefgroep in de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. Deze kliniek dient in dit onderzoek als voorbeeldinstituut voor de beschrijving van de andere kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken. In deze dissertatie zal deze kliniek in het vervolg *het voorbeeldinstituut* worden genoemd.

Nadat er een systematische beschrijving is gegeven van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut, zal er onderzoek binnen het voorbeeldinstituut worden verricht. Vervolgens zal er in twaalf kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken onderzoek plaatsvinden, eveneens resulterend in een systematische beschrijving van het proces van de behandeling in de leefgroep. In deze dissertatie zullen deze klinieken in het vervolg *gelijksoortige instituten* worden genoemd. Door vergelijking van de systematische beschrijvingen van de diverse werkmodellen zal het mogelijk worden om relevante concepten te bepalen en te funderen. Eveneens kunnen er werkmodellen geëxpliciteerd worden en zullen er typen van werkmodellen te onderscheiden zijn.

Op basis van de in de samenvatting van paragraaf 1.1 genoemde redenen voor de keuze van het uitgangspunt van traject C en het in deze paragraaf genoemde streven naar meer te generaliseren kennis over de behandeling in de leefgroep, is de doelstelling van het onderzoek bepaald.

De *doelstelling van het onderzoek* luidt: 'het expliciteren van het werkmodel aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt'.

De *vraagstelling van het onderzoek* is vervolgens te formuleren en luidt: 'welke is het werkmodel aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep van (semi)residentiële instellingen vorm gegeven wordt'.

De vraagstelling moet, gezien de hiervoor weergegeven overwegingen, gesplitst worden in een aantal *onderzoeksvragen*:

- welke is het werkmodel van het voorbeeldinstituut;
- welke is het werkmodel van gelijksoortige instituten;
- welke typen van werkmodellen zijn er te onderscheiden;
- welke zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de diverse werkmodellen.

1.4 De onderzoeksmethoden en fasen van onderzoek

Guba en Lincoln (1988) en Cassell en Symon (1994) stelden dat in praktijkgericht onderzoek de fasen en onderzoeksmethoden niet van te voren vaststaan. Er is sprake van een 'recycling' proces waarbij de omschrijving van de vraagstelling, de vaststelling van de onderzoeksmethoden en de wijze van analyseren van het verkregen materiaal elkaar afwisselen. Gezien dit proces moeten de in paragraaf 1.3 genoemde vraagstelling en onderzoeksvragen als richtinggevend beschouwd worden voor het ontwerpen van methoden en procedures voor de fasen van onderzoek. In dit onderzoek zijn de fasen van onderzoek opgevat als deelonderzoeken met ieder een eigen vraagstelling, methode van onderzoek en wijze van analyseren van de onderzoeksgegevens. Er is sprake van drie *deelonderzoeken*:

- het *eerste deelonderzoek* is gericht op de beschrijving van het werkmodel van het voorbeeldinstituut.

De vraagstelling luidt welke het werkmodel is voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut. Om deze beschrijving mogelijk te maken wordt er van tevoren een theoretisch raamwerk vastgesteld om het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep te kunnen construeren. Met behulp van het raamwerk is er een analyse verricht van de publicaties van het voorbeeldinstituut die de behandeling in de leefgroep betreffen. De uitkomsten van het deelonderzoek, de beschrijving van het werk-

model voor de behandeling in de leefgroep en de interpretaties daarvan, worden vervolgens in schema weergegeven. Op basis van de uitkomsten wordt het tweede deelonderzoek ontworpen;

- het *tweede deelonderzoek* is gericht op onderzoek naar het gebruik in de praktijk van een deel van het werkmodel van het voorbeeldinstituut. Hiertoe kunnen de opvattingen van de medewerkers over het gebruik achterhaald worden. Op basis hiervan kan de vraagstelling geformuleerd worden.

De vraagstelling luidt welke de opvattingen van de medewerkers van het voorbeeldinstituut zijn over het werkmodel zoals beschreven en gebruikt. Hiertoe worden medewerkers geïnterviewd. De interviews worden geanalyseerd tegen de achtergrond van het werkmodel dat in het eerste deelonderzoek geformuleerd is. Op deze wijze is het mogelijk om vanuit het beschreven werkmodel van het voorbeeldinstituut na te gaan hoe dit in de praktijk gehanteerd wordt door de medewerkers. Deze gegevens zijn gebruikt om het beschreven werkmodel aan te passen. Tevens kunnen consequenties voor het ontwerp voor het derde deelonderzoek afgeleid worden;

- het *derde deelonderzoek* is gericht op de werkmodellen van twaalf gelijksoortige instituten. De vraagstelling van dit deelonderzoek luidt welke de opvattingen van de medewerkers van de gelijksoortige instituten zijn over het werkmodel aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep vorm wordt gegeven. In dit deelonderzoek wordt gebruik gemaakt van interviews van de medewerkers. De analyse van de gegevens van de interviews vindt plaats tegen de achtergrond van het in het tweede deelonderzoek geformuleerde schema.

1.5 De kwaliteitseisen

In elk van de drie hierboven genoemde deelonderzoeken kunnen drie *onderzoeksactiviteiten* onderscheiden worden: formuleren van een theoretisch raamwerk, verzamelen van data, analyseren van data en interpreteren van de uitkomsten. Aan ieder wetenschappelijk onderzoek worden kwaliteitseisen gesteld. Ook voor deze onderzoeksactiviteiten dienen kwaliteitseisen geformuleerd te worden.

Voor praktijkgericht onderzoek gelden enerzijds dezelfde *kwaliteitseisen* als voor niet praktijkgericht onderzoek (bijvoorbeeld experimenteel onderzoek). Objectiviteit, betrouwbaarheid en validiteit worden ook voor praktijkgericht onderzoek nagestreefd. Anderzijds geeft het type onderzoek, namelijk praktijkgericht onderzoek, in deze dissertatie aanleiding om de begrippen objectiviteit, betrouwbaarheid en validiteit anders te benoemen. Miles en Huberman (1984) gaven een overzicht van de benamingen van de kwaliteitseisen die voor kwalitatief onderzoek gehanteerd worden.

Kwaliteitseisen betreffen niet alleen de uitkomsten van het onderzoek, maar ook voorzorgsmaatregelen die genomen worden om tijdens het onderzoek te kunnen voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. De onderzoeker neemt voorzorgsmaatregelen en evalueert de effecten van deze maatregelen op de onderzoeksresultaten. Miles en Huberman (1984, 1994) stelden dat de wijze van onderzoek die tot de onderzoeksresultaten leidt, geëvalueerd dient te worden. Ze onderscheidden verschillende tactieken ('tactics'), zowel om betekenissen te genereren ('generating meanings') als om de resultaten te bevestigen ('confirming the findings'). Swanborn (1987) stelde de kwaliteitseis van openbaarheid van de gevolgde onder-

zoeksmethode. Er dient inzicht gegeven te worden wat betreft de werkwijze die in het onderzoek gevolgd is. Deze openbaarheidseis houdt mede in dat de voorzorgsmaatregelen en de tactieken die gevolgd zijn, beschreven en geëvalueerd worden. Op deze wijze zal tegevoet gekomen worden aan de kwaliteitseis van intersubjectieve navolgbaarheid (IJzen-
doorn, Miedema, 1986). IJzen-
doorn en Miedema (1986) stelden dat intersubjectieve navolgbaarheid een overkoepelende kwaliteitseis is van de kwaliteitseisen betrouwbaarheid en validiteit.

Voor ieder deelonderzoek zullen de kwaliteitseisen besproken worden. In het onderzoeksontwerp zal aan de orde komen welke voorzorgsmaatregelen er genomen zijn om aan de kwaliteitseisen te voldoen. Aangegeven zal worden welke de kwaliteitseisen zijn die nagestreefd gaan worden.

In de evaluatie van ieder deelonderzoek zal op de voorzorgsmaatregelen gereflecteerd worden. Tevens zal ingegaan worden op het theoretisch raamwerk, de databron, de wijze van analyseren en de wijze van interpreteren van de uitkomsten.

1.6 De opbouw van de dissertatie

De opbouw van deze dissertatie bestaat uit drie delen.

Deel I betreft het eerste deelonderzoek 'Beschrijving van het werkmodel van het voorbeeldinstituut'. In hoofdstuk 2 wordt het onderzoeksontwerp van dit deelonderzoek beschreven. In de hoofdstukken 3 en 4 komen de uitkomsten van het deelonderzoek aan de orde. In hoofdstuk 5 wordt het deelonderzoek geëvalueerd.

Deel II betreft het tweede deelonderzoek 'Onderzoek naar het gebruik in de praktijk van een deel van het werkmodel in het voorbeeldinstituut'. In hoofdstuk 6 wordt het onderzoeksontwerp van dit deelonderzoek besproken, in hoofdstuk 7 komen de uitkomsten aan de orde en in hoofdstuk 8 volgt de evaluatie.

Deel III betreft het derde deelonderzoek 'Onderzoek naar werkmodellen van twaalf gelijksoortige instituten'. In hoofdstuk 9 wordt het onderzoeksontwerp besproken en in hoofdstuk 10 worden de uitkomsten besproken. In hoofdstuk 11 wordt het deelonderzoek geëvalueerd.

Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 12, betreft een nabeschuiving van het onderzoek.

DEEL I

Het eerste deelonderzoek

**Beschrijving van het werkmodel
van het voorbeeldinstituut**

2

ONDERZOEKSONTWERP VAN HET EERSTE DEELONDERZOEK

~

In hoofdstuk 1 is gesteld dat de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt aan de hand van een werkmodel. In dit hoofdstuk zal het eerste deelonderzoek naar het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut aan de orde komen.

Uitgegaan wordt van de vraagstelling van dit deelonderzoek: welke is het werkmodel aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut vorm gegeven wordt (2.1).

De opzet van dit deelonderzoek zal besproken worden (2.2). De werkwijze in het onderzoek komt aan de orde (2.2.1). Er wordt een theoretisch raamwerk vastgesteld om het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep te kunnen construeren (2.2.2).

Vervolgens zullen de onderzoeksprocedures van dit deelonderzoek besproken worden. Met behulp van het theoretisch raamwerk zal er een analyse van publicaties van het voorbeeldinstituut die handelen over de behandeling in de leefgroep, plaatsvinden (2.3).

De kwaliteitseisen die gesteld worden aan dit deelonderzoek komen aan de orde (2.4).

Tenslotte zal een samenvatting van dit hoofdstuk gegeven worden (2.5).

De uitkomsten van het deelonderzoek, namelijk de beschrijving van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep en de weergave daarvan in een schema, zullen in de hoofdstukken 3 en 4 aan de orde komen.

2.1 De vraagstelling

In hoofdstuk 1 is genoemd dat de vraagstelling van het eerste deelonderzoek luidt: *'welke is het werkmodel aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut vorm gegeven wordt'*. Deze vraagstelling is evenwel globaal en behoeft nadere uitwerking om tot beantwoording ervan te kunnen komen. Nadere uitwerking betreft de vaststelling van de grenzen van de vraagstelling van het onderzoek. Guba en Lincoln (1988) noemden dit het *'bounding problem'*. In tegenstelling tot experimenteel onderzoek, waarbij de variabelen die onderzocht worden scherp omschreven zijn, geldt dit niet voor praktijkgericht onderzoek. Guba en Lincoln stelden dat de parameters van het probleem (of van dat wat geëvalueerd wordt) dienen om de onderzoeksgrenzen te bepalen. Voor het huidige onderzoek betekent dit dat het begrip werkmodel en de relatie van dit begrip met de behandeling in de leefgroep uitwerking behoeven. Zolang deze uitwerking niet heeft plaatsgevonden, is het niet mogelijk om de opzet en de procedures van het deelonderzoek te ontwikkelen hetgeen nodig is om de vraagstelling te beantwoorden.

In paragraaf 1.2 is duidelijk gemaakt waarom voor het begrip *werkmodel* (aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt) is gekozen. Dit begrip is globaal en neutraal. De vraag is welke elementen en processen het werkmodel bevat.

Bij aanvang van het onderzoek is het werkmodel als volgt omschreven (Rietdijk, 1991b): 'In residentiële behandelingsinstituten wordt de behandeling meestal vorm gegeven aan de hand van een werkmodel. Model wordt in zijn dagelijkse betekenis opgevat. Het werkmodel kan meer of minder expliciet uitgewerkt of impliciet gebleven zijn. Het heeft vaak een cyclisch karakter en wordt vorm gegeven vanuit de gedachte van de regulatieve cyclus (Van Strien, 1975). De behandeling wordt dan opgevat als een gefaseerd cyclisch hulpverleningsproces'.

Deze omschrijving geeft het procesmatig karakter in het werkmodel weer.

In het voorbeeldinstituut wordt dit proces in het werkmodel weerspiegeld in de aldaar gehanteerde circuits van overleg en verslaglegging. Het bestaat uit vier delen: observatie en registratie - bespreken en diagnosticeren - beoogd handelen - direct handelen. De vraag kan gesteld worden of dit proces het enige werkzame element van een werkmodel is. Zijn er geen andere belangrijke elementen aan te wijzen?

Benieder die de behandeling in de leefgroep helpt vorm te geven, weet dat de vormgeving niet alleen bestaat uit het volgen van procedures, maar dat er ook vanuit doelstellingen, visies en theoretische uitgangspunten gewerkt wordt. Reeds op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de eerste omschrijving te beperkt is. In de eerdere omschrijving van het werkmodel zit onvoldoende de praktijk van de behandeling in de leefgroep verrat. De werkelijkheid (het geheel aan 'feiten') wordt er onvoldoende in weerspiegeld. Er worden onvoldoende parameters van het onderzoek in weergegeven. Om te kunnen bepalen welke het 'volledige' werkmodel is, zal eerst nagegaan moeten worden hoe precies gewerkt wordt aan de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. Wanneer dit nagegaan is, zal het pas mogelijk worden vast te stellen welke het 'volledige' werkmodel is. Het werkmodel kan dan inhoud krijgen vanuit de verkregen resultaten van het onderzoek naar de vormgeving van de behandeling in de leefgroep.

In plaats van uit te gaan van de eerste omschrijving van het begrip werkmodel is het nodig een andere weg te zoeken om de vraagstelling te kunnen beantwoorden. Primair moet nagegaan worden wat de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut precies inhoudt. Uit welke elementen bestaat de behandeling in de leefgroep? Wanneer de behandeling in de leefgroep beschreven is en de elementen van de behandeling in de leefgroep vastgesteld zijn, is het mogelijk om het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep te formuleren.

De vraagstelling moet op basis van het voorgaande veranderd worden in de *onderzoeksvragen*:

- welke is de beschrijving van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut;
- uit welke elementen bestaat de behandeling in de leefgroep;
- welke samenhangen zijn er tussen de elementen te constateren;
- welke is het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep dat vanuit de beschrijving geformuleerd kan worden.

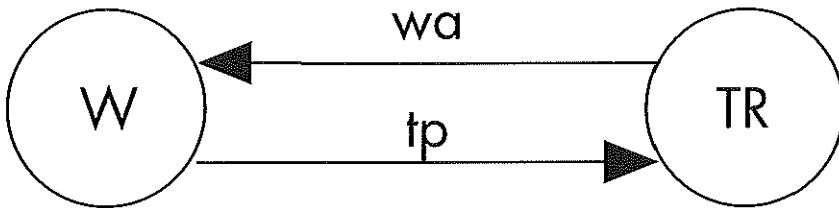
2.2 De opzet

In de navolgende paragrafen zullen achtereenvolgens de werkwijze in het onderzoek (2.2.1) en de constructie van het theoretisch raamwerk (2.2.2) besproken worden.

2.2.1 De werkwijze in het onderzoek

Het onderzoek gaat uit van een analyse van een zo breed mogelijke werkelijkheid. Om de werkelijkheid te kunnen analyseren is het nodig om een theoretisch raamwerk te construeren. De gegevens uit de werkelijkheid kunnen in het theoretisch raamwerk geplaatst worden. Aldus krijgt het theoretisch raamwerk invulling vanuit de werkelijkheid. Vanuit een ingevuld theoretisch raamwerk wordt het mogelijk om het werkmodel af te leiden. Voor de vraagstelling van het onderzoek betekent het voorgaande dat het uitgangspunt van het onderzoek de werkelijkheid van vormgeving aan de behandeling in de leefgroep is (in figuur 2.1 wordt de werkelijkheid met W aangeduid). Deze werkelijkheid zal geanalyseerd worden door middel van een te construeren theoretisch raamwerk (in de figuur wordt het theoretisch raamwerk met TR aangeduid). De wijze van analyseren met behulp van het theoretisch raamwerk zal vastgesteld moeten worden (in de figuur wordt de wijze van analyseren met wa aangeduid). De gegevens uit de werkelijkheid kunnen teruggeplaatst worden in het theoretisch raamwerk (in de figuur wordt terugplaatsen met tp aangeduid). De resultaten van de analyse zullen worden gebruikt voor de formulering van het werkmodel.

FIGUUR 2.1: WERKWIJZE IN HET ONDERZOEK



W = werkelijkheid
 TR = theoretisch raamwerk
 wa = wijze van analyseren
 tp = terugplaatsen

2.2.2 Het theoretisch raamwerk

Gesteld is dat het theoretisch raamwerk de werkelijkheid zo dicht mogelijk zal moeten benaderen. Het theoretisch raamwerk wordt dan opgevat als waarnemingskader waarachter de werkelijkheid schuilgaat en onderzocht kan worden (Van den Dungen, Plooi, 1985). De

vraag rijst welke eisen er gesteld moeten worden aan het *theoretisch raamwerk* om de werkelijkheid zo dicht mogelijk te kunnen benaderen. De volgende eisen zijn er in dit onderzoek aan gesteld:

- het theoretisch raamwerk zal zodanig moeten zijn dat de werkelijkheid van het onderzochte vanuit een zo algemeen mogelijk gezichtspunt wordt beschouwd;
- in het theoretisch raamwerk zullen doeleinden vervat zijn. Deze moeten geëxpliciteerd worden. Wanneer deze doeleinden niet geëxpliciteerd worden bestaat het gevaar dat er een verwijdering van de werkelijkheid ontstaat;
- het theoretisch raamwerk zal categorieën en concepten moeten bevatten die de gegevens van de werkelijkheid kunnen ordenen. De categorieën en concepten mogen daartoe niet te breed en niet te smal zijn. Wanneer het een of het ander wel het geval is dan bestaat het gevaar dat er respectievelijk veel gegevens doorheen vallen of dat veel gegevens geheel niet opgemerkt worden.

Nadat de eisen voor de constructie van een theoretisch raamwerk geformuleerd zijn, rijst de vraag welke inhoud het raamwerk moet krijgen. Welke (categorieën en concepten van) theorieën komen in aanmerking, rekening houdend met de genoemde eisen?

Conform Reese en Overton (1970) stelden Rietdijk en Verheij (1991) dat in instellingen waarin behandeld wordt twee families van theorieën de meest belangrijke plaats innemen. Enerzijds is er de familie van de ontwikkelingstheorieën en anderzijds de familie van de leertheorieën. Deze theorieën zijn inhoudelijke theorieën in tegenstelling tot de derde familie, die van de systeemtheorieën. In het verlengde van en in wisselwerking met de inhoudelijke theorieën worden theorieën gebruikt, die inherent zijn aan de in de instelling voorkomende therapievormen. 'Iedere behandelingsvorm kent één of meerdere eigen specifieke theorieën. Voorbeelden hiervan zijn de 'sociale case-work theory' wat betreft het maatschappelijk werk of de testtheorieën van orthopedagoog en psycholoog'.

Verheij (1988) pleitte ervoor om de algemene systeemtheorie te gebruiken in het verlengde van de inhoudelijke theorieën. In een volgende publicatie (Verheij, 1989c) plaatste hij de theorieën in een raamwerk dat diende om weer te geven welke theorieën er in een instituut voor intensieve residentiële behandeling tijdens de behandeling gehanteerd worden. Al deze theorieën kunnen dus verenigd worden in een theoretisch raamwerk voor de vormgeving van de behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek in (semi)residentiële hulpverleningsinstellingen. De vraag is of dit theoretisch raamwerk voor dit deelonderzoek geschikt is.

Indien er rekening gehouden wordt met de eerder gestelde eisen, zal een aantal van vernoemde theorieën niet in aanmerking komen voor het theoretisch raamwerk. Het betreft de inhoudelijke theorieën. Wanneer er in het raamwerk inhoudelijke theorieën geplaatst worden, wordt niet voldaan aan de eis de werkelijkheid vanuit een zo algemeen mogelijk gezichtspunt te bekijken. Tevens bestaat het gevaar dat de categorieën te smal of te breed zijn waardoor een deel van de werkelijkheid onopgemerkt blijft.

De systeemtheorie voldoet wel aan de drie in de eerste alinea genoemde eisen. In het algemeen wordt aan de systeemtheorie de waarde gehecht dat de systeemtheoretische benadering op te vatten is als een methodologisch te verantwoorden ken-instrument om de georganiseerde complexiteit van gehelen zichtbaar te maken (Van Tilburg, Milders, 1988). Hanken en Reuver (1977) stelden dat de systeemtheorie een methode is om de problemen vanuit een algemeen gezichtspunt te benaderen. De systeemtheorie beoogt een metatheorie te zijn aan de hand

waarvan doeleinden zijn vast te stellen. De systeemtheorie kent systeembegrippen die kunnen dienen als categorieën om de werkelijkheid te analyseren, mits er rekening gehouden wordt met het niveau van complexiteit van de werkelijkheid waarop de begrippen toegepast worden. Op basis van deze karakteristieken komt de systeemtheorie tegemoet aan de hiervoor genoemde eisen die aan het theoretisch raamwerk voor dit onderzoek gesteld dienen te worden.

In de volgende paragrafen zal uiteengezet worden hoe het systeemtheoretisch raamwerk geconstrueerd is. Eerst zal beargumenteerd worden voor welke systeembenadering gekozen is. Vervolgens wordt besproken welke systeembegrippen gebruikt worden en tenslotte zullen de systeembegrippen worden toegespitst op de vraagstelling van dit deelonderzoek.

Welke systeembenadering?

Inherent aan de keuze voor een systeemtheoretisch raamwerk wordt *de behandeling in de leefgroep als een systeem beschouwd*. Hiermee wordt iets in de werkelijkheid als een systeem beschouwd. Systeembegrippen en systeemmodellen zijn nodig om de werkelijkheid te ontsluiten. De vraag is welke systeembenadering de meest geschikte is. Omdat de vormgeving van de behandeling in de leefgroep plaatsvindt in een hulpverleningsinstelling, ligt het voor de hand om in de organisatiekunde te zoeken naar de meest geschikte systeembenadering. In de organisatiekunde worden *vier stromingen* in de systeemleer onderscheiden: de filosofische stroming, de organistische stroming, de conceptuele stroming en de methodische stroming (De Leeuw, 1990):

- *de filosofische stroming*; deze stroming gaat ervan uit dat er een fundamentele eenheid en samenhang in de ons omringende wereld aanwezig is. De opvattingen over de aard van het zijnde, van dat wat bestaat, van dat wat is, worden aangeduid met de term ontologie. In de organisatiekunde komt deze stroming weinig naar voren;
- *de organistische stroming*; deze stroming tracht een theorie te ontwikkelen die een universele verklaring biedt voor het gedrag van alle levende verschijnselen: cellen, planten, dieren, individuen, groepen en organisaties. In deze stroming worden organisaties beschouwd als levende organismen die allerlei verschijnselen vertonen die voor organismen kenmerkend zijn, zoals streven naar overleving ('survival'), groei en uitwisseling van materie met de omringende omgeving. Alle aan de biologie ontleende systeemdenkbeelden, waarin de organisatie als organisme beschouwd wordt, worden onder de organistische stroming gerangschikt. Von Bertalanffy (1968) is de grondlegger van deze stroming. In de organisatiekunde komt deze stroming veelvuldig voor;
- *de conceptuele stroming*; deze stroming gaat ervan uit dat organisaties of delen daarvan als systeem opgevat worden. Er zijn verschillende wijzen waarop organisaties als systeem opgevat kunnen worden. In de conceptuele stroming zijn de systeembegrippen en denkwijzen vooral instrumenten en hulpmiddelen om de werkelijkheid te analyseren. De nadruk wordt gelegd op het beschouwen (benaderen) van de werkelijkheid vanuit het systeemogepunt. De conceptuele stroming is minder een theorie of een model dan een 'bouwdoos' waarmee theorieën en modellen kunnen worden geconstrueerd. De conceptuele systeembenadering is vooral voortgekomen uit de regeltechniek en de cybernetica. Ashby (1951, 1952) is één van de grondleggers van deze stroming. De stroming wordt soms ook aangeduid met axiomatische stroming omdat het geen empirische theorie is. Deze stroming wordt opgevat als een systeembenadering omdat systeembegrippen en denkwijzen vooral instrumenten en hulpmiddelen zijn om de werkelijkheid te benaderen;

- *de methodische stroming*; deze stroming vat de systeembenadering op als een specifieke methode voor het oplossen van praktische problemen. Praktische problemen vereisen dat deze problemen niet benaderd worden vanuit een specifieke discipline, maar vanuit een interdisciplinaire benadering. Deze stroming is ontstaan uit de ‘operations research’ in de Verenigde Staten met Ackoff (1974, 1981) als voornaamste vertegenwoordiger.

Van deze vier stromingen sluit de conceptuele systeembenadering het meest aan bij de eisen die gesteld zijn aan het theoretisch raamwerk voor de analyse van de beschrijvingen van de behandeling in de leefgroep. Dit blijkt uit de volgende *kenmerken van de conceptuele systeembenadering*:

- de conceptuele systeembenadering omvat een *aantal concepten en methoden*. Met behulp hiervan kunnen aspecten van de werkelijkheid worden geanalyseerd, kunnen theorieën en modellen worden geconstrueerd (en kan tenslotte tot maatregelen ter verbetering worden gekomen);
- de conceptuele systeembenadering staat *pluriformiteit* voor. Dit betekent dat het beschouwen van delen van de werkelijkheid als systeem onmiddellijk en dwingend vraagt om het nemen van beslissingen die modelleringsbeslissingen genoemd worden. Er moeten onder meer *beslissingen* worden getroffen over de *begrenzing* van het systeem ten opzichte van de omgeving (afbakingsbeslissing) en over de *aggregatieniveaus* waarop het systeem zal worden beschreven. Door het geheel van modelleringsbeslissingen ontstaat een grote ruimte voor pluriformiteit. Binnen een conceptuele systeembenadering zijn diverse benaderingen mogelijk. De term systeembenadering slaat dus niet op een tot in details geregelde uniforme benadering, maar op een grote collectie benaderingen die op enkele punten (aspecten) overeenstemmen. Er is dus sprake van een integrerende werking;
- de conceptuele systeembenadering heeft als kenmerk *neutraliteit ten opzichte van de empirische disciplines* die organisaties bestuderen. De terminologie van de conceptuele systeembenadering is geschikt voor vele disciplines. De conceptuele systeembenadering kan geen vervanging bieden voor de empirisch inhoudelijke disciplines. Er is sprake van een meta-theoretisch kader dat telkens moet worden toegespitst en opgevuld met inhoudelijk empirisch materiaal. De systeembenadering vervangt niet, maar vult aan en ondersteunt;
- de conceptuele systeembenadering heeft betrekking op *praktische problematiek*. De concepten en methoden zijn niet alleen relevant voor beschrijving en analyse, maar ook voor verandering, verbetering en ontwerp van organisaties.

Aan de hand van de conceptuele systeembenadering is het op dit moment mogelijk een theoretisch raamwerk zichtbaar te maken. In dit theoretisch raamwerk zullen begrippen en concepten besproken worden die relevant zijn voor het huidige onderzoek.

Systeembegrippen

De conceptuele systeemtheorie kent een aantal basisbegrippen. Het betreft de begrippen systeem, objecten en relaties. De begrippen zijn terug te vinden in de definitie van systeem. Deze basisbegrippen behoeven omschrijving mede omdat ze deel gaan uitmaken van het theoretisch raamwerk.

Systeem; Von Bertalanffy (1968) definieerde systeem als volgt: ‘Een systeem is een georganiseerd geheel van met elkaar in wisselwerking staande elementen’. De Leeuw (1990) definieerde systeem als een verzameling van objecten (of elementen) die onderling zodanig zijn gerelateerd dat er geen (groepjes van) elementen geïsoleerd zijn van de overige. Er zijn dus

objecten en relaties tussen die objecten. Wil er sprake zijn van een systeem, dan wordt aan die relaties en extra eis gesteld: alle objecten moeten door die relaties direct of indirect samenhangen. Kern van de systeemdefinitie is het concept *samenhangende objectenverzameling*. Deze definitie behoeft uitwerking omtrent de objecten en de (aard en structuur van de) relaties.

Objecten; bij een systeembenadering moet aangegeven worden over welke verzameling elementen het gaat. Objecten kunnen op verschillende aggregatieniveaus betrekking hebben. Hoe minder details, hoe globaler en hoe hoger het niveau van aggregatie wordt genoemd.

Relaties; de aard van de onderlinge relaties moet aangegeven worden. Het kan gaan om formele gezagsverhoudingen, om multidisciplinair samenwerken, om informatiestromen en dergelijke. De verzameling van relaties tussen de objecten tezamen wordt de *interne structuur* genoemd. Er zijn meestal ook relaties aan te wijzen met objecten buiten het systeem. Die relaties met de omgeving vormen tezamen de *externe structuur*.

Bij de conceptuele systeembenadering moet er informatie gegeven worden over:

- de objectenverzameling en systeemgrens;
- de intern beschouwde relaties;
- de in beschouwing genomen relaties tussen systeem en omgeving.

Er zijn soorten systemen: subsysteem, aspect- of partieel systeem en fasesysteem.

Bij een *substelsysteem* wordt een deel van de objectenverzameling, maar worden wel alle relaties binnen dat deel beschouwd.

Bij een *aspect- of partieel* systeem wordt de gehele objectenverzameling, maar slechts een gedeelte van de relaties beschouwd.

Bij een *fasesysteem* wordt het systeem op een deel van de tijdstippen waarop het oorspronkelijke systeem was gedefinieerd, beschouwd.

Deze indeling dient er voor om later in het onderzoek aan te kunnen geven op welk deel van het systeem de benadering is toegespitst. Wanneer een systeem bestudeerd wordt is het nuttig om het systeem op te delen in deelsystemen. Opsplitsing kan gebeuren op basis van de theorie over complexiteit en hiërarchie.

'Black boxes' en processen zijn andere noodzakelijke begrippen uit de systeembenadering.

Elementen worden als '*black box*' beschouwd doordat niet de interne structuur van het element aan nader onderzoek onderworpen wordt, maar slechts de externe structuur. De externe structuur hoeft de interne structuur niet eenduidig vast te leggen.

Wanneer een systeem in de tijd beschouwd wordt, is er sprake van *processen* in de tijd. Bij het begrip proces speelt het tijdselement een belangrijke rol. Onderdelen of elementen van een proces worden ook gerelateerd door relaties van *volgtijdelijkheid*. Daarnaast kunnen uiteraard ook andere relaties worden beschouwd. Een proces dat zich afspeelt in een systeem is zelf ook weer een systeem. De samenstellende onderdelen vormen de elementen van dat systeem.

Er is sprake van een *hiërarchie van systemen* doordat een systeem uit samenhangende subsystemen bestaat die op hun beurt weer zijn opgebouwd uit samenhangende subsystemen. Daarbij is de samenhang binnen de subsystemen sterker dan tussen de subsystemen. Simon (1976) schreef over een relatief autonoom subsysteem. Een hiërarchisch systeem is een systeem bestaande uit relatief autonome subsystemen. Dit biedt een handvat voor de bestudering van complexe systemen. De Leeuw (1990) meende dat de hiërarchische beschrijving

van complexe systemen de enige sleutel is tot het begrijpen ervan. Er zijn hiervoor beschrijvingen op meerdere niveaus nodig en er kan dientengevolge niet alleen stil gestaan worden bij één niveau.

Systeembegrippen toegespitst op de vraagstelling

De systeembegrippen zullen op de vraagstelling toegespitst moeten worden. De vraagstelling van dit deelonderzoek luidt welke de beschrijving is van de vormgeving van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut.

Op dit moment is het mogelijk om de hulpverleningsinstelling en de behandeling in de leefgroep ieder voorlopig als systeem op te vatten. De vraag is hoe het begrip vormgeving opgevat moet worden. *Vormgeving* is een activiteit die in de hulpverleningsinstelling plaatsvindt. Het is een activiteit van verschillende medewerkers. Vormgeving kan opgevat worden als beheersing, besturing en als management. Voorlopig wordt de vormgeving opgevat als een coördinatie-activiteit. Systeem wordt dan conform Churchman (1975) gedefinieerd als een samenstel van objecten, gecoördineerd om een samenstel van doelen te bereiken. Hij stelde in navolging van Porter, Lawler en Hackman (1975) dat aan organisaties een aantal steeds aanwezige dimensies te onderscheiden is (Egan, 1989).

De *dimensies van organisaties* zijn: sociale eenheid, doelgerichtheid, structuur en continuïteit.

Sociale eenheid; organisaties zijn door mensen in stand gehouden systemen; het zijn sociale systemen waarbij het gaat om mensen die ageren, uitwisselen en reageren.

Doelgerichtheid; organisaties zijn instrumenteel; dat wil zeggen dat ze in het leven geroepen zijn om specifieke doeleinden te bereiken.

Structuur; in organisaties moet het werk dat nodig is om doeleinden te bereiken opgedeeld worden op verschillende manieren.

Coördinatie; in een organisatie is behoefte aan het coördineren van en richting geven aan de activiteiten van mensen in verschillende rollen en de uitvoering van verschillende taken, teneinde de doeleinden van het systeem te bereiken.

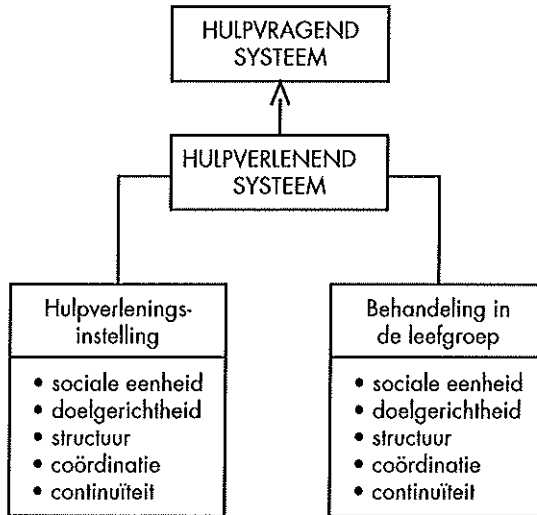
Continuïteit; een organisatie bestaat niet slechts uit de groep mensen die er op een bepaald moment deel van uitmaakt, maar ook uit de activiteiten en relaties van de organisatie die een tijdlang in stand blijven.

Het theoretisch raamwerk wordt in figuur 2.2 weergegeven.

Een eerste ordening met behulp van het schema

Gesteld is dat op de te onderscheiden systemen (die voor de hulpverleningsinstelling en voor de behandeling in de leefgroep) alle dimensies als hiervoor omschreven van toepassing zijn. Voor de behandeling in de leefgroep, opgevat als systeem, gelden dezelfde dimensies van de organisatie als voor de hulpverleningsinstelling als systeem. De dimensies worden opgevat als categorieën waarmee de werkelijkheid geanalyseerd en geordend gaat worden. Deze categorieën, werkcategorieën van het onderzoek genoemd, zullen een eerste invulling krijgen door praktijkervaring van onderzoekster. Hierdoor ontstaat een eerste invulling van de categorieën.

FIGUUR 2.2: HET THEORETISCH RAAMWERK



Sociale eenheid

Het hulpvragend en hulpverlenend systeem kunnen bij uitstek sociale eenheden genoemd worden, omdat het mensen omvat die op allerlei mogelijke wijzen zich gedragen, handelen en met elkaar in relatie staan. In het hulpverlenend systeem zullen mensen werkzaam zijn die diverse taken, rollen en houdingen aannemen. Er zal sprake zijn van leiderschap of management, van uitvoerende taken en rollen en van ondersteunende taken en rollen. In het hulpvragend systeem zullen andere taken, rollen, houdingen en gedragspatronen gevonden worden dan in het hulpverlenend systeem.

Doelgerichtheid

Het hulpverlenend systeem is doelgericht. Dit systeem is gericht op het oplossen van de problemen van het kind en zijn gezin. De doelgroepbepaling is een belangrijk uitgangspunt van het hulpverlenend systeem omdat daaruit de doeleinden, de te bepalen structuur en de wijze van coördinatie afgeleid kunnen worden. Het hulpverlenend systeem zal zich voor de oplossing van de problemen bezinnen op welke *doelgroep* het zich richt en welke *doeleinden* het zich stelt. Het zal *algemene doeleinden* formuleren waarop het zich richt. Doeleinden zullen zowel in termen van kenmerken van het hulpvragend systeem als in termen van het hulpverlenend systeem geformuleerd moeten worden. Dit wil zeggen dat de doeleinden enerzijds gericht zijn op (problematische) kenmerken van het kind en zijn gezin en anderzijds op de behandeling zoals het hulpverlenend systeem er vorm aan geeft.

Structuur

De middelen om de doeleinden te bereiken moeten vastgesteld worden binnen het hulpverlenend systeem. De taken en de activiteiten van de middelen dienen verdeeld te worden. In het hulpverlenend systeem zullen de taken verdeeld worden over verschillende subsystemen van het hulpverlenend systeem. De subsystemen betreffen de verschillende *behandelingsvor-*

men zoals bijvoorbeeld de behandeling in de leefgroep. Vanuit de omschrijving van de doelgroep en de doelstelling van het hulpverlenend systeem zal beredeneerd kunnen worden welke subsystemen of behandelingsvormen het meest geschikt zijn om de doeleinden van het hulpverlenend systeem te bereiken. De verschillende behandelingsvormen en daarbij behorende *taken* en *activiteiten* zullen vastgesteld moeten worden. Churchman (1975) sprak in dit verband van fundamentele opdrachten van de subsystemen geformuleerd vanuit de doelstelling van het systeem. Steeds zullen de taken en activiteiten opnieuw in relatie met de doelstelling beoordeeld moeten worden. Er is sprake van 'ongoing actions (patterned behavior) that are taken within the context of organisational structure' (Illback, Zins, 1993).

Coördinatie

In ieder systeem is er de behoefte aan coördineren van en richting geven aan de taken en activiteiten van mensen teneinde de doeleinden van het systeem te kunnen bereiken. Naarmate een systeem complexer wordt, groeit de behoefte aan coördinatie. In nagenoeg elke hulpverleningsinstelling vindt coördinatie plaats. Om te kunnen coördineren moet bij degenen die coördineren, inzicht bestaan in de doelgroep, de doelstelling en de structuur van het systeem, zodat er een *vertaling* kan plaatsvinden naar de hoofddoeleinden, die op hun beurt weer vertaald kunnen worden in concrete specifieke doeleinden van iedere behandelingsvorm als systeem. Verder zal vastgesteld moeten worden hoe de verschillende vertegenwoordigers van de subsystemen (behandelingsvormen) met elkaar *samenwerken*. Degenen die coördineren moeten bekijken of binnen het systeem een stroom relevante informatie en terugkoppeling zijn weg vindt. Er zal een systeem van overleg en verslaglegging tot stand gebracht moeten worden. Een systeem van overleg en verslaglegging zal haast in iedere hulpverleningsinstelling aanwezig zijn. Verschillende soorten *informatiesystemen* zullen ingesteld moeten worden binnen het systeem om te bepalen of de doeleinden bereikt gaan worden, of op 'koers gevaren wordt'. Informatiesystemen zullen aangeven welke doeleinden gesteld worden en hoe deze te bereiken zijn en langs welke wegen. De informatiesystemen moeten zo ontworpen zijn dat de richting van de behandeling bijgehouden kan worden. Is dit het geval dan is de mogelijkheid aanwezig om de behandeling te evalueren en bij te stellen. Wanneer het informatiesysteem in de praktijk herhaalde keren tijdens de behandeling doorlopen wordt, ontstaat er een soort *regelkring* van het hulpverlenend systeem. De informatiesystemen van het hulpverlenend systeem, inclusief de regelkringen, zullen in kaart gebracht moeten worden.

In het hulpverlenend systeem zal er *communicatie* tussen de diverse medewerkers plaatsvinden. Deze zal gericht moeten zijn op de doeleinden en het verloop van de behandeling. Er zal gecommuniceerd worden over de vraag hoe kind en gezin zich ontwikkelen. Hiertoe zullen observatiegegevens en/of diagnostische gegevens ter discussie staan. Daarnaast zal over behandelingsvoornemens en behandelingsresultaten gediscussieerd worden. Communicatie tussen de medewerkers maakt de regelkring operationeel doordat er overdracht van informatie plaatsvindt tussen degenen die de behandeling vorm geven. Communicatie vindt plaats in overleg en door verslaglegging. Om het verloop te kunnen bijhouden is het nodig om verschillende keren te overleggen en te verslaan. In de regelkring kan er op deze manier een *circuit van overleg- en verslaglegging* ontstaan. Een kritiek aspect van de regelkring is de bepaling van de snelheid waarmee de informatie wordt doorgegeven (Churchman, 1975). Bepaald zal moeten worden met welke regelmaat overleg en verslaglegging moeten plaatsvinden. Onderscheid kan gemaakt worden tussen overleg met bijbehorende verslaglegging voor de korte, middellange en lange termijn.

Tenslotte zal vastgesteld moeten worden wie *de leiding* heeft over de coördinatie en over de organisatie als geheel. Egan (1989) stelde dat alle systemen behoefte hebben aan leiding. Er wordt ook wel gesproken van management. Management wordt gedefinieerd als proces waarbinnen drie *met elkaar samenhangende managementfuncties* worden onderscheiden: de strategische beleidsvorming, het ontwerpen van de organisatiestructuur en het inhoud geven aan, doen uitvoeren en beheersen van de processen in de organisatie. Mintzberg en Quinn (1992) onderscheidten strategisch leiderschap, operationeel leiderschap en uitvoerend leiderschap. Koopman en Pool (1992) dichtten strategisch leiderschap toe aan de directie, operationeel leiderschap aan de middle-managers van het hulpverlenend systeem en uitvoerend leiderschap aan degenen die de behandeling uitvoeren.

Continuïteit

Een organisatie bestaat niet alleen uit de groep mensen die er op een bepaald moment toe behoort, maar ook uit de activiteiten en relaties die een tijdlang in stand blijven. In iedere organisatie zal waar te nemen zijn dat er gestreefd wordt naar voortduring van activiteiten. Er zullen hiertoe expliciet of impliciet hulpmiddelen aanwezig zijn die continuïteit van activiteiten en relaties waarborgen. Deze hulpmiddelen dienen er toe dat activiteiten gericht op het bereiken van de doeleinden in een organisatie doorgang vinden en niet plotseling stoppen. Een voorbeeld is een dienstrooster waarmee continuïteit nagestreefd wordt.

Continuïteit kan hier opgevat worden in twee betekenissen. De eerste betekenis is onafgebroken duur oftewel voortduring. De tweede betekenis is een ononderbroken samenhang, een opeenvolging of een doorlopend verband (Van Dale, 1984). Beide betekenissen zijn van toepassing op een systeem omdat een systeem zichzelf kan handhaven, een dynamisch evenwicht ('steady state') nastreeft en stabiliteit kan bezitten. Tevens zal er sprake moeten zijn van beheersbaarheid van processen in het systeem, wil er sprake zijn van continuïteit. Op *dynamisch evenwicht* en *beheersbaarheid* wordt kort ingegaan.

Een systeem kan in een *dynamisch evenwicht* verkeren, ondanks de voortdurende wisselwerking tussen het systeem en omgeving. Om dit mogelijk te maken moeten de samenstellende delen van het systeem op een bepaalde manier georganiseerd zijn (bijvoorbeeld er bestaat een terugkoppelingssysteem om samenhang tussen de delen te bewerkstelligen). Er kan een 'steady state'-model voor organisaties geconstrueerd worden. Dit model leidt ertoe dat op beheerste wijze de voor dat moment gestelde doelen gerealiseerd kunnen worden. Er kunnen functies onderscheiden worden die nodig zijn voor het voortbestaan van een systeem. Het voortbestaan van een systeem kan bedreigd worden wanneer de behoeften in de omgeving veranderen, waardoor er een ander beleid gevoerd moet gaan worden. Er vindt op dat moment innovatie plaats. Er kan ook gesproken worden van leerprocessen om het innovatief proces succesvol te laten verlopen.

Om continuïteit te bewerkstelligen moet het proces van een systeem beheerst worden. Voor *beheersing van een proces* zijn vier zaken essentieel:

- de doeltoestand moet bekend zijn;
- de doeltoestand moet gerealiseerd kunnen worden;
- er moeten mogelijkheden zijn tot beïnvloeding om de doelen te kunnen bereiken;
- er moeten methoden aanwezig zijn om het proces in een systeem te beheersen.

Na deze eerste ordening is het mogelijk om de aspecten die tot de categorieën behoren te distilleren. In deze ordening zijn aspecten genoemd. Hierbij moet aangetekend worden dat de aspecten behorend bij de categorieën niet uitputtend zijn. De keuze van de aspecten is gebaseerd op inzicht en ervaring van onderzoekster van wat aan te treffen is in hulpverleningsinstellingen. Deze aspecten kunnen onder de categorieën van het theoretisch raamwerk gerangschikt worden. In de derde figuur wordt het theoretisch raamwerk weergegeven.

FIGUUR 2.3: DE CATEGORIËN, INCLUSIEF ASPECTEN VAN HET THEORETISCH RAAMWERK

DOELGERICHTHEID	STRUCTUUR	COÖRDINATIE	CONTINUÏTEIT
* doelgroepomschrijving	* behandelingsvormen	* vertaling	* dynamisch evenwicht
* algemene doeleinden	* taken	* samenwerking	* beheersbaarheid
* doeleinden in termen van kind en gezin	* activiteiten	* regelkring	
* doeleinden in termen van behandeling	* houdingen	* circuits van overleg en verslaglegging	
		* leiderschap	

Het theoretisch raamwerk bevat de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit.

De aspecten behorend onder de categorie doelgerichtheid zijn: doelgroepomschrijving, doeleinden in termen van kind en gezin en doeleinden in termen van de behandeling.

De aspecten behorend bij structuur zijn: behandelingsvormen met bijbehorende taken en activiteiten.

De aspecten behorend bij coördinatie zijn: vertaling, samenwerking, regelkring, circuit van overleg en verslaglegging, communicatie en leiderschap.

De aspecten behorend bij continuïteit zijn: dynamisch evenwicht en beheersbaarheid. Nadat het theoretisch raamwerk is vastgesteld, kan de vormgeving van de behandeling in de leefgroep beschreven worden vanuit dit theoretisch raamwerk. Voor deze beschrijving is in dit deelonderzoek gebruik gemaakt van publicaties van het voorbeeldinstituut over onderwerpen die de behandeling in de leefgroep betreffen. Deze vorm van analyseren wordt *documentenanalyse* genoemd. De categorieën en aspecten van het theoretisch raamwerk zullen uitgewerkt worden voor de hulpverleningsinstelling als systeem en voor de behandeling in de leefgroep als systeem in respectievelijk hoofdstuk 3 en 4. Voordat daarmee gestart wordt, is het nodig de wijze van analyseren van de publicaties te verduidelijken. Uitgelegd dient te

worden waarom voor documentenanalyse is gekozen en niet voor een andere vorm van dataverzameling. De vraag is welke eisen er gesteld worden aan de documentenanalyse en wat deze eisen betekenen voor de analyse van de publicaties.

2.3 De onderzoeksprocedures

2.3.1 Documentenanalyse

In de tijd dat het onderzoek startte (eind 1990) was er reeds over het werk van het voorbeeldinstituut door de medewerkers van het voorbeeldinstituut gepubliceerd. Deze publicaties zijn opgevat als een goede beschrijving van intensieve (semi)residentiële behandeling. De uitgangspunten van het werk in het voorbeeldinstituut komen in de publicaties duidelijk naar voren. Wat nog niet had plaatsgevonden is een vaststelling, omschrijving en definiëring van de kernbegrippen van de behandeling in het voorbeeldinstituut. Door middel van analyse van en reflectie op de publicaties zijn de kernbegrippen vast te stellen.

Voor het verrichten van een zo breed mogelijke analyse, teneinde zoveel mogelijk van hetgeen beschreven is te verwerken tot kernbegrippen, is het nodig om van een theoretisch raamwerk gebruik te maken. Het theoretisch raamwerk, zoals in paragraaf 2.2.2 geconstrueerd, dient ertoe de publicaties te kunnen analyseren. De gegevens van de behandeling in de leefgroep neergelegd in de publicaties, kunnen vervolgens in het raamwerk worden geplaatst. Aldus krijgt het theoretische raamwerk invulling vanuit de publicaties.

Documenten worden in praktijkgericht onderzoek als een bron van kennis opgevat (Swanborn, 1987; Guba, Lincoln, 1988). Documenten bevatten gegevens die verzameld kunnen worden om vragen te beantwoorden. Deze wijze van gegevens verzamelen is één van de dataverzamelingstechnieken (Maso, 1987). Guba en Lincoln (1988, 1989) stelden dat documenten (om gegevens te verzamelen en te analyseren) het minst gebruikt worden in vergelijking met andere technieken van gegevensverzameling. De andere technieken zijn afstandelijke en participerende observatie, experiment en interview (Maso, 1987). Kellehear (1993) vatte documentenanalyse op als een onderdeel van objectieve indirecte indicaties ('unobtrusive measures').

Documentenanalyse kent *voor- en nadelen*. Rathje (1979), Guba en Lincoln (1988), Babbie (1989) en Kellehear (1993) vatten voor- en nadelen samen.

Als voordelen werden genoemd dat:

- documenten gemakkelijk toegankelijk zijn. Er hoeft geen medewerking van personen gevraagd te worden;
- documenten een natuurlijke informatiebron bevatten. Ze bevatten informatie over de context van waaruit ze geschreven zijn;
- documenten herhaalde keren geanalyseerd kunnen worden. Documenten veranderen niet waardoor de data niet aan verandering onderhevig zijn;
- documenten een goedkoop onderzoeksmiddel zijn.

Als nadelen werden genoemd dat:

- in documenten informatie wellicht achtergehouden is uit bepaalde overwegingen (bijvoorbeeld politieke of ethische overwegingen);
- documenten objectiviteit kunnen missen;
- documenten niet alle informatie zullen bevatten die nodig is om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

In dit deelonderzoek is voor documentenanalyse gekozen en niet voor een andere wijze van dataverzameling. De reden om voor documentenanalyse te kiezen wordt toegelicht.

Er zijn in de tijdspanne van 1979 tot 1992 vele publicaties vanuit het voorbeeldinstituut verschenen. Ze zijn alle gepubliceerd in vaktijdschriften. Een uitzondering betreft een interne publicatie in boekvorm, het zogeheten Groene Boek (Verheij, 1982). Het Groene Boek bevat vele onderwerpen van de intensieve (semi)residentiële behandeling van het voorbeeldinstituut. Het kan als voorloper opgevat worden van het uitgegeven boek getiteld 'Intensieve residentiële behandeling: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld' (Verheij, Van Loon, 1989).

De onderwerpen waarover gepubliceerd is en die in dit deelonderzoek gebruikt zijn, zijn alle beschrijvingen vanuit de praktijk. Geen enkele gebruikte publicatie heeft een expliciete theorie als uitgangspunt. Bij nadere analyse van de publicaties blijkt dat de publicaties steeds weer opnieuw gebruikt worden om op basis daarvan verder te publiceren. Er kan gesproken worden van een *cumulatieve theorievorming*.

De publicaties worden in het voorbeeldinstituut veelvuldig gebruikt door nieuwe medewerkers om informatie te verwerven over hoe er in het voorbeeldinstituut gedacht en gewerkt wordt. Ook stagiaires van diverse disciplines maken gebruik van de publicaties om inzicht te krijgen in de vele aspecten van intensieve residentiële behandeling. Tevens worden de publicaties door de stagiaires gebruikt bij het schrijven van scripties.

Verondersteld kan worden dat in een deel van de publicaties de praktijk van de behandeling in de leefgroep verwoord is. Er zal sprake zijn van een *verwoorde werkelijkheid*. Door deze verwoorde werkelijkheid te analyseren wordt recht gedaan aan het uitgangspunt van dit deelonderzoek, namelijk dat de werkelijkheid zo dicht mogelijk benaderd zal moeten worden.

2.3.2 Wijze van analyseren

Vanuit het theoretisch raamwerk zullen de publicaties chronologisch geanalyseerd worden. Er is een matrix ontworpen, die het mogelijk maakt de data uit de publicaties te ordenen. In de vierde figuur wordt de structuur van de matrix weergegeven.

De matrix bestaat horizontaal uit de categorieën: doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit. In chronologische volgorde zullen de publicaties geanalyseerd worden. De verticale as van de matrix moet derhalve opgevat worden als een tijdsas. Deze matrix zal gebruikt worden voor analyse van de hulpverleningsinstelling en voor de analyse van de behandeling in de leefgroep. Door analyse van de ingevulde matrices is het mogelijk om de vraagstelling van dit deelonderzoek te beantwoorden. Tijdens de analyse van de publicaties is het mogelijk dat er aanleiding zal ontstaan andere matrices te ontwerpen.

In de evaluatie van het deelonderzoek (hoofdstuk 5) zal besproken worden welke matrices ontworpen zijn.

FIGUUR 2.4: MATRIX VOOR DE ANALYSE VAN DE PUBLICATIES

	Categorieën			
(artikel) 1978	DOELGERICHTHEID	STRUCTUUR	COÖRDINATIE	CONTINUÏTEIT
⋮				
1990				

2.4 Kwaliteitseisen

2.4.1 Kwaliteitseisen vanuit de literatuur

Een vorm van documentenanalyse wordt *inhoudsanalyse* genoemd ('content analysis'). In dit deelonderzoek is er sprake van inhoudsanalyse. De inhoud van de publicaties van het voorbeeldinstituut zullen worden geanalyseerd.

Inhoudsanalyse kent vijf *hoofdkenmerken* (Guba, Lincoln, 1988):

- het is een regelgeleid proces. Elke stap wordt uitgevoerd op basis van expliciet geformuleerde regels en procedures;
- het is een systematisch proces;
- het is gericht op generalisatie ('generality'). De resultaten moeten vergeleken kunnen worden met iets anders. 'Purely descriptive information about content, unrelated to other attributes of documents or to the characteristics of persons who the sender or recipient is of the message is of little value a datum about communication content is meaningless until it is related to at least one other datum thus all content analysis is concerned with comparison, the type of comparison being dictated by the investigator's theory';
- het betreft manifeste inhoud en geen afleiding en geen interpretaties;
- het kan zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve analyse inhouden.

Om de *interne validiteit* ('credibility') van de documenten te kunnen vaststellen, heeft Clark (1967) diverse vragen gesteld die beantwoord moeten worden. Deze vragen betreffen onder andere de geschiedenis van het document, hoe de onderzoeker eraan is gekomen, wat garandeert dat de documenten pretenderen te zijn wat ze zijn en welke de compleetheid van het document is (Guba, Lincoln, 1988).

Met behulp van documentenanalyse zullen de categorieën van het theoretisch raamwerk gevuld gaan worden. In documentenanalyse worden *vijf eisen* gesteld aan goede categorieën (Guba, Lincoln, 1988):

- ze moeten de doelstelling van het onderzoek reflecteren;
- ze moeten uitputtend zijn. Iedere datum moet in één van de categorieën vallen;
- ze moeten wederkerig uitsluitend zijn. Geen enkele categorie mag in een andere categorie vallen;
- ze moeten onafhankelijk zijn. Toekenning van data aan één categorie mag geen invloed uitoefenen op toekenning van data aan andere categorieën;
- er moet sprake zijn van een enkel classificatieprincipe. Er mag derhalve geen menging van beschrijven en interpreteren plaatsvinden.

2.4.2 Consequenties van de eisen voor de analyse van de publicaties

In dit deelonderzoek zal aan de vijf hoofdkenmerken (Guba, Lincoln, 1988), de eis van 'credibility' (Clark, 1967) en de eisen die gesteld worden aan goede categorieën (Guba, Lincoln, 1988) zoveel mogelijk tegemoet gekomen gaan worden.

De beantwoording van de vragen omtrent de 'credibility' zit vervat in de beschrijving van de documenten die de analyse betreffen. De documenten zijn publicaties in vaktijdschriften, een interne publicatie en een publicatie in boekvorm. Verondersteld mag worden dat vanwege de openbaarheid van de publicaties de schrijvers zo geloofwaardig mogelijk de praktijksituatie zullen beschrijven.

Aan de vijf gestelde eisen wat betreft 'goede categorieën' is reeds tegemoet gekomen tijdens de constructie van het theoretische raamwerk (zie paragraaf 2.2.1).

In de evaluatie van het deelonderzoek (hoofdstuk 5) zal retrospectief ingegaan worden op de vraag in hoeverre in dit deelonderzoek aan de eisen is voldaan.

2.5 Samenvatting

In dit tweede hoofdstuk staat het onderzoeksontwerp van het eerste deelonderzoek beschreven. Beredeneerd is welke de vraagstelling en de onderzoeksvragen van dit deelonderzoek zijn. Vervolgens zijn de opzet en procedures uiteengezet om de vraagstelling en de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Beargumenteerd is dat er uitgegaan is van de constructie van een theoretisch raamwerk. Het theoretisch raamwerk heeft een systeemtheoretische basis en is toegespitst op de vraagstelling. De categorieën van het theoretisch raamwerk zijn sociale eenheid, doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit. Een eerste ordening van aspecten onder de categorieën vanuit de literatuur en ervaringsgegevens heeft plaatsgevonden. Het theoretisch raamwerk inclusief de categorieën en aspecten dient als analysekader van publicaties van het voorbeeldinstituut. Deze analyse wordt documentenanalyse genoemd.

In de hoofdstukken 3 en 4 zullen de uitkomsten van het deelonderzoek aan de orde komen. Het werkmodel van de hulpverleningsinstelling (hoofdstuk 3) en van de behandeling in de leefgroep (hoofdstuk 4) zullen beschreven worden. De uitkomsten van het deelonderzoek zullen geïnterpreteerd worden. Tot slot zal het werkmodel in de vorm van schema's weergegeven worden (3.3 en 4.3).

UITKOMSTEN: HET WERKMODEL VAN DE HULPVERLENINGSINSTELLING

~

In hoofdstuk 2 zijn de opzet en werkwijze aan de orde geweest om het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep te kunnen beschrijven. Er is een theoretisch raamwerk geformuleerd door middel waarvan een eerste invulling van praktijkgegevens over de behandeling in de leefgroep kan plaatsvinden. Er zijn categorieën en aspecten geformuleerd die kunnen dienen om publicaties over behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut te analyseren. De uitkomsten van de analyse van de publicaties zullen beschreven en in schema gezet worden in dit en het volgende hoofdstuk.

In dit hoofdstuk zal het werkmodel van de hulpverleningsinstelling beschreven worden, terwijl in hoofdstuk 4 het werkmodel van de behandeling in de leefgroep uiteengezet wordt.

De beschrijving (3.1) zal plaatsvinden aan de hand van de categorieën: doelgerichtheid (3.1.1), structuur (3.1.2), coördinatie (3.1.3) en continuïteit (3.1.4).

De beschrijvingen zullen geïnterpreteerd worden (3.2). De samenhangen binnen en tussen de categorieën zullen aan de orde komen.

Op basis van de beschrijvingen en de interpretaties kan het werkmodel van het voorbeeldinstituut in schema weergegeven worden (3.3).

3.1 Beschrijving van de categorieën van het werkmodel

3.1.1 De categorie doelgerichtheid

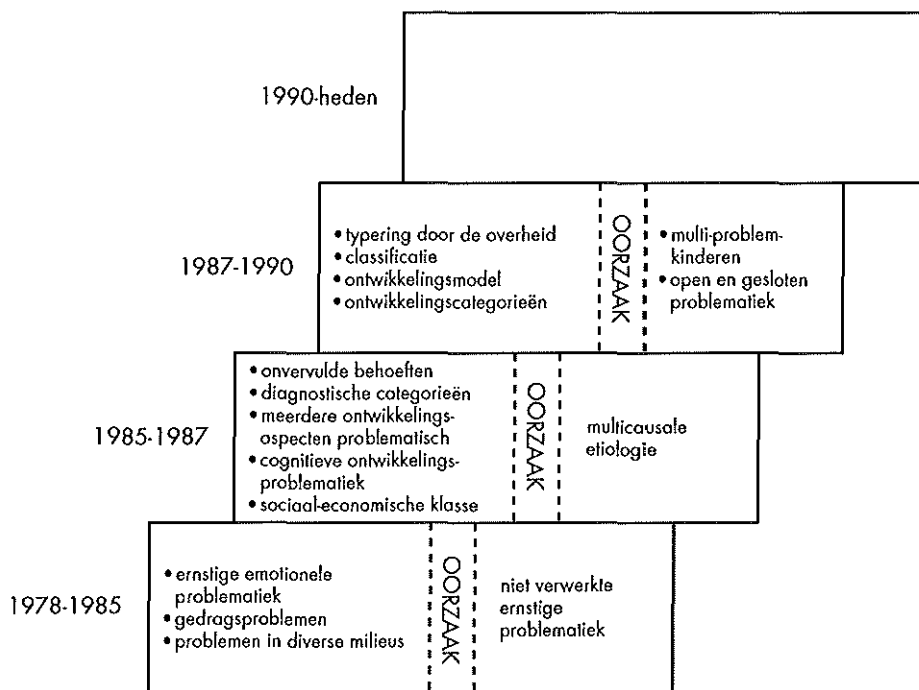
Het hulpverlenend systeem dient doelgericht te zijn, zo is in hoofdstuk 2 gesteld. Het is gericht op het oplossen van de problemen die bij en door het kind en zijn gezin ervaren worden. De doelgroepomschrijving is een belangrijk uitgangspunt van het hulpverlenend systeem omdat van daaruit de doeleinden, de structuur en de wijze van coördinatie afgeleid kunnen worden en te bepalen zijn. Er zal een omschrijving van de doelgroep moeten worden geformuleerd. De omschrijving van de doeleinden zal zowel in termen van kenmerken van kind en gezin als in termen van kenmerken van de behandeling gesteld worden.

Hieronder zal voor het voorbeeldinstituut *de doelgroep* beschreven worden. Daarna volgt er een beschrijving van *de doeleinden* die het voorbeeldinstituut nastreeft.

De doelgroep

In diverse publicaties van het voorbeeldinstituut is de doelgroep beschreven in de vorm van typeringen. Bij bestudering van de publicaties blijkt dat het denken over de doelgroep evolueerde, dat wil zeggen dat er steeds nieuwe typeringen toegevoegd zijn. De opbouw van de evolutie wordt in de volgende figuur weergegeven.

FIGUUR 3.1: EVOLUTIE VAN DE DOELGROEPOMSCHRJVING



In de evolutie kunnen drie perioden onderscheiden worden, die niet alle drie even lang duurden. De perioden verschillen van elkaar in de manier waarop de oorzaken van de problematiek benoemd zijn. Voor iedere periode zal deze manier besproken worden.

Doelgroep typeringen 1979-1985

In de eerste omschrijvingen van de doelgroep worden de kinderen getypeerd als kinderen met *ernstige emotionele, gedrags- en interrelationele problematiek*. *Ambulante hulp volstond niet. De oorzaken van de problematiek zijn gelegen in de vroeg in het leven gestarte problematiek in de emotionele ontwikkeling* (Sonnema-Diemont e.a., 1982; Dekker, Verheij, 1983; Van der Meijden-Van der Kolk, 1982; Stelder-Houben, Verheij, 1984; Hilvering, Verheij, 1985). In het volgende citaat (Stelder-Houben, Verheij, 1984) zijn deze typeringen terug te vinden:

'Residentiële kinderpsychiatrische behandeling is bedoeld voor kinderen met een ernstige emotionele problematiek. Voor deze kinderen volstond ambulante hulpverlening niet of is met zekerheid (vanuit de diagnostiek) te voorspellen dat minder ingrijpende hulp niet zal baten. De opgenomen kinderen hebben op het moment van opname ernstige emotionele problemen, tonen een niet acceptabel gedrag en zijn vastgelopen in hun relaties met de medemens. In het gezin is vaak een situatie ontstaan die voor de ouders en voor het kind onhoudbaar is. Op school zijn de leerprestaties meestal terug- of vastgelopen en in zijn sociale omgeving is het kind vereenzaamd.

De kinderen in onze kliniek zijn in potentie normaal begaafd en slechts bij uitzondering is een directe somatische oorzaak voor de problematiek aantoonbaar De oorzaken van de problematiek van deze kinderen zijn gelegen in de enorme moeilijkheden die zij ontmoet hebben in hun emotionele ontwikkeling. Bij velen begonnen deze rond hun geboorte; geen enkel opgenomen kind had een 'ongestoorde' zuigeling- en peutertijd. Veel emotionele problematiek is niet (goed) verwerkt en heeft de kinderlijke belevingswereld verstoord. De behandeling van deze kinderen, van wie de meesten in de latentieperiode of prepuberteit zijn, duurt gemiddeld meer dan twee jaar'.

Doelgroeyperingen 1985-1987

In publicaties van 1985 tot 1988 zijn er toevoegingen aan de eerste typering gegeven. In deze periode wordt er gesproken over *onvervulde behoeften* bij deze kinderen en over typering met behulp van *diagnostische categorieën*. Een andere typering is dat er sprake is van *multicausale etiologie*. Tevens is genoemd dat *diverse ontwikkelingsaspecten problematisch* zijn. Nog een andere typering is dat er sprake is van *cognitieve ontwikkelingsproblemen* en tengevolge daarvan *leerstoornissen*. Tot slot is de *sociaal-economische klasse* aan de orde gesteld. Op elk van deze typering zal ingegaan worden.

Onvervulde behoeften; Verheij en De Boer (1987a) stelden:

'....dat elk kind met vroege ontwikkelingsproblematiek, egocentrisch als het daardoor is, de eigen behoeften onverdeeld vervuld wil hebben'.

Diagnostische categorieën; in 1986 stelden Rowaan en Verheij:

'Ongeveer de helft van de kinderen vertonen ernstige emotionele en gedragsproblemen (mede) op basis van een voorgeschiedenis waarbinnen verwaarlozing, mishandeling en soms seksueel misbruik voorkwamen; ongeveer een kwart van de kinderen heeft een psychotische ontwikkelingsproblematiek, terwijl de resterende kinderen velerlei andere problemen vertonen, zoals ernstig depressief zijn, anorexia nervosa, om emotionele redenen niet zijn gaan praten of continu in woord en gebaar in beweging zijn door velerlei tics'.

Multicausale etiologie; in het volgende citaat van Verheij en De Boer (1987b) is deze typering terug te vinden:

'Er is sprake van vroeg gewortelde ontwikkelingsproblematiek, die zich nooit alleen beperkt tot de emotionele ontwikkeling en altijd een multicausale etiologie heeft. Een uitgesproken somatische oorzaak voor de problematiek is bij uitzondering aantoonbaar; wel worden soms lichte organisch-cerebrale afwijkingen vermoed'.

Meerdere problematische ontwikkelingsaspecten; in 1987 hebben Verheij en De Boer (1987c) een nieuwe toevoeging gegeven:

'De emotionele ontwikkeling, hoewel de kern van de problematiek, is nooit het enige problematische ontwikkelingsaspect. De sociale relatievorming is niet op gang gekomen of is inadequaaf, het leerproces verloopt slechts bij uitzondering zonder grote problemen, de motorische ontwikkeling, de spelontwikkeling en de creativiteit zijn vaak onrijp'.

Cognitieve ontwikkelingsproblemen; Verheij en De Boer (1987a) stelden:

'Naast de emotionele - en gedragsproblemen, zoals die in de DSM-III classificatie tot uiting komen, zijn er op basis van de vroege ontwikkelingsproblematiek bij elk van deze kinderen ook cognitieve ontwikkelingsproblemen en tengevolge daarvan leerstoornissen. Als groep vertonen ze een laag gemiddeld totaal IQ (ongeveer 95)'.

Sociaal-economische klassen; in dezelfde publicatie schreven Verheij en De Boer (1987a):

'Qua sociaal-economische klasse van het ouderlijke gezin komt ongeveer de helft van de kinderen uit de lagere sociale milieus en de andere helft uit de midden- en hogere sociale klasse'.

Doelgroep typeringen 1987-1990

In deze periode is het *ontwikkelingsmodel* als model naar voren gebracht met behulp waarvan de kinderen te typeren zijn. Er ontstond meer duidelijkheid over de functie van diagnostische categorieën voor de typering van de doelgroep, namelijk dat deze een niet al te belangrijke plaats inneemt waar het de vormgeving van de behandeling betreft. Daarnaast is er in een publicatie een *typering door de overheid* weergegeven. Tevens is gesteld dat de kinderen aan de hand van *ontwikkelingstheorieën* te typeren zijn. Tot slot is gesteld dat de kinderen te typeren zijn als multi-problem kinderen waarbij sprake is van open en gesloten problematiek. Op deze typeringen zal ingegaan worden.

De overheid; Verheij (1989a) citeerde de overheid, die een globale omschrijving geeft van de doelgroep. Dit blijkt uit het volgende citaat:

'Kinderen en jeugdigen die in hun emotionele en/of sociale ontwikkeling bedreigd zijn, plaatst de Inspectie Geestelijke Volksgezondheid op een continuüm waarbij kinderpsychiatrische problematiek de ernstigste vorm is Vanuit het overheidsstandpunt gezien is residentiële kinderpsychiatrie de behandelingsvorm voor kinderen met de ernstigste emotioneel-sociale problematiek, kinderen bij wie de persoonlijkheidsproblematiek zich reeds heeft uitgekristalliseerd en voor wie ambulante hulp niet volstond of zal volstaan'.

Het ontwikkelingsmodel; aanleiding tot de constructie van een ontwikkelingsmodel valt uit het volgende citaat af te leiden (Van Loon, Verheij, 1989):

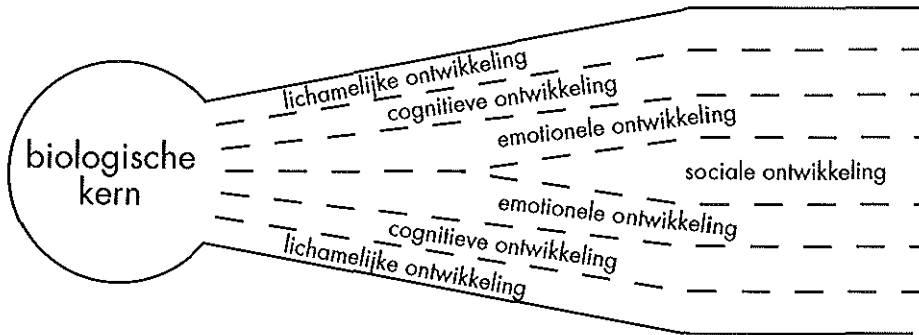
'...ondanks de eensluidende classificatie (aan autisme verwante stoornissen, LR) kunnen er zeer grote verschillen bestaan tussen kinderen die aan deze omschrijving voldoen, zoals de casussen van Casper en Johan ons illustreren. Bij aanmelding stond bij Casper een stoornis in de emotionele ontwikkeling sterk op de voorgrond; bij Johan meer een stoornis in de sociale en cognitieve ontwikkeling. Bij nadere beschouwing en zorgvuldige observatie blijken beide kinderen stoornissen in de lichamelijke, de emotionele, de sociale en de cognitieve ontwikkeling te vertonen. Bij Johan lijken organische, erfelijke en constitutionele factoren een relatief grotere rol te spelen dan omgevingsfactoren; bij Casper lijkt het juist omgekeerde Alleen voortzetting van de behandeling en een zorgvuldige observatie en registratie van het ontwikkelingsverloop kan mogelijk een antwoord geven op de vraag welke risicofactoren en welke beschermende factoren een belangrijke rol spelen bij de prognose'.

In dit artikel is het ontwikkelingsmodel schematisch weergegeven. Op dit ontwikkelingsmodel wordt in latere publicaties, alhoewel enigszins gemodificeerd, steeds ingegaan (Van Doorn, Verheij, 1988; Verheij, Van Loon, 1989; Verheij, Van Doorn, 1990). In figuur 3.2 staat het ontwikkelingsmodel weergegeven.

Classificatie; Verheij (1989a) vatte de rol van classificatie wat betreft de vormgeving van de behandeling samen.

'Niet zozeer specifieke diagnoses en classificaties als wel de ernst en samengesteldheid van problematiek karakteriseren deze kinderen. Een problematiek op grond waarvan de ontwikkeling van het kind bedreigd is en het kind zowel thuis, op school als met leeftijdgenoten dysfunctioneert'.

FIGUUR 3.2: ONTWIKKELINGSMODEL



Ontwikkelingstheorieën; Verheij (1989a) schreef:

'Robson geeft de overlapping van kinderpsychiatrische problematiek en ontwikkelingsproblematiek helder weer. Hij stelt dat in de kindertijd normale ontwikkeling en geestelijke gezondheid synoniem zijn. Ontwikkeling definieert hij als het voortgaande proces dat resulteert uit het gezonde samenspel tussen biologische rijping en omgevingsinvloeden. Ontwikkeling vormt de kern van gezond functioneren. Psychopathologie van kinderen en jeugdigen omvat daarom per definitie, zij het in wisselende mate, stoornissen van en in de ontwikkeling. Deze stoornissen resulteren uit de wisselwerking van biologische, cognitieve, emotionele en sociale factoren'.

Verheij noemde vervolgens het psychoanalytisch ontwikkelingsmodel en het cognitief-structurele ontwikkelingsmodel ontwikkelingstheorieën met behulp waarvan de problemen van de kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek te typeren zijn. Een voorbeeld in termen van de psychoseksuele ontwikkeling is dat de problematiek van de kinderen pre-oedipaal is. Een ander voorbeeld in termen van de ontwikkeling van objectrelaties is dat er bij een deel van de kinderen geen uitbouw plaats heeft gevonden van hun relatievorming vanuit de normale autistische of symbiotische fasen.

Multi-problem kinderen en open en gesloten problematiek; in publicaties na 1989 zijn er aan de omschrijving van de doelgroep de begrippen multi-problem kinderen en open en gesloten problematiek toegevoegd. De kinderen zijn multi-problem kinderen omdat ze op iedere ontwikkelingshoofdas één of meerdere problemen vertonen. Van open problematiek is sprake wanneer de determinanten van de problemen (en daarmee de gewenste aanpak) moeilijk te ontleden zijn zonder een omvattende longitudinale probleemanalyse (Verheij, 1995). Van gesloten problematiek is sprake als de achtergrond en de gewenste aanpak van de problemen snel en succesvol kunnen worden geïdentificeerd. De meeste problemen van de kinderen die de doelgroep vormen voor een instituut voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek zijn open problemen omdat er sprake is van multicausale problematiek. Meerdere ontwikkelingsaspecten zijn tegelijkertijd verstoord en beïnvloeden elkaar, ook pathologisch.

Samenvattend: het denken over hoe de doelgroep getypeerd kan worden is geëvolueerd. De evolutie maakt duidelijk dat sommige typeringens steeds aanwezig blijven, andere naar de achtergrond verdwijnen en er toevoegingen komen. Steeds aanwezig blijft dat er gesproken wordt van vroeg gewortelde ontwikkelingsproblematiek. De problematiek is bij het kind al in de eerste levensjaren aangevangen. In de diverse milieus is het kind vastgelopen. Het heeft al hulp gehad, maar deze volstond niet. De kinderen zijn in potentie normaal begaafde kinderen. Op de achtergrond raken typeringens aan de hand van diagnostische categorieën en sociaal-economische klassen. Gesteld wordt dat specifieke diagnoses en classificaties de problematiek van de kinderen niet karakteriseren. De ontstaansgeschiedenis wordt er niet mee weergegeven en deze wordt als belangrijk ervaren. Immers, de kinderen hebben al lang ernstige problematiek en door de tijd heen versterken de elementen ervan elkaar. Op een gegeven moment (soms vanaf de geboorte) is de problematiek dermate ernstig en samengesteld dat de ontwikkeling van het kind bedreigd is en het kind zowel op school als met leeftijdgenoten disfunctioneert. Typeringens met behulp van diagnoses en classificaties moeten derhalve als te beperkt opgevat worden om de kinderen treffend te kunnen typeren.

In het voorbeeldinstituut nemen de ontwikkelingstheorieën, naast de leer- en systeemtheorieën, een belangrijke plaats in.

Concluderend kan gesteld worden dat de ontstaansgeschiedenis van de vroeg gewortelde ontwikkelingsproblematiek en de ernst en samengesteldheid van de problematiek typeringens zijn waarmee de doelgroep het beste omschreven wordt.

De doeleinden

Eerder is gesteld (hoofdstuk 2) dat aan de categorie doelgerichtheid de algemene doeleinden, de doeleinden in termen van kind en gezin en de doeleinden in termen van de behandeling onderscheiden worden. De vragen zijn:

- waar streeft het hulpverlenend systeem naar (algemene doeleinden);
- op welke aspecten van kind en gezin richt het hulpverlenend systeem zich in de behandeling (doeleinden in termen van kind en gezin);
- welke behandeling staat het hulpverlenend systeem voor (doeleinden in termen van de behandeling).

Algemene doeleinden

De vraag waar het hulpverlenend systeem naar streeft, betekent dat er duidelijkheid moet komen over de algemene doeleinden die het hulpverlenend systeem zich stelt.

Over de algemene doeleinden is geschreven in de publicatie 'De beleidspsychiater in de kinderpsychiatrische kliniek' (Verheij, 1985). In het voorbeeldinstituut deed zich in 1977-1978 de vraag voor welke doeleinden het hulpverlenend systeem bezat toen bleek dat de organisatiestructuur veel samenwerkingsproblemen opleverde. Eén van de problemen was dat de verschillende medewerkers diverse doelen nastreefden. Op dat moment vond er geen geïntegreerde behandeling meer plaats die gericht was op algemene doeleinden. Een van de oplossingen was om de algemene doeleinden centraal te stellen. Gesteld werd (Verheij, 1985):

'Kinder-en jeugdpsychiatrische klinieken zijn er voor het opgenomen kind, de ouder en het resterend gezin. Zij zijn, evenals alle andere hulpverleningsorganisaties, dure instellingen waarmee op gemeenschapskosten mensen in nood geholpen behoren te worden. Van het functioneren van de medewerkers en van het instituut als geheel mag verwacht worden, dat het belang van het opgenomen kind en zijn gezin centraal blijft staan en als ijk voor de behandeling kan dienen'.

In 1989 is er in het boek 'Intensieve residentiële behandeling; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld' (Verheij, Van Loon, 1989) hetzelfde over de algemene doeleinden opgemerkt. Als algemeen doel noemde Verheij (1989a) de klinische behandeling van de kinderpsychiatrische patiënten. Dit geldt volgens hem ook voor gelijksoortige instituten.

Doeleinden in termen van kind en gezin

De vraag is op welke aspecten van kind en gezin het hulpverlenend systeem zich richt in de behandeling. In 1982 schreven Sanders-Woudstra, Minderaa en Verheij in het artikel 'Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit' dat:

'Intensieve behandeling slechts adequaat (kan) zijn als deze zich niet tot het emotionele beperkt, aangezien ernstige emotionele problematiek in de regel interfereert met multiple deelaspecten van de kinderlijke ontwikkeling. De ernst van de problematiek en - in de regel - een etiologie over jaren geven aan dat slechts zelden kortdurende behandeling voldoende is'.

Dit citaat maakt duidelijk dat de doeleinden in termen van kind en gezin zich niet tot het emotionele beperken, maar zich ook richten op andere deelaspecten van de kinderlijke ontwikkeling. Er wordt geen uitspraak gedaan over welke deze aspecten zijn. De uitspraak dat slechts zelden kortdurende behandeling voldoende is, roept de vraag op welke de behandelingsduur is van de opgenomen kinderen (zie hieronder).

Van 1982 tot 1989 is er in de publicaties gesproken over de doelen van de verschillende behandelingsmilieus (leefgroep, individuele therapieën, onderwijs en ouder- en gezinsbegeleiding) en niet over de doeleinden in termen van kind en gezin van het hulpverlenend systeem.

In 1989 wordt duidelijk beschreven waar de behandeling zich op richt. Verheij (1989b,c) stelde dat de doelstelling van een kinderpsychiatrische kliniek de behandeling van kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen op basis van vroege ontwikkelingsproblematiek is:

'Behandeling is gericht op de bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling die nog ontwikkelingspotentialities lijkt te bevatten en kan niet los gezien worden van intensieve begeleiding van ouders en resterend gezin De (poging tot) beïnvloeding van de persoonlijkheidsontwikkeling is de kern van de klinische kinderpsychiatrische behandeling Behandeling wordt beoogd van een persoonlijkheidsontwikkeling die nog nauwelijks op gang kwam, geen samenhang verkreeg, gefragmenteerd is of verstoord verliep. Zo'n behandeling is primair intrapersoonlijk'.

Voorgaande omschrijving moet als zeer globaal opgevat worden. Er worden geen uitspraken gedaan over de verschillende aspecten van kind en gezin waarop de behandeling zich zal richten.

Doeleinden in termen van de behandeling

De vraag is welke behandeling het hulpverlenend systeem voorstaat. Uit de analyse van de publicaties blijkt dat het artikel van Sanders-Woudstra uit 1980 'Groepsleidster als duizendpoot' als voorloper van de omschrijving van het doel in termen van de behandeling van het voorbeeldinstituut opgevat kan worden. In deze publicatie is genoemd dat (uitgaande van de normale ontwikkeling van het kind) het kind op ontwikkeling gerichte liefde, zorg, belangstelling en stimulatie nodig heeft, waarbij de opvoeders als voorbeeld fungeren. Dit op ontwikkeling gerichte model wordt ook gehanteerd als er behandeling van de problemen van het kind nodig is. Er zal een evenwicht nagestreefd moeten worden tussen de behandelingsbehoeften van het kind en de verzorging, opvoeding en stimulatie die het kind nodig heeft.

De behandelingsduur is in nagenoeg iedere publicatie vanaf 1982 genoemd. In 1982 (Van der Meijden-van der Kolk) is vermeld dat de behandelingsduur minder dan twee jaar is. Na 1982 is de duur meer dan twee jaar. Opgemerkt is dat de duur van de behandeling gerelateerd is aan het feit dat kinderen met vroeggewortelde ontwikkelingsproblematiek (waarbij er bij opname sprake is van een uitgekristalliseerde persoonlijkheidsproblematiek) intensieve (semi)residentiële behandeling nodig hebben.

Tussen 1985 en 1989 is meer geschreven over het behandelingsmilieu dat als doeleinde van de behandeling opgevat moet worden.

In 1985 kwam het behandelingsmilieu, hoewel nog niet zo benoemd, in een artikel over creatieve therapie aan de orde (Hilvering, Verheij, 1985). Gesteld wordt dat de kinderen in de kliniek wonen en een veilig klimaat nodig hebben. Orde, ritme, regelmaat, consequent zijn, betrouwbaarheid, een goede verzorging en een voor het kind herkenbare organisatiestructuur zijn onmisbare elementen van de behandeling. Hiermee wordt bewerkstelligd dat het kind eigen basale zekerheid en zelfvertrouwen ontwikkelt. Behandeling richt zich op het individuele kind, namelijk op zijn behoeften, mogelijkheden en onmogelijkheden en op de ontwikkeling van het individu. Deze behandeling vindt op een tweetal locaties plaats: in de leefgroep en in de individuele therapieën. Remediërend onderwijs werd nog niet als andere vorm van behandeling genoemd.

In 1987 spraken Verheij en De Boer over het totale kinderpsychiatrische behandelingsmilieu. Ze legden uit waarom binnen het behandelingsmilieu individu-gericht behandelen plaatsvindt en dat dit een moeilijke opgave is vanwege de diversiteit aan kinderlijke behoeften die de kinderen hebben. Ze gaven aan hoe in het voorbeeldinstituut deze problematiek wordt opgelost. Het volgende citaat geeft *het individu-gericht behandelen en de gerichtheid op de kinderlijke behoeften* weer (Verheij, De Boer, 1987a):

'De problemen van de kinderen zijn echter zeer divers De Kinder- en Jeugdpsychiatrische Kliniek staat voor de taak om voor elk kind, ondanks de diversiteit in kinderlijke problematiek, een op de individuele problemen gericht behandelingsmilieu te zijn. Een moeilijke opgave die nog verzaamd wordt door het feit dat elk kind met vroege ontwikkelingsproblematiek, egocentrisch als het daardoor is, de eigen behoeften onverdeeld vervuld wil hebben, terwijl de professionele behandelaars voor de opgave staan de vele behoeften van alle kinderen naar redelijkheid te moeten vervullen. Bovendien bezitten deze kinderen verder, vanuit verschillen in leeftijds- en in ontwikkelingsniveau, (ten dele) verschillende inherente behoeften. In meerdere Kinder- en Jeugdpsychiatrische Klinieken wordt gericht gewerkt met een doordacht behandelingsmilieu waarbinnen voor de beide zojuist geschetste dilemma's een oplossing nagestreefd wordt Het accent lag hierbij op het gezinsachtig groepsmilieu waarbinnen en waarnaast voldoende aandacht was voor de specifieke behoeften van ieder individueel kind'.

Uit het volgende citaat van Verheij en De Boer (1987a) wordt duidelijk dat de daadwerkelijke omgang met het kind *de behandelingsstrategieën* bepaalt. De kenmerken van de behandelingsstrategieën zijn dat sommige behoeften door de wijze van structurering van de leefgroep vervuld zullen worden, terwijl andere behoeften een specifieke aanpak vereisen. Pathologische behoeften van het kind moeten omgebogen worden naar meer leeftijdsadequaat gedrag. In behandelingsplannen worden de behandelingsstrategieën neergelegd (Verheij, De Boer, 1987a):

'...is de daadwerkelijke omgang (met het kind) eerst bepalend voor de behandelingsstrategieën. Het kind plaatst een diversiteit aan gedragsappèls en herhaalt sommige veelvuldig, terwijl het anderzijds ingaat op sommige interacties van de volwassenen of van de andere kinderen terwijl het andere interacties negeert Een deel van de appèls van het kind zal in de regel door de wijze waarop de leefgroep gestructureerd is (...) beantwoord worden. Andere behoeften van het kind kunnen, doordat het kind ze niet deelt met andere kinderen, specifiek voor een bepaald kind zijn en vragen, gezien vanuit het leefgroepklimaat, om gerichte beantwoording daarvan. In de eerste weken na opname van een kind ontstaan, doordat de groepsleiding heeft geleerd deze behoeften te observeren en signaleren, duidelijke op het individuele kind gerichte behandelingsafspraken. Tevens richt het kind appèls die niet als inherente maar als pathologische behoeften te typeren zijn. Deze appèls vereisen eveneens gerichte afspraken, nu echter niet met het doel deze te beantwoorden, maar met het doel op termijn deze gedragingen om te buigen naar meer leeftijdsadequaat functioneren. In de behandelingsplannen, waarvan de eerste ongeveer 2 à 3 maanden na opname van het kind gemaakt wordt, wordt de mixture van dat wat het kind vanuit het groepsmilieu behoeft en dat wat er gericht op de persoonlijke groei voor dit kind aan toegevoegd wordt, uitgebreid vastgelegd. Vervolgens wordt dit behandelingsplan elke 2 à 3 maanden bijgesteld. Voor elk kind ligt aldus vast wat wenselijk en noodzakelijk is in de behandeling'.

Uit de publicatie van Verheij en De Boer (1987a) wordt duidelijk dat het behandelingsmilieu rekening houdt met inherente behoeften van de kinderen. In deze behoeften is een *ontwikkelingshiërarchie* te onderkennen en het behandelingsmilieu zal zich richten op deze ontwikkelingshiërarchie. Het gevolg van het onderkennen van een ontwikkelingshiërarchie is dat er gesproken kan worden van *fasen van de behandeling*. Er wordt gesproken over een begin-, midden- en eindfase van de behandeling. Op iedere fase wordt ingegaan.

- *Beginfase van de behandeling; Verheij en De Boer (1987a) schreven:*
'Zonder uitzondering hebben alle kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek behoefte aan structuur, ordening en veiligheid. Wij hebben er voor gekozen om in het dagelijkse leven van de kliniek de behoeftevervulling daarvan consequent in te bouwen aangezien deze behoeftebevredestiging voor elk kind nauwkeurig, gedoseerd en langdurig dient plaats te vinden Structuur en ordening betekenen dat in de leefgroep in de persoon van de pedagogisch medewerkers als oudersubstituten continu aanwezig zijn Eerst in de midden- en eindfase van de behandeling is een aantal kinderen in staat langere tijd zonder problemen zelfstandig te functioneren. Zij hebben een zekere mate van basisvertrouwen verworven veiligheid (wordt) ook basaal gecreëerd doordat het leef-, leer- en therapieklimaat een herkenbare ordening bezitten. Orde, ritme, regelmaat, regels en consequentheid verschaffen het kind rust en doet het leven van alledag voor hem of haar voorspelbaar worden Evenzo dient de herkenbare ordening ook weerspiegeld te zijn in de wijze waarop de ruimten in de kliniek ingericht zijn en verzorgd worden In een geordend en gestructureerd behandelingsmilieu gaat het kind veiligheid ervaren en verwerft het langzaam maar zeker enig basaal vertrouwen Het kind gaat toenemend openstaan en begint te genieten van de verzorging en de aandacht die door de volwassenen wordt gegeven de volwassenen de kinderen voorleven hoe mensen met elkaar dienen om te gaan Aan de ene kant ontstaat voor het eerst een functionele opvoeder-kindrelatie of vindt herstel daarvan plaats Aan de andere kant creëert een milieu waarbinnen een kind zich veilig en vertrouwd gaat voelen, ruimte voor het ontstaan van meer betekenisvolle gevoelens In de beginfase en vaak ook nog in de middenfase van de behandeling staan de zojuist beschreven behoeften bij elk in de kliniek opgenomen kind centraal'.

- *Middenfase van de behandeling; Verheij en De Boer (1987a):*
'Uitgaande van de op gang gekomen relatie tussen kind en volwassenen, zien we bij het kind dat vervolgens ook relatievorming met de andere kinderen begint te ontstaan c.q. dat het een behoefte van het kind zelf wordt om functionele contacten met leeftijdgenoten te onderhouden. Wij beschouwen de behoefte van het kind aan vriendschappelijke contacten en het ontstaan ervan als een grote stap vooruit. De meeste van de opgenomen kinderen hebben nooit een goede relatie met een leeftijdgenoot gehad (We) bevorderen en bewaken de ontluikende vriendschapsformatie. Eerst wanneer duidelijk wordt dat dit laatste minder dan wel niet meer noodzakelijk is, mag het kind met vrienden of vriendinnen perioden buiten het blikveld van de medewerkers gaan functioneren Indien het kind ook qua cognitieve ontwikkeling er aan toe is, is het mede voor zijn emotioneel-sociale ontwikkeling nodig om een school in de omgeving van de kliniek te gaan bezoeken De bakens worden als het ware verzet het kind heeft nu voor verdere groei een ander perspectief nodig'.
- *Eindfase van de behandeling; Verheij en De Boer (1987a) schreven:*
'Dit brengt ons bij een laatste behoefte waaraan het behandelingsmilieu bevrediging dient te verschaffen. Het kind in de eindfase van zijn behandeling wenst namelijk enerzijds behandeld te worden conform zijn leeftijdsniveau, maar vertoont anderzijds momenten waarop het hem of haar moeilijk valt om zich leeftijdsadequaat te gedragen. Het behoeft een stimulerend en bekrachtigend milieu voor een leeftijdsadequaat gedrag en een vertrouwensfiguur of vertrouwensfiguren waarmee de problemen, waarvoor het in het leven van alledag geplaagd wordt, doorgesproken kunnen worden'.

Met deze ontwikkelingshiërarchie aan behoeften als uitgangspunt kan een diversiteit aan ontwikkelingsaspecten stimuli tot behandeling behoeven, zo stelden dezelfde auteurs. Hierbij moet gedacht worden aan de motorische ontwikkeling, de spel- en creatieve ontwikkeling, de cognitieve ontwikkeling en soms ook de spraakontwikkeling.

Samenvattend: de vraag waar het hulpverlenend systeem naar streeft (algemene doeleinden), op welke aspecten het hulpverlenend zich in de behandeling richt (doeleinden in termen van kind en gezin) en welke behandeling het hulpverlenend systeem zich voorstaat (doeleinden in termen van de behandeling) zijn vanuit de publicaties te beantwoorden.

De kern van de algemene doeleinden is dat verwacht mag worden dat het belang van het opgenomen kind centraal blijft staan en als ijk voor de behandeling dient.

De kern van de doeleinden van kind en gezin is dat de (poging) tot beïnvloeding van de persoonlijkheidsontwikkeling de kern is van de behandeling. Behandeling wordt beoogd van een persoonlijkheidsontwikkeling en -opbouw die nog nauwelijks op gang kwam, geen samenhang verkreeg, gefragmenteerd is of verstoord verliep. De behandeling is primair intrapersoonlijk.

De kern van de doeleinden in termen van de behandeling is dat het hulpverlenend systeem een totaal therapeutisch behandelingsmilieu nastreeft, waarbinnen gerichtheid op de vervulling van de inherente ontwikkelingsbehoeften van de kinderen centraal staat. Doordat het hulpverlenend systeem uitgaat van een ontwikkelingshiërarchie van behoeften kan er gesproken worden van fasen van de behandeling. De behandelingsduur zal als gevolg van de gestelde doeleinden meer dan twee jaar duren. Het behandelingsmilieu wordt gevormd door leefgroep, individuele therapieën, school en ouder- en gezinsbegeleiding.

De categorie doelgerichtheid is beschreven. Ingegaan kan worden op de categorie structuur.

3.1.2 De categorie structuur

In hoofdstuk 2 is gesteld dat in organisaties het werk dat nodig is om doeleinden te bereiken, op verschillende manieren opgedeeld moet worden. Het werk kan opgevat worden als een bepaalde hoeveelheid middelen om de doeleinden van de organisatie te bereiken. De middelen moeten vastgesteld worden binnen het hulpverlenend systeem. De taken en de activiteiten van het werk moeten verdeeld worden. In het hulpverlenend systeem zullen de taken verdeeld worden over verschillende subsystemen van het hulpverlenend systeem. De subsystemen betreffen de verschillende behandelingsvormen zoals bijvoorbeeld de behandeling in de leefgroep. Vanuit de omschrijving van de doelgroep en de doelstelling van het hulpverlenend systeem zal beredeneerd kunnen worden welke subsystemen of behandelingsvormen het geschiktst zijn om de doeleinden van het hulpverlenend systeem te bereiken. De verschillende *behandelingsvormen* en daarbij behorende *taken* en *activiteiten* zullen vastgesteld moeten worden. Churchman (1975) sprak in dit verband van fundamentele opdrachten van de subsystemen, geformuleerd vanuit de doelstelling van het systeem. Steeds zullen de taken en activiteiten opnieuw in relatie met de doelstelling beoordeeld moeten worden. Er is sprake van 'ongoing actions (patterned behavior) that are taken within the context of organisational structure' (Illback, Zins, 1993).

Bij de bestudering van de publicaties van het voorbeeldinstituut blijkt dat er aspecten van iedere behandelingsvorm terugkerend beschreven worden. Deze aspecten betreffen de doelstelling, de organisatie, de taken en het proces van iedere behandelingsvorm. Wat betreft de doelstelling kan een onderverdeling gemaakt worden in hoe de doelgroep getypeerd wordt en welke de doeleinden (in termen van het kind en gezin en in termen van de behandeling) zijn van iedere behandelingsvorm.

Bij de bestudering van de publicaties blijkt tevens dat voor sommige behandelingsvormen, te weten remediërend onderwijs, bewegingstherapie en creatieve therapie, het behandelingsproces uitgewerkt wordt voor bepaalde categorieën van kinderen. Het betreffen kinderen met aan autisme verwante stoornissen (Hilvering, Verheij, 1988; Van Doorn, Verheij, 1989; Van Loon, Verheij, Aendeckerk, 1990; Diederiks, Verheij, 1990; Aendeckerk, 1993, 1994) en gedragsgestoorde en agressieve kinderen (Van der Meijden-van der Kolk, Verheij, 1984; Hilvering, Verheij, 1985; Aendeckerk, Verheij, 1989). In de beschrijvingen van het therapeutisch proces bij deze kinderen wordt daarbij een aantal keren gerefereerd aan een bepaalde theorie.

Bij de bestudering blijkt dat, naast aspecten en beschrijving van categorieën van kinderen, denkmodellen voor de behandelingsvormen geformuleerd worden.

In de publicaties is een volgorde te ontdekken in de wijze waarop het accent in de beschrijving is komen te liggen. Aanvankelijk lag het accent op de aspecten, vervolgens op de categorieën van kinderen en daarna op de denk-/werkmodellen.

In het navolgende zullen de aspecten doelgerichtheid, organisatie, taken, proces en het denkmodel van de behandelingsvormen *samenvattend* besproken worden. Vanwege de omvangrijkheid van de beschrijvingen van de aspecten is ervoor gekozen om de beschrijvingen in een bijlage op te nemen (zie bijlage I).

De behandeling in de leefgroep

Wat betreft de categorie doelgerichtheid blijkt dat de typering van de doelgroep van deze behandelingsvorm dezelfde luidt als die van de hulpverleningsinstelling. Wat de doeleinden in termen van het kind betreft zijn deze in het verlengde van die van de hulpverleningsinstelling geformuleerd. De organisatie, het aantal leefgroepswerkers per team en het aantal kinderen per team is in de beschrijving aan de orde gekomen. De taken van de leefgroepswerkers kunnen onderverdeeld worden in directe en indirecte taken. Vanuit de doeleinden in termen van de behandeling in de leefgroep is het mogelijk de taken van de behandeling in de leefgroep te formuleren. De directe taken betreffen het creëren van een 'gezinsachtig' leefklimaat waarbinnen verzorgen, opvoeden en behandelen als driedelige taak gestalte geven aan het leefklimaat. De fasen van de behandelingsvorm zijn besproken. Gebleken is dat er een onderscheid gemaakt kan worden in een fasenindeling die doeleinden in termen van het kind betreft en een fasenindeling die zowel de doeleinden in termen van het kind als van de behandeling betreft.

Een denkmodel voor de behandeling in de leefgroep is geformuleerd. Hierbij valt op dat in het denkmodel de uitgangspunten van de behandeling niet verwerkt zijn. Het denkmodel is derhalve een deel van het totale werkmodel van de behandeling in de leefgroep.

Individuele therapieën

De individuele therapieën dienen opgevat te worden als noodzakelijke en specifieke katalysatoren voor de kinderlijke ontwikkeling. De emotioneel-sociale ontwikkeling staat centraal. De doeleinden in termen van de behandeling zijn gericht op helen. De therapeutische techniek wordt ondergeschikt gemaakt aan de doelstelling van de therapie. De therapievormen zijn wat betreft de indicatiestelling in de organisatie gelijkwaardig aan elkaar.

De noodzaak van facilitatie in en vanuit de omgeving van de therapie wordt benadrukt. Facilitatie wordt bevorderd door een duidelijke geordende structuur in het dagelijks leefklimaat. Tussen de individuele therapieën en de behandeling in de leefgroep dient afstemming te ontstaan door middel van overleg en verslaglegging. Het therapeutisch proces wordt, evenals de behandeling in de leefgroep, als een proces met een begin-, midden- en eindfase opgevat.

Er is een denkmodel gericht op de diagnostiek en op de behandeling voor de individuele therapieën geformuleerd. Dit denkmodel moet opgevat worden als onderdeel van het totale werkmodel van de individuele therapieën.

Remediërend onderwijs

In het remediërend onderwijs staat de cognitieve ontwikkeling centraal. Er wordt een volledig individuele beïnvloeding nagestreefd. De emotioneel-sociale ontwikkeling moet ondervangen worden en de cognitieve ontwikkeling bevorderd. De didactische aanpak van de leerkracht is aanvankelijk ondergeschikt aan de basale, ondervangende taak.

Tussen onderwijs en leefgroep dient er afstemming plaats te vinden. Vanuit de leefgroep wordt het kind gestimuleerd en gemotiveerd naar school te gaan. De regels van school en van de groep worden door de behandelaars en de kinderen over en weer geleerd en gekend. De leerkrachten en de pedagogisch medewerkers informeren elkaar in overleg en door middel van verslaglegging. Het remediërend onderwijsproces kent fasen. Er is een denkmodel geformuleerd dat opgevat moet worden als onderdeel van het totale werkmodel.

Farmacotherapie

Farmacotherapie dient als ondersteuning van de behandeling. Het heeft een tweeledige doelstelling: de reductie van zeer hinderlijke symptomen en het kind meer gericht maken op het ontvangen van opvoeding, onderwijs en therapie. Medicatie heeft een katalyserend effect als het kind gaat ervaren dat het helpt ter vermindering van een voor het kind vervelend symptoom.

Ouder- en gezinsbegeleiding

Ouderbegeleiding en begeleiding van het resterend gezin vindt parallel aan de behandeling van het kind plaats. In de doelstelling van de ouder- en gezinsbegeleiding zit ondersteuning van de groei van het kind vervat. Een impliciet doel is, indien noodzakelijk, de modificatie van vaste patronen van omgang van de ouders.

De ouder- en gezinsbegeleider dient geïnformeerd te zijn rond de actuele zaken wat betreft het kind. Dit wordt mogelijk gemaakt door rapportages te lezen en door deelname aan diverse vormen van overleg.

Evenals de andere behandelingsvormen kent het proces van ouder- en gezinsbegeleiding fasen en is er een denkmodel geformuleerd.

Tot zover de beschrijving van de categorie structuur. Overgegaan kan worden op de beschrijving van de categorie coördinatie.

3.1.3 De categorie coördinatie

In hoofdstuk 2 is gesteld dat in ieder systeem behoefte is aan coördinatie van en richting geven aan taken en activiteiten van mensen teneinde de doeleinden van het systeem te kunnen bereiken. Naarmate een systeem complexer wordt, groeit de behoefte aan coördinatie. Tevens is in hoofdstuk 2 gesteld dat degenen die coördineren de doeleinden van de hulpverleningsinstelling zullen vertalen naar de doeleinden van iedere behandelingsvorm. Relevante informatie moet zijn weg vinden en hiertoe zal een systeem van overleg en verslaglegging in de hulpverleningsinstelling functioneren. De koers van de behandeling moet bijgehouden kunnen worden en hiertoe zal het systeem van overleg en verslaglegging herhaalde keren doorlopen moeten worden. Er is een soort regelkring aanwezig. De diverse medewerkers zullen communiceren en de communicatie zal mede gericht zijn op wanneer, waar en hoe de doeleinden te bereiken. Communicatie zal plaatsvinden in overleg en via verslaglegging. Er zullen in het systeem diverse soorten coördinatoren/leiders werkzaam zijn.

In het navolgende zal achtereenvolgens ingegaan worden op de coördinatoren, op multidisciplinaire samenwerking, op het systeem van overleg en op het systeem van verslaglegging. Tenslotte zal aan de orde komen dat er sprake is van circuits van overleg en verslaglegging.

Coördinatoren

In een hulpverlenend systeem zullen coördinatoren werkzaam zijn die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie van de behandeling. Voor het voorbeeldinstituut gelden de *beleidspychiaters en leefgroepcoördinatoren* als degenen die leiding geven en coördineren (Verheij, 1985). Tot 1976 was er sprake van een *andere situatie*. Verheij (1985):

'De kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek was een zuilsgewijs opgebouwde afdeling waarbinnen elke discipline een onderafdeling vormde en een hoofd had. Tot 1976 waren er vijf onderaf-

delingen naar discipline, te weten de kinderpsychiatrie, de psychologie, de pedagogiek (casu quo de groepsleiding en de orthopedagoog), het onderwijs en het maatschappelijk werk. In dat jaar werd de onderafdeling (creatieve) therapie toegevoegd. Samenwerking vond plaats door het indienen van de hulpvraag bij de desbetreffende discipline, het bespreken van deze vraag op het overleg van de onderafdeling en vervolgens van het geven van een, al dan niet instemmend, antwoord. Deze opbouw, hoewel veel toegepast, kende alle nadelen van een overaccentueren van het monodisciplinair en een onderaccentueren van het multidisciplinair werkzaam zijn. De onderafdelingen gingen uit van het opleidings- en/of vaardigheidsniveau van de medewerkers en niet primair van de centrale taak van de kliniek'.

Deze manier van samenwerken gaf vele problemen. Het werkte meer separerend dan integrerend met betrekking tot de behandeling (Verheij, 1985). Werkgevers- en werknemersrelatie en inhoudelijke aspecten van het werk leken gelijksoortig. Behandeling kon soms niet gecontinueerd worden omdat een discipline dit niet langer voorstond. Integratie van doelen leverde problemen op omdat eenieder zijn eigen doel nastreefde. Het bestuurlijk en cliëntgericht functioneren van de organisatie was voor de medewerkers niet meer te onderscheiden. Individuele kwaliteitsverschillen tussen medewerkers hadden nauwelijks recht van bestaan. De eigen casu quo individuele problematiek van de medewerkers kon steeds minder los gezien worden van de problematiek van kind en ouder en van de problematiek waarmee de organisatie als geheel geconfronteerd werd.

Voornoemde problemen werden opgelost door het algemene doel centraal te stellen, voor een multidisciplinaire organisatievorm te kiezen en de beleidspsychiaters en leefgroepcoördinatoren als coördinerende schakels aan te wijzen. Aan de beleidspsychiater werd de primaire beleidsverantwoordelijkheid gegeven.

In 1989 ging Verheij verder in op de *coördinatie-taken van de kinder- en jeugdpsychiater*. Hij stelde dat de kinder- en jeugdpsychiater de coördinatie heeft van en verantwoordelijk is voor de multidisciplinaire overlegstructuur rond kind en gezin. Beredeneerd werd dat wanneer de kinder- en jeugdpsychiater deze coördinatie niet op zich neemt, het moeilijk blijft om te blijven spreken van 'multidisciplinair werken aan het monodisciplinaire vak kinder- en jeugdpsychiatrie'. Tevens is beredeneerd dat de kinder- en jeugdpsychiater de coördinatie van en verantwoordelijkheid kan hebben voor de (hiërarchische) organisatie voor werkgevers- en werknemerszaken.

In 1989 gingen Gravesteijn en Verheij in op de *functie en taken van de leefgroepcoördinator*. Zij stelden:

'In de regel kent een behandelingsinstituut noch een volledige besturing door de 'basis' noch door de 'top' wanneer het gaat om het overleg rond kind en gezin en/of werkgevers- en werknemerszaken In ons instituut is de beleidspsychiater de hoogst verantwoordelijke. Gezien vanuit de leefgroep zijn de 'eerste pedagogische medewerkers' het middenkader met een uitvoerende taak naar 'boven', naar de beleidspsychiater, en een leidinggevende taak naar 'beneden', naar het team van de leefgroep'.

In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op de coördinerende rol, de taken en de activiteiten van een eerste pedagogisch medewerkster oftewel leefgroepcoördinator.

Over leidinggevende taken van andere dan hiervoor genoemde medewerkers is niet geschreven, behalve indirect. Sanders-Woudstra (1980) merkte op dat de groepsleidster over een enorme stuurmanskunst moet beschikken om als groepsleider kinderen op te voeden, te verzorgen en te behandelen. 'Het is zaak bij het werk te zorgen niet in diverse valkuilen te

raken. Dit vraagt een enorme stuurmanskunst'. Hieruit kan opgemaakt worden dat de groepsleidster een leidinggevende taak heeft, namelijk over zichzelf en de kinderen.

Samenvattend: binnen het voorbeeldinstituut zijn met name de beleidspsychiater en de leefgroepcoördinator aangewezen als degenen die coördineren en leiding geven.

Multidisciplinair samenwerken

In het artikel 'Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit' (Sanders-Woudstra, Minderaa, Verheij, 1982) werd voor het eerst ingegaan op multidisciplinair samenwerken. Het uitgangspunt van de auteurs is dat in het IWRV-rapport (1980) en in voorstellen van de Nationale Ziekenhuisraad tot normering van personeelsbezetting in instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (1980) volgens hen onvoldoende duidelijk wordt gemaakt wat kinderpsychiatrie is en wat kinderpsychiaters doen. Ze stelden dat kinderpsychiatrie een vak is en niet de optelsom van een aantal modaliteiten. Kinderpsychiatrie is een medisch specialisme waarbinnen de biopsychosociale diagnostiek centraal staat. Kinderpsychiaters zijn biopsychosociale diagnostici. De biopsychosociale diagnostiek is een monopolie van de kinderpsychiater. Deze diagnostiek vindt zijn startpunt in kennis van de somato- en psychopathologie en dient als uitgangspunt voor verder hulpverlenend handelen.

De auteurs vervolgden dat hoewel de kinderpsychiatrie een monodisciplinair vak is, de kinder- en/of jeugdpsychiatrische kliniek (of een jeugdpsychiatrische dienst) een multidisciplinaire instelling is. Het functioneren van zo'n instelling is er op gericht om kinderpsychiatrische hulpverlening te bieden. De multidisciplinaire samenwerking binnen zo'n instelling maakt dat de kinderpsychiater binnen zijn methodische grenzen blijft, terwijl de verschillende disciplines de primaire taak versterken en ondersteunen.

In 1991 werd door Rietdijk en Verheij genoemd dat slechts twee à drie procent van de formatieplaatsen bezet wordt door de naamverlenende discipline van een hulpverleningsinstelling, hetgeen impliceert dat aan zesennegentig à achtennegentig procent van de beoogde diagnostiek en behandeling vorm gegeven wordt door stafleden met een andere disciplinaire identiteit.

In diverse publicaties werd opgemerkt dat er veel onduidelijkheid bestaat wat betreft de termen multi- en interdisciplinair. Om de verwarring te ontwarren is Heijnsdijk (1970) in zijn definiëring van mono-, multi- en interdisciplinair gevolgd. Multidisciplinair werd door Verheij (1989b) als volgt omschreven:

'In het kader van een pogen om tot geïntegreerde probleemoplossing te komen, overleggen de vertegenwoordigers van de verschillende monodisciplines met elkaar en trachten ze hun monodisciplinaire inbreng te sommeren.'

Uit deze omschrijving valt af te leiden dat multidisciplinaire samenwerking kan leiden tot een geïntegreerd samenwerken en behandelen.

Multidisciplinaire instelling, multidisciplinaire samenwerking en multidisciplinaire behandeling worden vervolgens in andere publicaties steeds toegelicht en besproken. Wat opvalt is dat in de eerste publicaties multidisciplinair gerelateerd wordt aan het feit dat de kinderpsychiatrie een monodisciplinair vak is. Een vak dat versterkt en ondersteund dient te worden door verschillende disciplines. In een latere publicatie (Verheij, 1990) wordt beredeneerd dat er multidisciplinaire behandeling dient plaats te vinden vanwege het feit dat de kinderen

ernstige samengestelde ontwikkelingsproblematiek vertonen. Er moet daarom sprake zijn van een multidisciplinaire behandelingsorganisatie.

Uit het voorgaande valt af te leiden dat er multidisciplinair behandeld wordt vanwege de samengesteldheid van de kinderpsychiatrische problematiek ten dienste van het monodisciplinaire vak kinderpsychiatrie. Om multidisciplinair te kunnen behandelen, moet er multidisciplinair samengewerkt worden.

In 1990 schreef Verheij dat multidisciplinair samenwerken teneinde multidisciplinair te behandelen een daarop gerichte overlegstructuur en- cultuur veronderstelt. Een structuur en cultuur die eerst pas mogelijk is indien er een coherent systeem van verslaglegging functioneert. Het systeem van overleg en verslaglegging kan aldus opgevat worden als noodzakelijke voorwaarde om multidisciplinair samenwerken en behandelen te bewerkstelligen.

Op het systeem van overleg en verslaglegging wordt separaat ingegaan.

Het systeem van overleg

In het systeem van overleg zitten een *smal* en een *breed* samengesteld multidisciplinaire overleg vervat (Verheij, 1989b). In het systeem van overleg is er sprake van een *tijdsfactor* en dit betekent dat er een onderscheid is te maken tussen overleg voor de korte termijn en overleg voor de lange termijn (Verheij, 1989b). Er zal ingegaan worden op het smal en breed samengestelde multidisciplinair overleg en op overleg voor de korte en voor de lange termijn.

Smal en breed samengesteld multidisciplinair overleg

Verheij (1989b) schreef over multidisciplinair overleg. In deze beschrijving wordt duidelijk dat de samenstelling van de vormen van overleg de wijze van multidisciplinaire samenwerking weerspiegelt. Er is sprake van een breed samengesteld overleg (stafoverleg) en van smaller samengestelde multidisciplinaire vormen van overleg (behandelingsplanoverleg, overdrachten van diensten en overleg van leefgroepwerkers en ochtendrapporten). In het voorbeeldinstituut zijn het de leefgroepwerkers, de leefgroepcoördinator en de beleidspsychiater en de ouder- en gezinsbegeleider die het smalle multidisciplinair verband vormen. In het smalle multidisciplinair verband vinden vormen van overleg voor de korte termijn met betrekking tot de leefgroep plaats. Het is steeds mogelijk om het handelen binnen korte perioden op elkaar af te stemmen. Deze afstemming is nodig omdat de behandeling zich van periode tot periode ontwikkelt (zie paragraaf 3.1). In het brede multidisciplinaire verband zullen tevens de diagnostici en de andere behandelaars participeren. In breed multidisciplinair verband vindt overleg voor de lange termijn plaats (multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht overleg en het overleg voor de behandlungsplanning). In dit overleg wordt het handelen van de verschillende disciplines voor de lange termijn afgestemd. Deze afstemming dient als kader voor het handelen voor de korte termijn.

Overleg voor de korte termijn en voor de lange termijn

Wanneer en hoe vaak overleg plaatsvindt zal afhangen van de visie op de doelgroep, doeleinden van de behandeling en de formalisatie van de kern-behandelingsactiviteiten. Tevens zal het afhangen van de daarvoor beschikbare tijd.

In het voorbeeldinstituut wordt er onderscheid gemaakt tussen korte termijn en lange termijn overleg en verslaglegging. De diverse vormen van korte termijn overleg worden afgewisseld met de diverse vormen van overleg voor de lange termijn. 'Daadwerkelijk handelen' en 'observatie en registratie' worden geformaliseerd in korte termijn overleg en ver-

slaglegging, terwijl 'bespreken en diagnosticeren' en 'beoogd handelen' geformaliseerd worden in lange termijn overleg en verslaglegging. Hierin weerspiegelt zich de visie op de doelgroep en de doeleinden. Rietdijk (1991c) stelde dat (doordat de kinderen multi-probleem kinderen zijn) de behandeling van dag tot dag gevolgd moet worden. Dagelijks zal er derhalve overleg moeten zijn. In het voorbeeldinstituut worden hiertoe de overdrachten gerekend. De wekelijkse en tweewekelijkse vormen van overleg worden ook tot het korte termijn overleg gerekend, zoals werkoverleg en supervisie. Tot het lange termijn overleg worden stafoverleg en het planningsoverleg gerekend. In het lange termijn overleg worden gegevens besproken die voortgekomen zijn uit het korte termijn overleg.

Multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg

Het multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg is door Verheij en Rietdijk (1991) beschreven. Het wordt de meest intensieve vorm van multidisciplinair stafoverleg genoemd. Verheij en Rietdijk stelden dat het stafoverleg in de circuits van overleg en verslaglegging als onmisbare schakel opgevat moet worden. Niet voor niets wordt dit overleg in de literatuur wel integratiefase genoemd (Kievit, Tak, 1988). Een overleg of fase waarin gepoogd wordt de gegevens casu quo de evaluatie van de multidisciplinaire behandeling te integreren tot een interdisciplinaire visie. Multidisciplinair samenwerken maakt multidisciplinair behandelen aan de hand van interdisciplinaire diagnostische en - behandelingsvisies mogelijk.

In de publicatie van Verheij en Rietdijk (1991a) wordt het stafoverleg (evenals in de publicatie over dagrapportage en behandelingsplan; zie onder de paragraaf 'het systeem van verslaglegging') gerelateerd aan de doelgroep, de doelstelling en de behandelingsorganisatie. Het denken over de doelgroep, de doelstelling en de behandelingsorganisatie wordt in deze publicatie gemeenschappelijk denkkader voor het stafoverleg genoemd. Er vindt een bespreking plaats over het algemene doel en de structuur van het stafoverleg. Tenslotte wordt er ingegaan op het stafoverleg zelf. Dit wordt opgevat als een transversaal en longitudinaal proces. In het navolgende zal ingegaan worden op de relatie met doelgroep, doelstelling en behandelingsorganisatie, op de functie en plaats van het stafoverleg, op het gemeenschappelijke denkkader en op het algemene doel en de algemene structuur:

- *doelgroep, doelstelling en behandelingsorganisatie*; Verheij en Rietdijk (1991a) stelden dat doelgroep, doelstelling en behandelingsorganisatie omschreven moeten zijn van waaruit stafoverleg te organiseren is. Voor beschrijving van de doelgroep en doeleinden wordt verwezen naar paragraaf 3.1. Voor de behandelingsorganisatie is in de publicatie vermeld dat er verschillende vormen van behandelingsplanoverleg zijn en derhalve verschillende behandelingsplannen. Gesteld wordt dat de plannen alle een gemeenschappelijke basis hebben, namelijk de interdisciplinaire diagnostische en behandelingsvisies op het kind en het gezin. Deze visies komen op het stafoverleg tot stand en worden uitgewerkt in het algemene behandelingsplan;
- *functie en plaats*; op basis van het voorgaande is de functie en de plaats van het stafoverleg te bepalen: het bewerkstelligt interdisciplinair denken en van daaruit samenhang tussen de behandelingsplannen; tevens is het een schakel in het voortgaande proces van evaluatie van het (be)handelen en van formulering van nieuwe behandelingslijnen voor de monodisciplines;

- *gemeenschappelijk denkkader voor het stafoverleg*; het denkkader wordt door Verheij en Rietdijk (1991a) gerelateerd aan de visie op de doelgroep en dientengevolge aan de diagnostiek. Dit denkkader wordt in andere publicaties denk/werkmodel genoemd.

Verheij en Rietdijk (1991a) schreven:

'In het verlengde van de interdisciplinaire diagnostische visie zal een interdisciplinaire behandelingsvisie tot stand gebracht moeten worden. In onze situatie betekent dit dat aan het eerste denkmodel een tweede gekoppeld wordt, waaruit een interdisciplinaire behandelingsvisie kan ontstaan. In dit denkmodel staat het (be)handelen en de (be)handelingstheorieën gericht op de stimulering van de lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale (op het voelen, denken en omgaan) centraal. In dit model kunnen de (be)handelingsgegevens en monodisciplinaire theoretische (be)handelingsgegevens en monodisciplinaire theoretische (be)handelingskaders worden geplaatst. Het model vindt eveneens zijn toepassing in de integratiefase'.

In latere publicaties wordt voor iedere behandelingsvorm een denk/werkmodel geformuleerd (zie bijlage III):

- *algemene doel en structuur*; het stafoverleg dient ervoor om achtereenvolgens met behulp van een multidisciplinaire organisatie te komen tot:
 - (be)handelingsevaluaties van de diverse disciplines;
 - integratie van deze gegevens tot een interdisciplinaire visie;
 - samenhangend en geïntegreerd beleid vanuit deze visie, welke de hoofdlijnen van de behandeling van het kind en het resterend gezin voor de komende periode bevat.

De focus is de daadwerkelijke beïnvloeding van de persoonlijkheidsontwikkeling van het opgenomen kind.

Verheij en Rietdijk (1991a) stelden dat het denkmodel bij iedereen die deelneemt aan het stafoverleg bekend is. De inbreng van iedere deelnemer wordt in de integratiefase van het stafoverleg in het denkmodel geplaatst, resulterend in een interdisciplinaire diagnostische visie.

Samenvattend: in het systeem van overleg wordt multidisciplinair samenwerken geformaliseerd. Een onderscheid kan gemaakt worden tussen smal en breed, korte en lange termijn multidisciplinair overleg. Het multidisciplinaire 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg is het meest centrale overleg. Het wordt opgevat als onmisbare schakel in het geheel van overleg en verslaglegging. Vanuit de doelgroep, doelstelling en behandelingsorganisatie is er een algemeen denkkader voor het stafoverleg geformuleerd. Verondersteld wordt dat dit denkkader bij iedere deelnemer van het stafoverleg bekend is.

Het systeem van verslaglegging

In 1982 en in 1987 verschenen er twee publicaties die betrekking hebben op delen van het systeem van verslaglegging. De publicaties betreffen *dagrapportage* (Sonnema-Diemont e.a., 1982) en het *behandelingsplan* (De Boer, Gunning, Verheij, 1987). In publicaties uit 1989 (Verheij, Van Loon, 1989) en daarna (Verheij, Rietdijk, 1991b; Rietdijk, 1991c; Van der Ster, Van Doorn, 1991) wordt het systeem van verslaglegging verder uitgewerkt op onderdelen.

Evenals in de typering van de doelgroep is er een evolutie te zien in het denken over het systeem van verslaglegging. In het volgende zal op delen van het systeem van verslaglegging ingegaan worden. Het betreft dagrapportage, verslagen voor multidisciplinair kind- en gezin gericht stafoverleg en behandelingsplannen.

Dagrapportage/ rapportage per sessie/ verslaglegging voor stafoverleg

Sonnema-Diemont en collega's (1982) stelden over het ontstaan van het systeem van overleg en verslaglegging:

'...in de loop der tijd (is) de behoefte aan een coherent systeem van verslaglegging ten aanzien van het gedrag van de opgenomen kinderen meer en meer duidelijk geworden uitgaande van onze behandelingsvisie en onze behandelingsmethoden, (is) een circuit van behandelingsplannen en systematische verslaglegging ontworpen waarvan wij hier een onderdeel, namelijk de dagrapportage, zullen beschrijven'.

De behoefte aan dagrapportage en een goede overleg- en overdrachtstructuur werden gekoppeld aan doeleinden in termen van de behandeling. Sonnema-Diemont en collega's stelden namelijk dat het *therapeutisch klimaat* vooral *consistentie* en *continuïteit* moet bezitten en dat dit vooral *bepaald* wordt door:

'...een goede overleg- een overdrachtstructuur Bij overdragen van diensten (van leefgroepwerkers, LR) vindt mondelinge overdracht van informatie plaats. Daarnaast is er de schriftelijke rapportage op voorgedrukte formulieren welke wij in het artikel bespreken'.

Niet alleen voor het bewerkstelligen van een consistent en continu *therapeutisch klimaat* is een goede overleg- en overdrachtstructuur nodig, maar tevens voor het *opstellen en herzien van het individuele behandelingsplan* en voor het schrijven van het *twee-maandelijks stafverslag* moet informatie beschikbaar zijn, volgens Sonnema-Diemont en collega's:

'Voor het opstellen en herzien van het individuele behandelingsplan en voor het schrijven van het tweemaandelijks stafverslag moet informatie beschikbaar zijn over het gedrag van het kind zoals het dit dagelijks vertoont Daarbij hebben wij getracht de verschillende observatieschema's zo te kiezen dat daarmee de karakteristieken van de persoonlijkheid en van het gedrag van het kind het dichtst benaderd worden'.

Sonnema-Diemont en collega's (1982) beargumenteerden waarom ze voor de *structuur van de dagrapportage* in de leefgroep hebben gekozen:

'De volgende methodische en inhoudelijke punten hebben wij als criteria gehanteerd om de bruikbaarheid van de reeds bestaande observatie- en rapportagesystemen te toetsen'.

Hierop zal in hoofdstuk 4 verder ingegaan worden. Het betreft uitgangspunten betreffende aspecten van de coördinatie van de behandeling in de leefgroep.

Over de *rapportage en verslaglegging van elke therapie* schreven De Boer en Verheij in 1989 het volgende:

'Elke therapie behoeft voorafgaand goede diagnostiek en een indicatiestelling gericht op de gekozen vorm van therapie. Diagnostiek en indicatiestelling zijn echter niet statisch, maar dienen als processen beschouwd te worden. Gerichte rapportage en verslaglegging van het verloop van de therapie met regelmatige momenten van evaluatie zijn hiertoe noodzaak Rapportage en verslaglegging vindt op tweeërlei wijze plaats, te weten enerzijds de verslaglegging van elke sessie, anderzijds de verslaglegging voor het stafoverleg. Voor beide vormen van verslaglegging is in ons instituut een voorgestructureerd model aanwezig'.

Vervolgens gaan De Boer en Verheij (1989) in op de verslaglegging per sessie en voor het stafoverleg. De verslaglegging per sessie houdt in dat:

- de algemene doelstelling voor de individu-gerichte therapie vermeld wordt (zie onder de paragraaf behandelingsplan);
- de doelen voor iedere sessie genoteerd worden;

- naast de algemene gegevens van het kind het rangnummer van de sessie wordt geformuleerd;
- het verslag een zekere structuur kent.

De verslaglegging voor stafoverleg houdt in dat wanneer informeren van het stafoverleg door de therapeut geen probleem vormt, de verslaglegging dezelfde structuur volgt als in het therapieverslag per sessie.

De *rapportage en verslaglegging ten behoeve van het remediërend onderwijs* kent parallellen met die van de behandeling in leefgroep. Er zijn dagrapportage, verslaglegging voor het stafoverleg en een schoolhandelingsplan ontwikkeld. Verheij (1989c) schreef:

'Overzicht houden over het klasgedrag en over het leerproces van de kinderen op de interne school start evenals elders met een goede dagrapportage van zowel het emotioneel-sociaal functioneren als van de leerprestaties Rapportage van emotioneel-sociaal functioneren kan plaatsvinden op voorgedrukte formulieren Rapportage van het cognitief functioneren vindt door middel van de door het kind in schriftjes verwerkte leerstof plaats'.

Samenvattend: is over dagrapportage/verslag per sessie en verslaglegging voor stafoverleg gesteld dat:

- dagrapportage van de behandeling in de leefgroep ontstaan is uit het duidelijk worden van een behoefte daaraan;
- dagrapportage van de behandeling in de leefgroep gekoppeld wordt aan het bewerkstelligen van het therapeutisch klimaat en als middel gezien moet worden om een continu en consistent klimaat te krijgen;
- dagrapportage van de behandeling in de leefgroep, verslag per sessie van de individuele therapieën en per schooltijd van remediërend onderwijs als informatie dient voor het maken van een stafverslag. Dagrapportage dient tevens voor het schrijven van een individueel behandelingsplan;
- dagrapportage een zodanige structuur bezit dat het dagelijkse gedrag van het kind wordt beschreven (en niet over een langere periode). Dagrapportage wordt door een participerende observator verricht. Dagrapportage is een globale gedragsomschrijving, waarbij separaat gerichte observatie mogelijk is;
- er voor elke therapie en remediërend onderwijs gestructureerde verslaglegging is ontwikkeld.

Het behandelingsplan

In het artikel 'Het behandelingsplan in een kinderpsychiatrische kliniek' (De Boer, Gunning, Verheij, 1987) is op het behandelingsplan ingegaan. Een belangrijk uitgangspunt luidde:

'In elk behandelingsplan komen condensaties van de behandelingsfilosofie en het organisatie-model van het instituut voor'.

Belangrijk is om na te gaan hoe en of dit uitgangspunt tot uiting komt in de structuur van en processen in het behandelingsplan.

Behandelingsplanning, behandelingsfilosofie en de relatie tot diagnostiek en handelen; het uitgangspunt van het plan is een analyse van de uitgangssituatie (de diagnose). De Boer, Gunning en Verheij (1987) schreven:

'De diagnose die bij de aanmelding is geformuleerd kent zijn eigen betekenis: in de regel is ruime aandacht besteed aan etiologie en pathologie en wordt volstaan met een grove lijn voor verder beleid, dat wil zeggen voor verdere behandeling. In de klinische situatie zal (verdere) observatie de basis moeten zijn voor gerichtere diagnostiek die vervolgens eerst tot een gedetailleerd behandelingsplan kan leiden'.

De Boer, Gunning en Verheij (1987) vervolgden:

'Ontwikkeling moet bevorderd worden in de behandeling en 'elke keer moet afgeschat worden wat het kind van zijn gezonde mogelijkheden nog kan gebruiken op het domein van het leven in de groep, het functioneren buiten de kliniek en het schoolse leren Deze behandelingsfilosofie impliceert een behandelingsplanning die de individuele psychodiagnostiek uitbreidt en continu confronteert en toetst aan de handelingsmogelijkheden. Deze laatste moeten op hun beurt op hun effectiviteit gecontroleerd worden. Op deze wijze raken diagnosticeren en behandelingsplanning vervat in een circulair proces en slaat het behandelingsplan een brug tussen de diagnostiek en het concrete pedagogische handelen binnen de leefgroep. Tevens dient het als evaluatie-instrument. Een planning van evaluerende momenten tijdens de behandeling is noodzakelijk om een kloof tussen de dagevaluatie (waarin momenten weergegeven worden) en de tussentijdse evaluaties en eindevaluaties (waar synthese en integratie plaatsvindt), te voorkomen'.

De dagelijkse rapportage vormt de basis van waaruit verslaglegging wordt geschreven en evaluatie op de langere termijn gestalte krijgt.

Aspecten van het behandelingsplan; als volgende aspecten zijn in de publicatie van De Boer, Gunning, Verheij (1987) genoemd de plaats in de circuits van overleg en verslaglegging, de wijze van opstellen, de beoogde doelen, de neveneffecten en het behandelingsplandocument. Op ieder aspect zal separaat ingegaan worden.

De plaats in de circuits van verslaglegging; gesteld is dat verslaglegging efficiënt en doelgericht moeten blijven.

Doelgericht betekent dat:

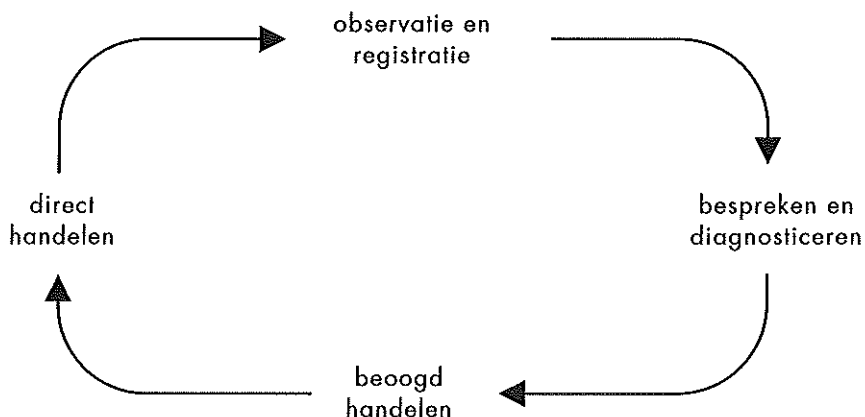
- het grootste deel van de verslaglegging op het individuele kind (en zijn functioneren in diverse situaties), op zijn ouders en op zijn gezin gericht is en dat de doelen op lange termijn (inclusief de beïnvloeding van de persoonlijkheidsontwikkeling) naast de actuele situatie (verzorging, opvoeding en problemen in het hier-en-nu) een ruime plaats toebedeeld krijgen;
- de verslaglegging gericht is op veranderingsprocessen en dynamiek.

Voor *efficiëntie* geldt dat:

- direct handelen mondeling besproken wordt;
- observeren en registreren beschreven wordt;
- bespreken en diagnosticeren verslagen worden en beoogd handelen in een verslag neergelegd wordt;
- diverse soorten verslagen en beschrijvingen qua vorm en inhoud op elkaar afgestemd moeten worden. De behandelingsfilosofie en de wijze waarop deze nagestreefd wordt, blijven ook hierdoor duidelijk en herkenbaar;
- per vorm van verslaglegging een handleiding, een toelichting en een voorbeeld van een ingevuld verslag aanwezig zijn.

Voorgaande beschrijving is te vatten in een figuur die de aspecten van het (be)handelen circulair weergeeft. Aan ieder behandelingsaspect is een vorm van overleg en verslaglegging verbonden. De vier behandelingsaspecten met bijbehorend overleg en verslaglegging staan in de derde figuur getoond.

FIGUUR 3.3: BEHANDELEN CIRCULAIR WEEERGEVEN



Behandelingsplan en de wijze van opstellen; in tegenstelling tot het per discipline schrijven van dagrapportage vindt het opstellen van behandelingsplannen in een multidisciplinair overleg plaats (De Boer, Gunning, Verheij, 1987):

'.... de eerste pedagogisch medewerker (pm), de beleidspsychiater en de orthopedagoog (stellen) gezamenlijk het behandelingsplan op. De drie participanten proberen allereerst de 'geest' van de stafvergadering vertaald naar richtlijnen voor concreet handelen. Zij brengen daarnaast een onderlinge dynamiek in: de beleidspsychiater is de hoofdverantwoordelijke voor het geheel van de residentiële behandeling en heeft er belang bij dat alle delen op elkaar afgestemd functioneren, de eerste pm coördineert het functioneren van de kinderen en de pm's op het niveau van de leefgroep en heeft er belang bij dat het beoogde handelen uit te voeren is en de orthopedagoog heeft een consultatieve en geen beleidsverantwoordelijke plaats en is mede daardoor in staat om behandelingsstrategieën te blijven zoeken die zoveel mogelijk recht doen aan de beoogde doelen'.

De beoogde doelen; De Boer, Gunning en Verheij (1987) schreven:

'Bij het samenstellen van het behandelingsplan voor ieder individueel kind, worden een hoofddoel en meerdere subdoelen beoogd en treedt een aantal neveneffecten op'.

In de omschrijving van het hoofddoel weerspiegelt zich een afgeleide van het algemene doel van het voorbeeldinstituut en in de subdoelen de typeringen van de doelgroep.

Het *hoofddoel*; het hoofddoel werd door De Boer, Gunning en Verheij (1987) als volgt omschreven:

'... met het behandelingsplan wordt getracht uniformiteit te scheppen in het denken en handelen van de pedagogisch medewerk(st)ers met betrekking tot verzorgen, opvoeden en behandelen van ieder individueel kind'.

Verheij (1989c) stelde dat het hoofddoel voor de medewerkers geldt en laat het woord pedagogisch weg.

De *subdoelen van de subdelen*; in ieder subdeel van het behandelingsplan zit een subdoel vervat. De Boer, Gunning en Verheij (1987) formuleerden voor ieder subdeel een subdoel. De subdoelen reflecteren de behandelingsfilosofie van het voorbeeldinstituut. Het voert te ver om van alle subdelen de subdoelen hier weer te geven. Volstaan wordt met de verwijzing naar bijlage III.

De *subdoelen van het proces in het behandelingsplan*; er is sprake van een proces in het behandelingsplan. De delen van het plan betreffende denken over het kind gaan over in de delen betreffende handelen met het kind. Het behandelingsplan:

'... leidt enerzijds tot kindgericht behandelen en anderzijds naar het opbouwen van een gedeelde attitude ten opzichte van ieder individueel kind en diens problematische gedragingen'.

Het te verwachten resultaat is:

'... continuïteit in het behandelingsklimaat, zowel met betrekking tot pedagogische als de kinderpsychiatrische facetten'.

Een ander subdoel van het proces in het behandelingsplan is dat naast 'het verzorgend en opvoedkundig handelen maatregelen met betrekking tot het behandelen in engere zin te onderscheiden' zijn, namelijk: '... het stimuleert tot het erkennen van het kind in zijn eigen (pathologische en gezonde) behoeften'. Selectief in dit handelen voorzien, namelijk voor zover het de ontwikkeling bevordert, wordt mogelijk gemaakt.

Het *subdoel van het creëren van een zeker uniformiteit* (casu quo een vorm van consequent zijn) qua basishouding en handelen (met betrekking tot het kind) van de residentiële werkers is, dat hierin 'ingesloten' zit 'dat na enige tijd evaluatie hiervan (wat werk en wat werkt niet met betrekking tot dat kind) mogelijk is'. Het voltooide behandelingsplan draagt de aanzet en noodzaak tot de herziening in zich.

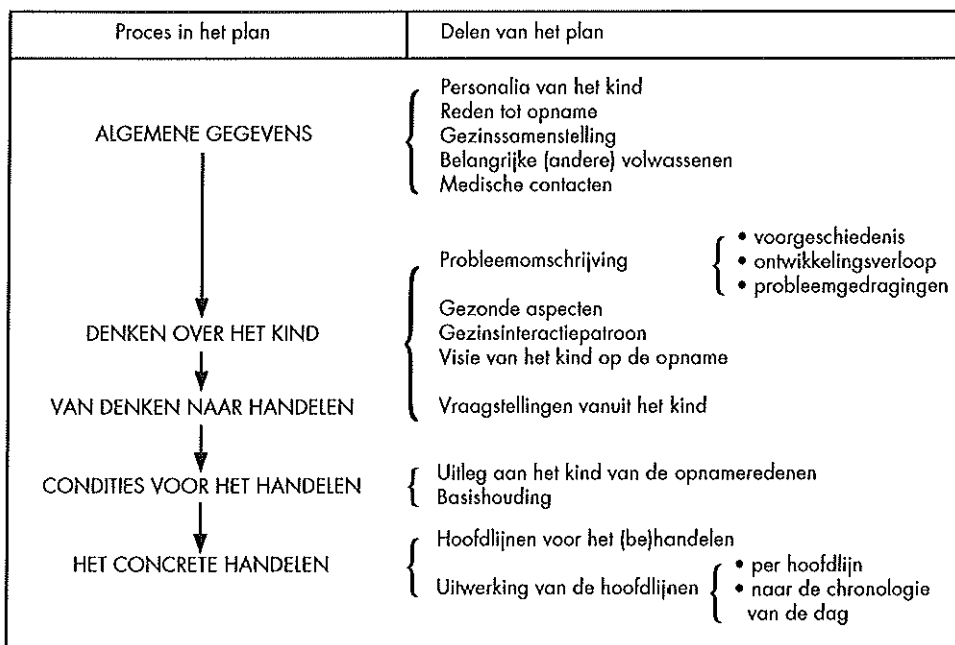
Het *subdoel van het systematisch vastleggen*; dit subdoel betekent dat:

'... de behandelaars het kind met zijn voorgeschiedenis en met de verklaringen voor de te behandelen pathologie als het ware 'in zich opricht'.

Neveneffecten; er worden neveneffecten genoemd, zoals sneller gaan herkennen van de kinderlijke gedragingen, het bevorderen en het systematisch op elkaar afstemmen van de communicatie met het kind en van visie en beleid tussen beleidspsychiater en leefgroepcoördinator. Door de vaste structuur van het plan kunnen de medewerkers sneller het plan herkennen. Door periodiek bijstellen wordt de dynamiek en het procesmatige karakter van behandelen geëxpliciteerd. Nieuwe gegevens en doelen worden toegevoegd, terwijl bereikte doelen hun prioriteit verliezen.

Het behandelingsplandocument; het document heeft een structuur die is gebaseerd op het proces in het plan. In de vierde figuur worden het proces in het plan en de delen van het plan weergegeven.

FIGUUR 3.4: HET PROCES IN EN DE DELEN VAN HET BEHANDELINGSPLANDOCUMENT



Tot slot wordt door De Boer, Gunning en Verheij gesteld (1987) dat slechts een gedeelte van het behandelingsplan:

'.... een algemene geldigheid (heeft) casu quo met name van toepassing (is) voor de leefgroepwerkers, de therapeuten, de leerkrachten van de interne school en de ouderbegeleider. Het geconcretiseerde handelen verschilt natuurlijk voor leefgroep, school, therapie(ën) en ouderbegeleiding. Het specifieke (be)handelen in de leefgroep, het handelen op school en de strategieën met betrekking tot therapie of ouderbegeleiding worden aan het tot nu toe beschreven deel, als 'gerichte concretisering' van de algemene lijn uit het eerste deel gevoegd'.

Deze opmerking maakt duidelijk waarom Verheij (1989c) het hoofddoel van het behandelingsplan voor alle bij de behandeling betrokken medewerkers laat gelden.

Samenvattend: over behandelingsplanning kan gesteld worden dat:

- er een koppeling wordt nagestreefd van behandelingsfilosofie en doelen en subdoelen van het behandelingsplanproces;
- uitgaande van de basisfilosofie iedere keer afgeschat moet worden wat het kind nog aan gezonde mogelijkheden heeft. Behandelingsplanning breidt de individuele psychodiagnostiek uit en confronteert en toetst deze aan handelingsmogelijkheden. Diagnostiek en behandelen raken in een circulair proces vervat. Het behandelingsplan slaat een brug tussen de diagnostiek en het concrete pedagogische handelen in de leefgroep. Het dient als evaluatie-instrument;
- de verslagleggingsprincipes van doelgerichtheid en efficiëntie worden besproken en uit-

gewerkt. Doelgerichtheid betreft het individuele kind en diens ouders. De verslaglegging is gericht op veranderingsprocessen en dynamiek;

- het opstellen plaatsvindt in multidisciplinair overleg. De rollen die eenieder heeft komen voort uit de verantwoordelijkheden van eenieder in het behandelingsmilieu;
- de structuur van het behandelingsplandocument het proces in de behandelingsplanning volgt, waarin een condensatie van de behandelingsfilosofie te vinden is;
- het doel en subdoel van het behandelingsplan met name gericht is op enerzijds behandelen en anderzijds op het opbouwen van een gedeelde attitude. Het te verwachten resultaat is continuïteit in het behandelingsklimaat, zowel ten opzichte van pedagogische als van kinderpsychiatrische facetten. Tevens wordt een zekere uniformiteit qua basishouding en handelen beoogd;
- er een aantal neveneffecten geformuleerd wordt;
- het behandelingsplan voor een groot gedeelte een algemene geldigheid kent.

Een nog niet besproken aspect is hoe het systeem van overleg en verslaglegging opgevat kan worden. In het voorbeeldinstituut wordt het systeem van overleg en verslaglegging als circuit en als een circulair systeem opgevat. Hieronder wordt ingegaan op het circuit-aspect en de circulariteit van het systeem van overleg en van verslaglegging.

Een circuit van overleg en verslaglegging?

In 1989 bespraken Verheij van Van Loon het systeem van overleg en verslaglegging in zijn geheel. Het systeem van overleg en verslaglegging wordt door Verheij als een *circuit* beschreven. De vormen van overleg en verslaglegging volgen elkaar op (zie ook figuur 3.3: Behandelen circulair weergegeven).

Voor alle deelnemers aan de circuits van overleg en verslaglegging gelden de onderdelen van het systeem van overleg en verslaglegging (observatie en registratie, diagnosticeren en bespreken, beoogd handelen en daadwerkelijk handelen).

Iedere behandelingsvorm kent een eigen systeem van overleg en verslaglegging. Voor alle behandelingsvormen is het multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg van toepassing. Dit overleg kan beschouwd worden als snijpunt van de circuits van overleg en verslaglegging van de diverse behandelingsvormen (Rietdijk, 1991a).

De circuits worden per behandelingsvorm eens per acht weken voor ieder kind en diens gezin doorlopen. Dit betekent dat er eens in de acht à negen weken een multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg plaatsvindt. Voor ieder stafoverleg wordt per behandelingsvorm een verslag geschreven gebaseerd op dagrapportage, sessieverslag of werkaanteekeningen van de afgelopen weken. Het behandelingsplanoverleg vindt iedere week plaats. Na het stafoverleg wordt de 'geest' van het stafoverleg vertaald in de behandelingsplannen:

'Het behandelingsplan is qua indeling afgestemd op de vertaling van 'denken over' naar 'handelen met' (De Boer, Gunning Verheij, 1987; zie ook hierboven onder 'Behandelingsplan').

Na ieder stafoverleg wordt getracht het behandelingsplan op te stellen.

De vraag moet gesteld worden of de stappen van de circuits van overleg en verslaglegging na elkaar in tijd genomen worden.

Tot zover de beschrijving van de categorie coördinatie. Wat rest is de beschrijving van de categorie continuïteit.

3.1.4 De categorie continuïteit

De categorie continuïteit is in hoofdstuk 2 in die zin omschreven dat een organisatie niet alleen bestaat uit de groep mensen die er op een bepaald moment toe behoort, maar ook uit de activiteiten en relaties die een tijdlang in stand blijven (2.2.1). In iedere organisatie zal waar te nemen zijn dat er gestreefd wordt naar voortdurende activiteiten. Er zullen hier- toe expliciet of impliciet hulpmiddelen aanwezig zijn om de continuïteit van activiteiten en relaties te waarborgen.

In de publicaties wordt, met uitzondering van twee korte opmerkingen, nauwelijks ingegaan op continuïteit. In het artikel over dagrapportage wordt dagrapportage noodzakelijk geacht voor de continuïteit van het therapeutisch klimaat (Sonnema-Diemont e.a., 1982). In het artikel over het behandelingsplan wordt gesteld dat het te verwachten resultaat van het proces in het behandelingsplan is '... continuïteit in het behandelingsklimaat' (De Boer, Gunnig, Verheij, 1987). Opgemerkt kan worden dat het voorbeeldinstituut continuïteit van het therapeutisch behandelingsmilieu nastreeft door middel van verslaglegging.

Er zijn evenwel beschrijvingen te vinden behorend bij aspecten van de categorie continuïteit. Niet alleen zal verslaglegging een bijdrage kunnen leveren aan de continuïteit. Het gehele systeem van overleg en verslaglegging zal deze rol kunnen vervullen. Het *systeem van overleg en verslaglegging* van het voorbeeldinstituut kan derhalve als aspect behorend bij de categorie continuïteit opgevat worden. Dit systeem wordt beschreven als een circulair systeem met terugkoppelingsmogelijkheden. Iedere keer kan in overleg- en verslagleggingssituaties bekeken worden of de doeleinden van de behandeling gerealiseerd worden. Tevens kunnen de doeleinden bijgesteld of veranderd worden. De tijdens de behandeling geformuleerde doeleinden kunnen als normen dienen om terugkoppeling mogelijk te maken.

De *sociale structuur* van de behandelingsorganisatie kan eveneens als aspect behorend bij de categorie continuïteit opgevat worden. In de documenten (Verheij, 1989c; Verheij, Rietdijk, 1989) wordt geschreven over de sociale structuur van de behandelingsorganisatie. Het therapeutisch milieu wordt als sociale structuur opgevat. Deze sociale structuur omvat zowel een gedeelde doelstelling, gedeeld(e) theoretisch(e) kader(s) van waaruit overeenstemming in denken, voelen en handelen naar de kinderen te formuleren is, als de formalisatie van dit alles in een daarop afgestemde organisatie van overleg en verslaglegging (Verheij, 1989c):

'... er (is) in een kinderpsychiatrische kliniek sprake van een behandelingsgericht, casu quo therapeutisch milieu. Interne samenhang en afstemming staan in zo'n milieu centraal De doelen van een therapeutisch milieu kunnen echter verschillen'

De kern van de sociale structuur is dat overeenstemming in denken, voelen en handelen met betrekking tot de kinderen nagestreefd wordt in afgestemde circuits van overleg en verslaglegging. Verondersteld kan worden dat deze kern van de sociale structuur continuïteit van het systeem bevordert. Belangrijk is dat er doeleinden geformuleerd zijn en dat er mogelijkheden zijn om de doeleinden te bereiken. Voor het voorbeeldinstituut geldt dat de doeleinden (3.1.1), de middelen (3.1.2) en de mogelijkheden tot beïnvloeding (3.1.3) beschreven zijn.

Samenvattend: er is weinig expliciet geschreven over continuïteit door het voorbeeldinstituut. Er zijn echter aspecten van de categorie continuïteit te onderkennen in het systeem van overleg en verslaglegging en de sociale structuur van de behandelingsorganisatie van het voorbeeldinstituut. Eenheid in denken, voelen en handelen zal bevorderd worden wanneer de behandelingsfilosofie geformaliseerd is in het systeem van overleg en verslaglegging.

Tot zover de beschrijvingen van de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit.

3.2 Interpretatie van de beschrijvingen van de categorieën

Interpreteren is een te onderscheiden onderzoeksactiviteit. Er zijn verschillende wijzen van interpreteren mogelijk. Eén van de wijzen van interpreteren is gebruik maken van een hoger aggregatie begrip. De interpretatie vindt hierdoor plaats vanuit een hoger abstractieniveau (Van Dijkum, 1988; In 't Veld, 1992).

Tot nu toe is een werkmodel van het voorbeeldinstituut beschreven op basis van de analyse van de publicaties van het voorbeeldinstituut (3.1). Als leidraad voor de analyse fungeerde een theoretisch raamwerk. Vier categorieën zijn in het theoretisch raamwerk onderscheiden: doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit en binnen deze categorieën zijn aspecten benoemd (zie hoofdstuk 2).

Met de beschrijving van het werkmodel is de *eerste onderzoeksvraag* 'welke is de beschrijving van de behandeling in het voorbeeldinstituut', alsmede de *tweede onderzoeksvraag* 'uit welke elementen bestaat de behandeling in het voorbeeldinstituut' beantwoord.

De *derde onderzoeksvraag* 'welke samenhangen zijn er tussen de elementen te constateren' is nog niet beantwoord. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden dient er een interpretatie plaats te vinden die de afzonderlijke elementen tot een nieuw geheel verbinden.

Interpretatie is in dit deelonderzoek, gezien de derde vraag, gericht op het ontdekken van samenhangen tussen de elementen van de beschrijving van de behandeling in het voorbeeldinstituut. Samenhangen tussen de elementen kunnen weergegeven worden met begrippen van een hoger abstractieniveau dan die in de beschrijving naar voren zijn gekomen. De begrippen brengen samenhang aan tussen de elementen binnen en tussen de categorieën.

De hogere abstractiebegrissen zullen in paragraaf 3.2.1 aan de orde komen. Dit zal, waar nodig, tegen de achtergrond van literatuur over de begrippen gerealiseerd worden.

Nadat door middel van hogere abstractiebegrissen samenhangen vastgesteld zijn, wordt het mogelijk de *vierde onderzoeksvraag* van dit deelonderzoek 'welke is het werkmodel van de behandeling in het voorbeeldinstituut' te beantwoorden. Het werkmodel zal in schema's weergegeven worden (3.3).

3.2.1 Hogere abstractiebegrissen

Uit de beschrijving (3.1) van het werkmodel wordt duidelijk dat vanuit het voorbeeldinstituut in de loop van de tijd uitspraken zijn gedaan over elementen van de verschillende categorieën. Deze uitspraken betreffen met name de visie op de doelgroep, de verschillende soorten doeleinden, de formulering van werkmodellen, multidisciplinair werken, degenen die de leiding hebben en het systeem van overleg en verslaglegging. Vanuit het voorbeeldinstituut is inhoud gegeven aan voornoemde begrippen door deze uitspraken. De inhoud weerspiegelt hoe in de behandelingspraktijk de begrippen uitgewerkt zijn en hoe er naar gewerkt wordt. In de beschrijving wordt duidelijk dat de uitspraken niet op zichzelf staan, maar steeds aan elkaar gerelateerd worden. Door deze relatering ontstaat er een samenhangend systeem. Nog niet duidelijk is hoe de samenhang benoemd kan worden. Hogere abstractiebegrissen kunnen samenhangen in de beschrijving blootleggen.

De volgende abstractiebeprijpen kunnen gebruikt worden:

- differentiatie en integratie;
- hiërarchie (van doeleinden en van planning);
- sturing van het behandelingsproces;
- lerend systeem.

Differentiatie en integratie

Uit de beschrijving is duidelijk geworden dat er evolutie was in het denken over vele aspecten van de behandeling. Sommige elementen komen meer op de voorgrond te staan dan andere. De vraag is welke differentiatie en welke integratie van elementen te constateren is. Dit zal voor iedere categorie apart en tussen de categorieën nagegaan worden.

Differentiatie en integratie binnen de categorie doelgerichtheid; reeds is vermeld dat het voorbeeldinstituut uitspraken heeft gedaan over de visie op de doelgroep, de doeleinden (algemene, in termen van kind en gezin en in termen van de behandeling) en over een diagnostisch denkmodel. De categorie doelgerichtheid wordt met deze uitspraken gedifferentieerd. Uit de beschrijving van de categorie doelgerichtheid wordt duidelijk dat de visie op de doelgroep een belangrijk uitgangspunt vormt voor de formulering van de doeleinden. Er is sprake van kinderen met ernstige, vroege ontwikkelingsproblemen. Deze ontwikkelingsproblematiek moet worden voorzien (diagnose). Hiertoe heeft het voorbeeldinstituut een diagnostisch denkmodel geconstrueerd om de samengesteldheid van de vroege ontwikkelingsproblematiek te voorzien. Hiermee wordt de visie op de doelgroep geïntegreerd in het diagnostisch denkmodel.

Uit de visie op de doelgroep zijn de doeleinden van de behandeling afgeleid. Een onderscheid wordt gemaakt tussen de doeleinden in termen van het kind en doeleinden in termen van de behandeling. De doeleinden in termen van het kind zijn door het voorbeeldinstituut (Verheij, 1989b) zeer globaal gesteld:

'... daadwerkelijke beïnvloeding van de persoonlijkheid. Behandeling wordt beoogd van een persoonlijkheidsontwikkeling- en opbouw die nog nauwelijks op gang kwam, geen samenhang verkreeg, gefragmenteerd is of verstoord verliep. De behandeling is primair intrapersoonlijk'.

Uit deze omschrijving wordt duidelijk dat er een integratie heeft plaatsgevonden van de visie op de doelgroep in de doeleinden in termen van de behandeling.

Er moet geconstateerd worden dat de omschrijving van de doeleinden in termen van het kind nog zeer globaal is. Uit de omschrijving kunnen niet logischerwijs subdoeleinden afgeleid worden. De stappen in de persoonlijkheidsontwikkeling die het kind met vroege ontwikkelingsproblematiek zal gaan maken en waar de behandeling op gericht is, kunnen niet logisch afgeleid worden uit de omschrijving van de doeleinden in termen van kind en gezin. In het voorbeeldinstituut is dit probleem opgelost door enerzijds een ontwikkelingshiërarchie van behoeften bij kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek te veronderstellen die vervuld moeten gaan worden en anderzijds te bepalen dat de daadwerkelijke omgang met het kind vorm zal geven aan de behandelingsstrategieën. De behandeling in het voorbeeldinstituut richt zich op de mogelijkheden en de onmogelijkheden van het kind. Er worden in dit model enerzijds ontwikkelingsmogelijkheden (zoals bij ieder kind) en anderzijds ontwikkelingsbelemmeringen verondersteld. De behandeling richt zich op de ontwikkelingsmogelijkheden door het instellen van een totaal behandelingsmilieu dat gericht is op de vervulling van de behoeften van het kind. Daarnaast is de behandeling gericht op het

stimuleren van ontwikkelingsaspecten. Tevens richt het behandelingsmilieu zich op de ontwikkelingsbelemmeringen (deze zullen zoveel als mogelijk is omgebogen worden).

Door de ontwikkelingshiërarchie van behoeften en de gerichtheid op ontwikkelingsdifferentiatie is het mogelijk om de behandeling in *fasen* in te delen. In iedere fase zal voldaan worden aan de kinderlijke behoeften en zal er gerichtheid zijn om de ontwikkelingsbelemmeringen behorend bij die fase om te buigen. In de eerste fase ontstaat een functionele opvoedingsrelatie. In deze eerste fase zal angstreductie (angst is een ontwikkelingsbelemmering) op de voorgrond staan en velerlei ontwikkelingsaspecten zullen gestimuleerd worden [afhankelijk van de (on)mogelijkheden van het kind]. In de tweede fase ontstaan er functionele contacten met leeftijdgenoten. Ook in deze fase zullen ontwikkelingsbelemmeringen gereduceerd worden. In de derde fase is er gerichtheid op een functionele relatie met de omgeving. Het spreekt voor zichzelf dat er ook in deze fase gerichtheid zal zijn op het reduceren van ontwikkelingsbelemmeringen.

Een belangrijke opvatting is dat de daadwerkelijke omgang met kind en gezin de behandelingsstrategieën zullen bepalen. Deze opvatting impliceert dat er onvoldoende kennis van de behandeling van kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek aanwezig is om op voorhand subdoelen van de behandeling per kind te kunnen formuleren. Er is tot nu toe slechts sprake van globale doeleinden van de behandeling. Deze situatie noopt tot een systeem van behandelingsplanning dat gericht is op het bepalen van de behandelingsstrategieën. In het planningsstelsel zullen de uitgangspunten van de behandeling in de vorm van de visie op de doelgroep en de daaruit afgeleide doeleinden een plek moeten krijgen. Indien dit gebeurt, is er sprake van een integratie van de geformuleerde doeleinden in het planningsstelsel. In de paragraaf 'differentiatie en integratie van de categorie coördinatie' zal deze integratie aan de orde komen.

Nog niet aan de orde zijn de algemene doeleinden geweest, zoals deze geformuleerd zijn in de publicaties. De kern van de algemene doeleinden is dat verwacht mag worden dat het belang van het opgenomen kind centraal blijft staan en als ijk voor de behandeling dient. De algemene doeleinden vallen niet logisch af te leiden uit de visie op de doelgroep. Deze algemene doeleinden zijn niet zozeer gericht op de behandeling van kind en gezin als wel dat ze voorwaarden zijn om de behandeling (zoals die voorgestaan wordt) mogelijk te maken. De algemene doeleinden zijn geformuleerd om tegenstrijdige doelen van de medewerkers tegen te gaan. Wanneer er tegenstrijdige doelen ontstaan, is er het gevaar dat er geen geïntegreerde behandeling meer mogelijk is. Een voorwaarde hiervoor is dat er een visie op de doelgroep en de doeleinden in termen van het kind en gezin en in termen van de behandeling geformuleerd is. Wanneer dit niet is gebeurd zal tijdens de behandeling iedere keer het gevaar ontstaan dat er tegengestelde doelen nagestreefd worden, waardoor er niet langer sprake is van een integratie van de behandeling.

Samenvattend: tussen de elementen van de categorie doelgerichtheid is een integratie te constateren. Integratie heeft plaatsgevonden doordat uitgegaan is van een visie op de problematiek van de doelgroep. Vanuit deze visie zijn afleidingen gemaakt die de doeleinden van de behandeling betreffen. De algemene doeleinden worden beschouwd als elementen die integratie van de behandeling zullen bevorderen. Ze kunnen niet afgeleid worden uit de visie op de doelgroep. Vastgesteld moet worden dat er slechts sprake kan zijn van globale doeleinden in termen van het kind en gezin en in termen van de behandeling, omdat kennis ontbreekt over welke de subdoeleinden zullen zijn. De formulering van slechts een globaal behande-

lingskader is mogelijk, zelfs noodzakelijk. Tijdens de behandeling kunnen pas subdoeleinden geformuleerd worden. Wanneer deze systematisch worden geformuleerd, is het mogelijk om kennis over de subdoelen te verkrijgen. Er is dan sprake van een *lerend hulpverleningssysteem*.

Differentiatie en integratie binnen de categorie structuur

Belangrijke elementen binnen de categorie structuur zijn de behandelingsvormen die de realisatie van de doeleinden mogelijk moeten maken. Als verschillende behandelingsvormen zijn genoemd leefgroepbehandeling, individuele therapieën, educatieve therapie (onderwijs), farmacotherapie en ouder- en gezinsbegeleiding. Iedere behandelingsvorm kent eigen doeleinden, een eigen organisatie, eigen taken (directe en indirecte taken), een eigen proces (in fasen) en een eigen denkmodel (gericht op de diagnostiek en de behandeling). Benoemd is dat iedere behandelingsvorm zijn eigen specifieke karakteristiek (methode) heeft, maar dat deze ondergeschikt gemaakt is aan het doel van de behandeling of therapie. Iedere behandelingsvorm heeft een eigen accommodatie, professionalisering en medium. Deze zijn ondergeschikt gemaakt aan de doeleinden in termen van het kind en in termen van de behandeling. Voor iedere behandelingsvorm geldt dat de werkwijze en de taken steeds afgeleid zullen worden vanuit de doeleinden en de subdoeleinden die tijdens de behandeling geformuleerd worden. Iedere behandelingsvorm zal zich overwegend richten op één ontwikkelingsdomein van de kinderen. De leefgroep richt zich overwegend op de emotioneel-sociale ontwikkeling, de individuele therapieën eveneens op de emotioneel-sociale ontwikkeling, de educatieve therapie op de cognitieve ontwikkeling en de farmacotherapie op de lichamelijke ontwikkeling. Uit deze differentiatie van de behandelingsvormen valt te concluderen dat iedere behandelingsvorm op te vatten is als een apart subsysteem van de hulpverleningsinstelling als systeem.

De behandelingen zullen in de tijd parallel aan elkaar verlopen en aldus is er sprake van *parallellisatie* van de behandeling. In de organisatieliteratuur (Paul e.a., 1994) wordt de gedachte achter parallelliseren uiteengezet. De gedachte is dat door middel van parallellisatie de noodzakelijke besturing van het totale behandelingsproces eenvoudiger wordt. De besturing van het totale behandelingsproces kan door de parallellisatie opgesplitst worden in een aantal verschillende, van elkaar losgekoppelde besturingswijzen.

In het voorbeeldinstituut wordt een totaal therapeutisch behandelingsmilieu nagestreefd en dit maakt een geïntegreerde behandeling noodzakelijk. Van *een geïntegreerde behandeling* is sprake wanneer de doeleinden in termen van kind en gezin en in termen van de behandeling in het subsysteem (behandelingsvorm) geïncorporeerd zijn. Hiertoe moet iedere keer weer afgetast worden of incorporatie plaatsvindt. Er is overleg en verslaglegging nodig, maar ook coördinatie van de verschillende medewerkers van de diverse behandelingsvormen. Integratie vindt in de praktijk plaats in de circuits van overleg en verslaglegging. Overleg en verslaglegging behoren voor medewerkers van iedere behandelingsvorm tot hun indirecte taak. Voor de verschillende behandelingsvormen zal iedere keer weer aangegeven moeten worden in welke fase van het behandelingsproces ze zich bevinden. Wanneer er een integratie plaatsvindt tussen de doeleinden van iedere behandelingsvorm en overleg en verslaglegging, wordt de mogelijkheid tot een geïntegreerde behandeling groter.

Het systeem van overleg en verslaglegging dient als informatiesysteem. Dit informatiesysteem is noodzakelijk om de integratie in de behandeling te bewerkstelligen (zie verder onder de paragraaf 'differentiatie en integratie van de categorie coördinatie'). Wanneer er systematisch gegevens verzameld worden over de behandeling, is het mogelijk dat er kennis opge-

daan wordt door iedere behandelingsvorm. In het voorbeeldinstituut is deze kennis voor bepaalde groepen kinderen reeds verwoord in publicaties, die reeds in dit hoofdstuk zijn genoemd.

Tussen de behandelingsvormen is *wederzijdse afhankelijkheid* te constateren. Wederzijdse afhankelijkheid tussen de behandelingsvormen betreffen *regelzaken* rondom de behandeling en *facilitatie* van de ene behandelingsvorm ten behoeve van de andere behandelingsvorm. De voorwaarde voor het kunnen faciliteren is dat iedere behandelingsvorm een eenduidig therapeutisch milieu nastreeft. In het voorbeeldinstituut heeft het remediërend onderwijs facilitatie vanuit de leefgroep nodig. In de leefgroep wordt namelijk, indien nodig, het kind gemotiveerd om te gaan leren.

Opgemerkt is dat de individuele therapieën en het onderwijs als katalysatoren van de kinderlijke ontwikkeling beschouwd worden, terwijl de behandeling in de leefgroep als kern van de behandeling opgevat wordt. De leefgroep is de kern van de behandeling omdat de behandeling er aanvangt, de ouders het zo beleven, vanuit de leefgroep de toonzetting van de behandeling plaatsvindt en dat beïnvloeding vierentwintig uur per dag plaatsvindt (Verheij, 1989d). Onduidelijk blijft hoe vanuit deze kern de verbanden tussen de leefgroepbehandeling en de andere behandelingsvormen inhoudelijk eruit zien. Het lijkt erop dat de leefgroepbehandeling een faciliterende functie heeft naar de andere behandelingsvormen en dat de individuele therapieën, het onderwijs en de farmacotherapie de leefgroepbehandeling ondersteunen door als katalysatoren van de kinderlijke ontwikkeling te werken. In hoofdstuk 4 (dat handelt over het werkmodel van de leefgroep) zal de leefgroepbehandeling als kern van de behandeling nader uitgewerkt worden.

Samenvattend: geconstateerd wordt dat de verschillende behandelingsvormen de doeleinden van de hulpverleningsinstelling hebben geïncorporeerd. De methode van iedere behandelingsvorm is ondergeschikt gemaakt aan de doeleinden van de hulpverleningsinstelling. Iedere behandelingsvorm richt zich overwegend op een ontwikkelingsdomein van het kind. Iedere behandelingsvorm kent fasen in zijn behandelingsproces. Er is sprake van parallelisatie van de behandelingsvormen. Afstemming op elkaar is nodig en dit kan via het systeem van overleg en verslaglegging. Tijdens de behandeling is er sprake van wederzijdse afhankelijkheid tussen de medewerkers van de diverse behandelingsvormen. Vanuit de ene behandelingsvorm zal er facilitatie voor de andere behandelingsvorm moeten plaatsvinden. De behandeling in de leefgroep is kern van de behandeling, terwijl de individuele therapieën en het onderwijs beschouwd worden als katalysatoren van de kinderlijke ontwikkeling.

Differentiatie en integratie binnen de categorie coördinatie

In het voorbeeldinstituut is er differentiatie in het systeem van overleg en verslaglegging te constateren. Het systeem heeft zich ontwikkeld naar circuits van overleg en verslaglegging. Binnen de circuits zijn de vormen van overleg en is verslaglegging geformaliseerd vanuit de doeleinden van het voorbeeldinstituut. Vastgesteld is dat iedere behandelingsdiscipline eigen circuits van overleg en verslaglegging kent. Het snijpunt van de circuits is het multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg. De circuits zijn op te vatten als noodzakelijke instrumenten voor het vaststellen van de subdoeleinden van iedere behandelingsvorm en voor afstemming tussen de behandelingsvormen. Tevens maken de circuits daadwerkelijk multidisciplinair werken mogelijk omdat ze voorzien in een interdisciplinaire diagnostische visie en in het verlengde daarvan in een interdisciplinaire behandelingsvisie.

De verschillende behandelingsvormen worden geïntegreerd in de sociale structuur van het voorbeeldinstituut. In de sociale structuur worden de algemene doeleinden nagestreefd. Uniformiteit in denken en handelen ten aanzien van de behandeling wordt binnen de sociale structuur bewerkstelligd. De vraag moet gesteld worden of in de circuits van overleg en verslaglegging uniformiteit in denken, voelen en handelen bewerkstelligd wordt. Het behandelingsplan (waarbij het hoofddoel uniformiteit in denken, voelen en handelen is) wordt in een smal disciplinair verband opgesteld. Niet alle behandelingsdisciplines zijn aanwezig bij het opstellen van het behandelingsplan. Hierdoor kan verondersteld worden dat niet iedereen het kind en zijn behandelingswijze als het ware in zich opricht. Door de verschillende participatie in en betrokkenheid bij het opstellen van het behandelingsplan en deelname aan het overleg, zullen niet alle betrokkenen in gelijke mate met het geschreven plan omgaan. Wellicht zal in de andere vormen van overleg uniformiteit in denken en handelen bewerkstelligd worden. Het doel van behandelingsplanning wordt dan gerealiseerd in andere vormen van overleg dan in het behandelingsplanoverleg. Vermoed kan worden dat in andere vormen van overleg tevens behandelingsplanning plaatsvindt en een behandelingsplan in een of andere vorm 'geschreven wordt'. Het beoogde handelen, onderdeel van de doelstellingen van de circuits van overleg en verslaglegging, wordt hierdoor niet alleen geformaliseerd in het behandelingsplanoverleg, maar ook in andere vormen van overleg.

Samenvattend: in het voorbeeldinstituut zijn er circuits van overleg en verslaglegging ontwikkeld. In deze circuits zijn de doeleinden van de hulpverleningsinstelling geformaliseerd. Tevens zijn de circuits van overleg en verslaglegging nodig voor de vaststelling van de subdoeleinden van de behandeling, die alleen tijdens de behandeling zelf geformuleerd kunnen worden. De vraag wordt gesteld hoe in het systeem van overleg en verslaglegging uniformiteit in denken, voelen en handelen bewerkstelligd wordt.

Differentiatie en integratie binnen de categorie continuïteit

Het voorbeeldinstituut heeft weinig expliciet geschreven over continuïteit. Het totale therapeutisch behandelingsmilieu heeft continuïteit nodig om de behandeling succesvol te laten worden. Hiertoe zijn middelen nodig, te weten een welomschreven (en geïntegreerde) doelgerichtheid van de behandeling, de behandelingsvormen en een systeem van overleg en verslaglegging. Uit het voorgaande valt af te leiden dat binnen de categorie continuïteit elementen vanuit de andere categorieën worden gebruikt.

Differentiatie en integratie tussen de categorieën

In het zojuist beschrevene is de differentiatie en integratie tussen de categorieën zichtbaar geworden. Integratie tussen de categorieën wordt bewerkstelligd doordat vanuit de categorie doelgerichtheid integratie heeft plaatsgevonden in de overige categorieën. Gesteld kan worden dat iedere categorie elementen uit een vorige categorie geïncorporeerd heeft.

Elementen van de categorie doelgerichtheid zijn opgenomen in de categorie structuur, de categorie coördinatie en de categorie continuïteit. Door deze incorporatie kan de algemene doeleinde (het centraal houden van kind en gezin in de behandeling) verwezenlijkt worden. Bekeken kan worden of er sprake is van een hiërarchie van doeleinden en planning.

Hiërarchie

Hiërarchie van doeleinden

De doeleinden zoals deze door het voorbeeldinstituut beschreven zijn, staan in nauw verband met elkaar. De doeleinden in termen van het kind en van de behandeling zijn beredeneerd in publicaties vanuit het voorbeeldinstituut. De doeleinden zijn afgeleid van de visie op de doelgroep. De visie op de doelgroep is een noodzakelijke voorwaarde om de doeleinden te kunnen formuleren. Ze moeten opgevat worden als globale doeleinden waaraan de doeleinden van de andere te onderscheiden systemen gerelateerd worden. De doeleinden in termen van kind en gezin en in termen van de behandeling van het voorbeeldinstituut zijn de meest centrale doeleinden. Ze fungeren als een soort paraplu van waaruit de behandeling vorm gegeven kan worden. In de beschrijving van de behandeling in het voorbeeldinstituut komt de paraplu functie duidelijk naar voren. De doeleinden zijn onder de categorie structuur en coördinatie verder uitgewerkt. De aldaar geformuleerde doeleinden van de verschillende behandelingsvormen en van de verschillende vormen van overleg en verslaglegging zijn gerelateerd aan de 'parapludoeleinden'.

De doeleinden in termen van kind en gezin en de doeleinden in termen van de behandeling zijn, zoals reeds gezegd, afgeleid uit de omschrijving van de doelgroep. Deze twee soorten van doeleinden staan in verbinding met elkaar door bij het kind een ontwikkelingshiërarchie van kinderlijke behoeften die vervuld moeten worden, te veronderstellen. Het totale behandelingsmilieu is gericht op de vervulling van de kinderlijke behoeften. Door deze gerichtheid kan de behandeling in fasen ingedeeld worden. Deze fasen kunnen opgevat worden als ijkpunten van de behandeling. Aan het einde van de eerste fase ontstaat er een functionele opvoedingsrelatie of vindt er een herstel plaats. In de tweede fase ontstaan er functionele contacten met leeftijdgenoten en in de laatste fase ontstaat er een functionele relatie met de omgeving.

Een belangrijk element in de bepaling van de doeleinden is de opvatting van het voorbeeldinstituut dat de daadwerkelijke omgang met kind en gezin de behandelingsstrategieën primair bepalen. Behandelingsplanning is noodzakelijk om deze strategieën vast te leggen. De doeleinden in termen van kind en gezin en de doeleinden in termen van de behandeling zullen daarbij als paraplu dienen waaronder de behandelingsstrategieën gepland worden. Vantevoren zijn de doelen die onder de paraplu geformuleerd worden niet vast te stellen. De doelen zullen echter steeds weer gerelateerd worden aan de doeleinden die als paraplu fungeren. Er moet gepland worden! Planning zal plaatsvinden vanuit de parapludoeleinden.

Bij de bestudering van de publicaties zijn er drie soorten doeleinden vastgesteld: de strategische, de operationele en de dagelijkse doeleinden. De *strategische doeleinden* zijn de doeleinden zoals deze verwoord zijn in de categorie doelgerichtheid. Reeds eerder werden ze parapludoeleinden genoemd. De *operationele* en *dagelijkse doeleinden* worden tijdens de behandeling geformuleerd. De operationele doeleinden worden onder andere afgeleid van de strategische doeleinden en de dagelijkse doeleinden van de operationele doeleinden.

Aldus is er een hiërarchie van doeleinden in het voorbeeldinstituut aan te wijzen. Er is sprake van doeleinden die steeds gedifferentieerder worden geformuleerd.

Er zal afstemming nagestreefd moeten worden door de organisatie en het management tussen de diverse doeleinden. Een kritisch punt in de afstemming is dat er een grote mate

van onzekerheid bestaat welke doeleinden gesteld moeten worden. Er kunnen bij problematische kinderen en hun gezinnen slechts doelen in de naaste zone van ontwikkeling gesteld worden. Van veel kinderen met kinderpsychiatrische problemen is nog niet bekend hoe ze zich zullen ontwikkelen en derhalve is het moeilijk om tussentijdse doelen te formuleren. Noodzakelijke voorwaarde om afstemming tussen de medewerkers wat betreft de doelen te bereiken is dat de uitgangspunten van de organisatie door de medewerkers aanvaard zijn en steeds centraal gehouden worden. De uitgangspunten zullen dan bewust gemaakt moeten zijn. Doeleinden zijn geen intrinsieke eigenschappen van een systeem. Ze moeten toegekend worden (De Leeuw, 1990). Doelen zijn evenmin intrinsieke eigenschappen van individuen. De Leeuw (1990) stelde dat bij alle acties in de praktijk die gericht zijn op beïnvloeding een doelstelling vereist wordt. De acties vooronderstellen doelstellingen. Vaststellen van doeleinden en vanuit doeleinden werken en proberen deze te realiseren is een belangrijk sturingsmechanisme. In het voorbeeldinstituut geldt met name het systeem van overleg en verslaglegging als middel waarmee de doeleinden bewust gemaakt kunnen worden, omdat de uitgangspunten teneinde deze doeleinden te bereiken erin verwerkt zijn.

Belangrijk is dat er een verband bestaat tussen de doeleinden van de organisatie (strategische doeleinden), doeleinden van de coördinatoren (operationele doeleinden) en doeleinden van de uitvoerders (dagelijkse doeleinden). Er kan sprake zijn van een hiërarchie tussen deze doeleinden wanneer de doeleinden van de organisatie vertaald zijn in operationele doeleinden die op hun beurt weer vertaald zijn in individuele doeleinden.

In het voorbeeldinstituut wordt het mogelijk om de doeleinden van de verschillende niveaus op elkaar aan te laten sluiten doordat er een systeem van overleg en verslaglegging is ingesteld. In dit systeem wordt daadwerkelijk afstemming en integratie van de doeleinden nagestreefd. De vraag is reeds gesteld of het systeem zodanig is ingericht dat uniformiteit in denken, voelen en handelen bewerkstelligd kan worden.

In veel hulpverleningsinstellingen worden de doeleinden op verschillende niveaus van de organisatie onvolledig geëxpliciteerd. Veelal worden ze beschreven in vage termen. Wanneer inzicht in de behandeling nagestreefd wordt en kennis hierover verzameld moet worden, zal het nodig zijn om de doeleinden op verschillende niveaus te expliciteren.

Hiërarchie van planning

Evenals dit voor doeleinden geldt, kan voor het planningssysteem een hiërarchie van planning verondersteld worden (Hall, 1973). Hall (1973) schreef 'It is that plans may occur in hierarchies, too. In system engineering a general objective is implemented by a whole series of successfully more detailed plans. One of the functions of the system's engineer is to ensure the internal consistency and integration of plans at differential hierarchical levels'.

Voor het voorbeeldinstituut kunnen drie planningsniveaus onderscheiden worden. Het eerste niveau is dat van de *strategische planning*, het tweede niveau van de *operationele planning* en het derde niveau van de *dagelijkse planning*. De strategische planning bestaat uit de doelstellingen en basisactiviteiten van de hulpverleningsorganisatie. De operationele planning bevat de bepaling van de daadwerkelijke behandelingsstrategieën binnen het systeem van overleg en verslaglegging. Het geschreven algemene behandelingsplan vloeit voort uit de operationele planning. De dagelijkse planning bevat een vertaling van de daadwerkelijke behandelingsstrategieën naar wat deze betekenen voor iedere behandelingsvorm. Het behandelingsplan per behandelingsvorm vloeit voort uit de dagelijkse planning. Voor de strategische planning is het hoger management en voor de operationele planning het hoger

en midden management verantwoordelijk. Voor de dagelijkse planning geldt dit voor de behandelingsdisciplines.

Sturing

Om de behandeling in het voorbeeldinstituut vorm te geven beschikt het over een aantal inhoudelijke en procedurele sturingsmechanismen, te weten:

- de inhoud van de doeleinden in termen van kind en gezin sturen de vormgeving van de behandeling;
- de informatie over kind en gezin die tijdens de behandeling verkregen wordt, zal sturing geven aan de behandeling;
- de wijze van inrichting van de circuits van overleg en verslaglegging zal de vormgeving van de behandeling sturen naar de doeleinden van de behandeling;
- de wijze waarop continuïteit nagestreefd wordt geeft sturing aan het gehele behandelingsproces.

Lerend systeem

Hulpverleningsinstellingen kunnen beschouwd worden als lerende systemen (Morgan, 1992; Paul e.a., 1994).

Er kan sprake zijn van 'single-loop learning' en van 'double-loop learning'. 'Single-loop learning' heeft betrekking op het leren aan te passen binnen bekende kaders en standaarden. 'Double-loop learning' heeft betrekking op het overdenken van de normen en standaarden die het gedrag sturen (Paul e.a., 1994). In de organisatieliteratuur wordt naar voren gebracht dat 'single-loop learning' veelvuldig voorkomt, terwijl het vermogen voor 'double-loop learning' moeilijker is (Paul e.a., 1994). In problematische situaties zal, wanneer er sprake is van 'single-loop learning', steeds meer van hetzelfde gedaan worden om te kunnen voldoen aan de gestelde normen. In 'double-loop learning' kunnen na reflectie op de normen andere normen nagestreefd gaan worden.

In het voorbeeldinstituut is er sprake van zowel 'single-loop' als van 'double-loop learning'.

In de behandelingsfilosofie zoals deze in vorige paragrafen is beschreven zitten normen en standaarden vevat die bereikt moeten worden. De doeleinden in termen van kind en gezin en in termen van de behandeling kunnen opgevat worden als normen en standaarden. Ze dienen als een soort romp van de behandeling. In het systeem van overleg en verslaglegging wordt bekeken of de normen wel of niet bereikt worden.

Er is sprake van 'double-loop learning' wanneer er gereflecteerd gaat worden op de normen en deze eventueel bijgesteld of veranderd gaan worden. In het voorbeeldinstituut is hiervan sprake wanneer er in de loop van de behandeling daadwerkelijke behandelingsstrategieën geformuleerd gaan worden en hierop in het systeem van overleg en verslaglegging gereflecteerd gaat worden. Het kan blijken dat de eenmaal ingeslagen weg van behandeling niet voldoet, bijvoorbeeld doordat het diagnostisch beeld van het kind en het gezin duidelijker wordt. Er zal dan besloten moeten worden een andere behandelingsweg in te slaan.

Voorwaarden voor beide soorten leren is dat normen, doeleinden en standaarden bewust en kenbaar gemaakt zijn, zodat erover gereflecteerd kan worden.

Tot zover de interpretaties van de beschrijving van het werkmodel. Op basis van de beschrijving van het werkmodel en interpretaties is het mogelijk om het werkmodel in schema's weer te geven.

3.3 Schema's van de categorieën en van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling

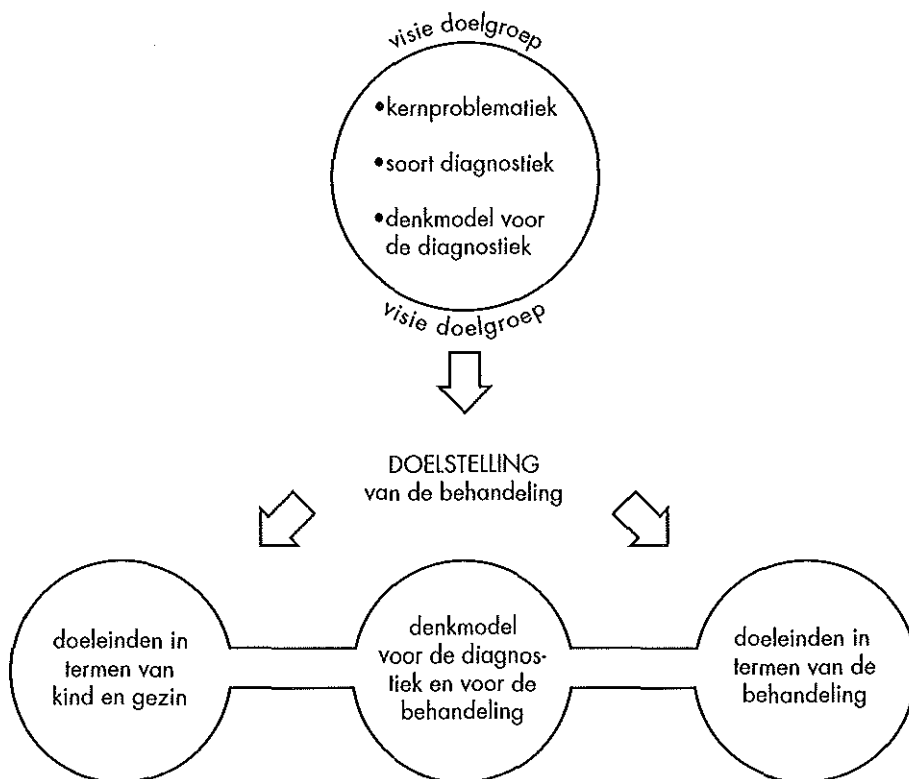
Voor de categorieën zullen schema's weergegeven worden. Dit geldt voor de categorie doelgerichtheid (3.3.1), structuur (3.3.2), coördinatie (3.3.3) en continuïteit (3.3.4) en voor de categorieën tezamen (3.3.5).

3.3.1 Schema van de categorie doelgerichtheid

Het schema (zie figuur 3.5) dient van boven naar beneden gelezen te worden. Het voorbeeldinstituut heeft de kernproblematiek, het soort diagnostiek en een denkmodel voor de diagnostiek van inhoud voorzien vanuit zijn visie op de doelgroep. Hieruit is een doelstelling te formuleren. De doelstelling kan onderverdeeld worden in termen van kind en gezin en in termen van de behandeling. Het voorbeeldinstituut heeft tussen deze twee soorten doeleinden verbanden gelegd door een denkmodel voor de diagnostiek en in het verlengde daarvan een denkmodel voor de behandeling te formuleren.

Het schema kan opgevat worden als een kernmodel van de behandeling. Dit kernmodel wordt gebruikt om de daadwerkelijke behandeling vorm te geven. Tevens kan het gebruikt worden als ijk van de behandeling.

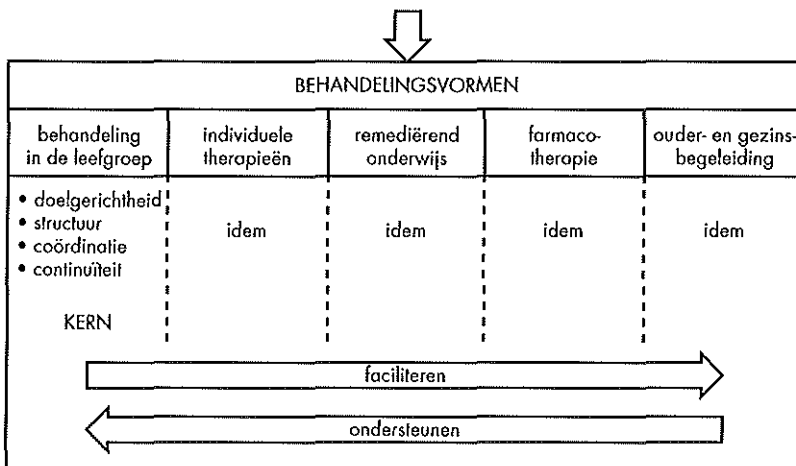
FIGUUR 3.5: SCHEMA VAN DE CATEGORIE DOELGERICHTHEID



3.3.2 Schema van de categorie structuur

In het schema van figuur 3.6 worden de verschillende behandelingsvormen weergegeven. Deze worden opgevat als zijnde de middelen om de doelstelling te bereiken. De behandelingsvormen zijn ondergeschikt gemaakt aan de doelstellingen van de hulpverleningsinstelling. Er is sprake van parallellisatie van de behandelingsvormen. De medewerkers van de diverse behandelingsvormen dienen een vertaling te maken van hun werkwijze vanuit de doelstellingen van de hulpverleningsinstelling. Voor iedere behandelingsvorm kan er een vertaling gemaakt vanuit de doelstelling van de hulpverleningsorganisaties ten aanzien van de doelgerichtheid, organisatie, taken, proces en denkmodel van de behandelingsvorm. Vertaling vanuit de doelstelling van de hulpverleningsinstelling bevordert een samenhangende en doordachte behandeling. De behandelingsvorm 'de behandeling in de leefgroep' is de kern van de behandeling. Er wordt een samenhang tussen de behandelingsvormen verondersteld. De ene behandelingsvorm werkt faciliterend voor de andere behandelingsvorm. De behandeling in de leefgroep zal faciliterende kenmerken bezitten wanneer er aan voorwaarden gewerkt wordt om de behandeling in onderwijs en in de individuele therapieën te laten slagen. Onderwijs en therapieën werken faciliterend doordat ze beschouwd worden als katalysatoren van de kinderlijke ontwikkeling. De behandeling in de leefgroep kan van de resultaten die in de andere behandelingen bereikt worden, profiteren voor de eigen behandeling in de leefgroep.

FIGUUR 3.6: SCHEMA VAN DE CATEGORIE STRUCTUUR



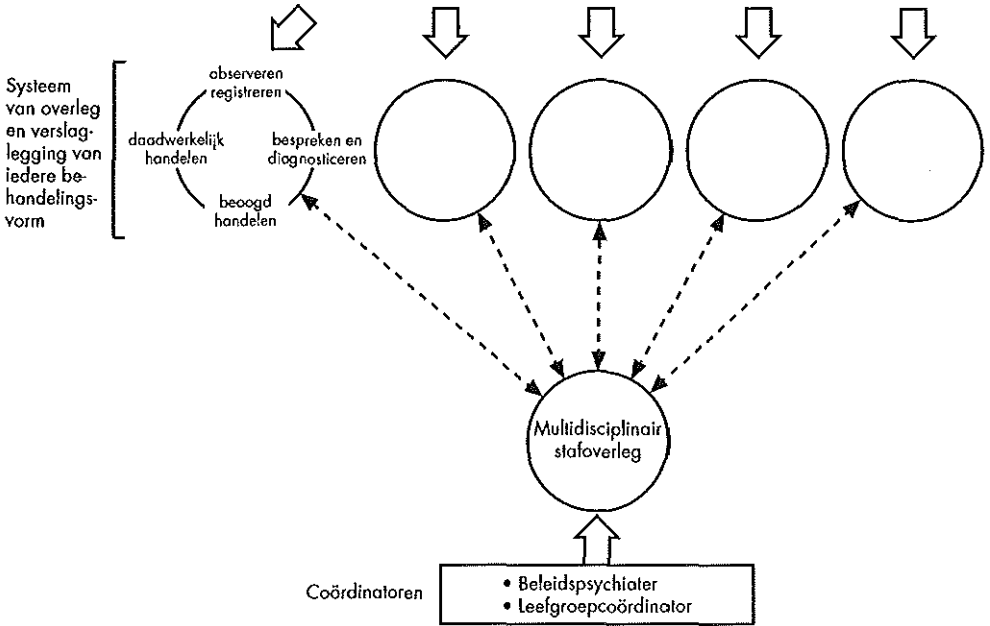
3.3.3 Schema van de categorie coördinatie

In het schema van figuur 3.7 wordt het systeem van overleg en verslaglegging weergegeven. Dit schema moet als het meest dynamische opgevat worden. In de dagelijkse praktijk is het systeem van overleg en verslaglegging het meest operationeel. Hiermee wordt bedoeld dat de doeleinden van de hulpverleningsinstelling gestalte krijgen door middel van observeren en registreren, bespreken en diagnosticeren, beoogd handelen en daadwerkelijk handelen. Het systeem van overleg en verslaglegging wordt door het voorbeeldinstituut als een circulair

systeem beschouwd. Dit betekent dat de verschillende activiteiten na elkaar in de tijd genomen zullen worden.

De coördinatoren zullen leiding geven aan het geheel. Voor het voorbeeldinstituut gelden de beleidspsychiater en de leefgroepcoördinator als de coördinatoren.

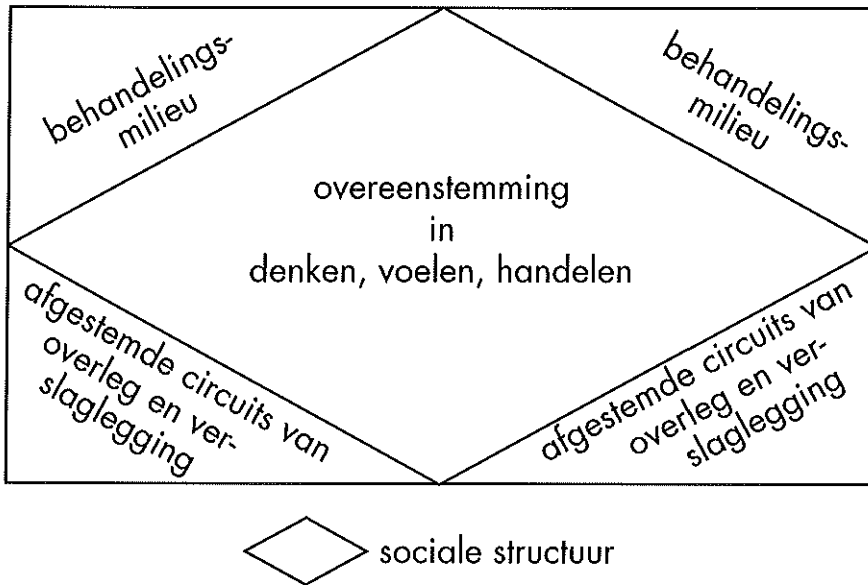
FIGUUR 3.7: SCHEMA VAN DE CATEGORIE COÖRDINATIE



3.3.4 Schema van de categorie continuïteit

Belangrijke aspecten van de categorie continuïteit zijn: behandelingsmilieu, sociale structuur, overeenstemming in denken, voelen en handelen en op de sociale structuur afgestemde circuits van overleg en verslaglegging.

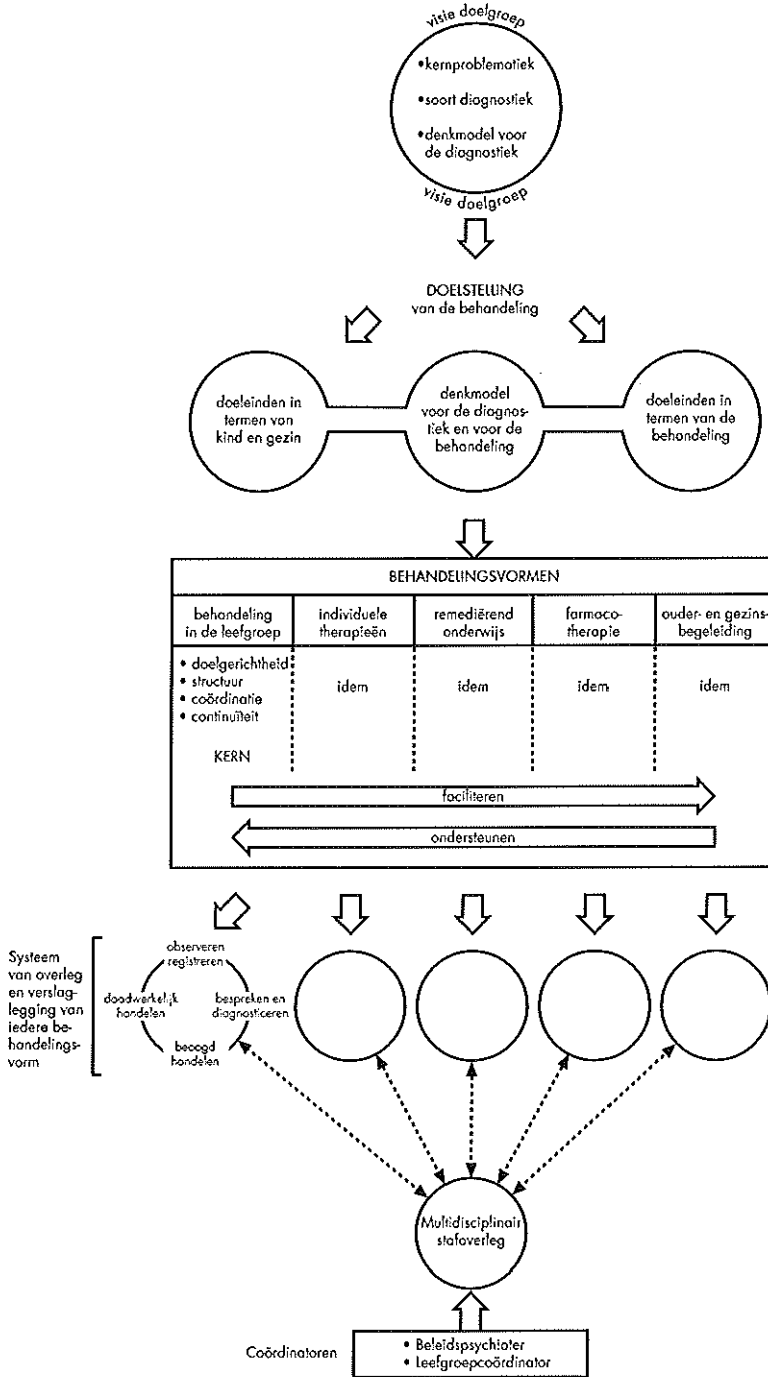
FIGUUR 3.8: SCHEMA VAN DE CATEGORIE CONTINUÏTEIT



3.3.5 Een samenhangend schema

Voorgaande schema's kunnen in een samenhangend schema weergegeven worden. Dit samenhangend schema dient opgevat te worden als werkmodel van de hulpverleningsinstelling.

FIGUUR 3.9; WERKMODEL VAN DE HULPVERLEBNINGSINSTELLING



UITKOMSTEN: HET WERKMODEL VOOR DE BEHANDELING IN DE LEEFGROEP

~

In hoofdstuk 2 is gesteld dat de hulpverleningsinstelling als systeem wordt opgevat. In hoofdstuk 3 is aannemelijk gemaakt dat de behandeling in de leefgroep voorlopig als subsysteem van de hulpverleningsinstelling beschouwd kan worden. De categorieën en aspecten van een organisatie als systeem zoals die in hoofdstuk 2 zijn geformuleerd, zijn eveneens van toepassing op het subsysteem van de behandeling in de leefgroep. In hoofdstuk 3 is het werkmodel van de hulpverleningsinstelling als systeem beschreven met behulp van analyse van publicaties van het voorbeeldinstituut.

In dit hoofdstuk zal het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep beschreven worden, eveneens met behulp van publicaties van het voorbeeldinstituut (4.1). Ingegaan zal worden op de categorieën doelgerichtheid (4.1.1), structuur (4.1.2), coördinatie (4.1.3) en continuïteit (4.1.4).

Vervolgens zal de beschrijving geïnterpreteerd worden (4.2).

Tenslotte zal het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep in schema weergegeven worden (4.3).

4.1 Beschrijving van de categorieën van het werkmodel

In hoofdstuk 3 is de behandeling in de leefgroep aan de orde geweest toen de verschillende behandelingsvormen van het voorbeeldinstituut beschreven werden. Hoewel er sprake is van overlapping van de beschrijving in dit hoofdstuk met de beschrijving in hoofdstuk 3, is er voor gekozen om deze overlapping niet te vermijden. De reden hiertoe is dat de behandeling in de leefgroep in hoofdstuk 3 als een behandelingsvorm van de categorie structuur en in samenhang met de andere behandelingsvormen beschreven is, terwijl de beschrijving van de behandeling in de leefgroep hier als doel heeft om deze te beschrijven als subsysteem (inclusief de categorieën). Hierdoor is een andere ordening in de beschrijving noodzakelijk dan die in hoofdstuk 3.

4.1.1 De categorie doelgerichtheid

Voor de behandeling in de leefgroep als systeem zal, evenals voor de hulpverleningsinstelling als systeem, gelden dat er een gerichtheid is op (een) doelgroep(en) en dat getracht zal worden doeleinden te bereiken. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen doeleinden in termen van het kind en gezin en doeleinden in termen van de behandeling.

De doelgroep

In de publicaties van het voorbeeldinstituut is naar voren gekomen dat de beschrijving van

de doelgroep waarop de hulpverleningsinstelling zich richt dezelfde is als waarop de behandeling in de leefgroep zich richt. Voor een omschrijving van de doelgroep wordt derhalve verwezen naar paragraaf 3.1.2.

De doeleinden

Eerder is aan de orde geweest (hoofdstuk 2) dat aan de categorie doelgerichtheid de algemene doeleinden, de doeleinden in termen van kind en gezin en de doeleinden in termen van de behandeling te onderscheiden zijn. De vraag moet gesteld worden waarnaar de behandeling in de leefgroep streeft (algemene doeleinden), op welke aspecten van kind en gezin de behandeling in de leefgroep zich richt (doeleinden in termen van kind en gezin) en welke behandeling 'de behandeling in de leefgroep' nastreeft (doeleinden in termen van de behandeling).

De algemene doeleinden

In de publicaties is niet separaat ingegaan op welke algemene doeleinden de behandeling in de leefgroep zich richt. De vraag mag gesteld worden of de algemene doeleinden van de hulpverleningsinstelling eveneens voor de behandeling in de leefgroep gelden. De algemene doeleinden van de hulpverleningsinstelling werden in die zin omschreven dat het belang van kind en gezin voorop blijft staan en als ijk van de behandeling kan dienen.

Doeleinden in termen van het kind en gezin

In 1989 formuleerde Verheij voor de behandeling in de leefgroep doeleinden in termen van het kind en gezin. Deze komen tot uiting in het volgende citaat:

'Bij opname van een kind in een kinderpsychiatrische kliniek en aldus ook met diens komst in een kinderpsychiatrische leefgroep staat het kind in al zijn ontwikkelingsaspecten centraal. De aanpak is niet gericht op symptomen en probleemgedrag, maar stelt zich tot doel kinderlijke gedragingen te herleiden tot dat wat deze in het geheel van ontwikkeling betekenen beïnvloeding van kinderlijke ontwikkeling dient te resulteren in structurele veranderingen binnen het kind, dat wil zeggen in diens persoonlijkheidsontwikkeling'.

Geconstateerd kan worden dat de doeleinden in termen van kind en gezin van de behandeling in de leefgroep dezelfde zijn als die van de hulpverleningsinstelling.

Doeleinden in termen van de behandeling

In het denken over de doeleinden in termen van de behandeling is er een ontwikkeling waar te nemen. Er kunnen twee perioden onderscheiden worden.

De eerste periode: in de eerste periode (1982 tot 1987) is er sprake van een gerichtheid van de behandeling op een correctief emotioneel ervaren door middel van een therapeutisch klimaat (Sonnema-Diemont e.a., 1982). In dit therapeutisch klimaat worden verzorgen, opvoeden en behandelen als taken van de leefgroepwerkers opgevat (Stelder-Houben, Verheij, 1984). Opvoeden en verzorgen zoals ze in de cultuur van elke leefgroep naar voren komen, kennen een zekere uniformiteit. Behandelen wordt daarentegen als volledig 'child-centered' beschouwd (Stelden-Houben, Verheij, 1984). Verzorgende en opvoedende taken bezitten meer algemene kenmerken en de behandelingstaken specifieke, op het individuele kind gericht, kenmerken (Rowaan, Verheij, 1986). Er wordt een wisselwerking tussen verzorgende en opvoedende taken enerzijds en behandelingstaken anderzijds geconstateerd. Behande-

lingstaken kunnen de verzorgende en opvoedende taken accentueren (Rowaan, Verheij, 1986).

Geconstateerd kan worden dat verzorgen en opvoeden niet als behandeling opgevat worden. Verzorgen en opvoeden kennen wel een zekere uniformiteit, terwijl behandeling individu-gericht is. Voor individu-gericht behandelen worden doeleinden geformuleerd.

De tweede periode; in de tweede periode (vanaf 1987) wordt er niet meer gesproken over correctief emotioneel ervaren als behandelingsdoel in de leefgroep. In deze periode staat *de ontwikkelingshiërarchie van kinderlijke behoeften* centraal. Verzorging en opvoeding worden beschouwd als behorend tot de *algemene behandeling*, die gericht is op het voldoen aan de kinderlijke behoeften. De individu-gerichte behandeling wordt *specifieke behandeling* genoemd (Verheij, 1989d).

De algemene wijze van behandeling kent, doordat ze gericht is op de ontwikkelingshiërarchie van behoeften, twee niveaus (Verheij, 1989d):

- *'op een eerste niveau is de leefgroep de kern van een behandelingsmilieu waarbinnen professionals trachten een sociale structuur te creëren die tegemoet komt aan de vroegkinderlijke behoeften van de opgenomen kinderen. Dit niveau domineert in begin- en middenfase van de behandeling;*
- *op een tweede niveau ontstaat, wanneer het eerste niveau voldoende en langdurig gerealiseerd wordt, ruimte voor intrapersonlijke betekenisverlening en betekenisvolle intermenselijke relaties. Dit niveau ontstaat in de middenfase en domineert bij een succesvolle behandeling in de eindfase'.*

De algemene behandeling in de leefgroep kan op basis van het voorgaande als een proces met fasen opgevat worden. De fasen worden gerelateerd aan de ontwikkelingshiërarchie van kinderlijke behoeften waaraan het behandelingsmilieu en in het verlengde daarvan de leefgroep tegemoet moet komen (Verheij, De Boer, 1987a; Verheij, 1989d).

Uitgaande van de algemene wijze van behandelen wordt er vorm gegeven aan de verzorging en de opvoeding. Verzorgen en opvoeden worden (voor een individueel kind) soms gemodificeerd omdat het bereiken van behandelingsdoelen dit noodzaakt.

Fasegewijze omschrijving; Verheij en De Boer (1987a) beschreven een ordening van inherente behoeften van het kind en een plaats ter realisatie. Deze ordening is reeds in hoofdstuk 3 onder doeleinden in termen van de behandeling van de hulpverleningsinstelling aan de orde geweest. In de publicatie wordt een gedeeltelijke vertaling naar de leefgroep als plaats van realisatie van de inherente behoeften gemaakt:

'Structuur en ordening betekenen allereerst dat in de leefgroep in de persoon van de pedagogisch medewerksters ouderssubstituten continu aanwezig zijn. Voor het ene kind impliceert deze permanente beschikbaarheid dat het een voortdurend nabijheidscontact met de volwassene kan onderhouden, terwijl het voor een ander kind betekent dat het te allen tijde onmiddellijk kan beschikken over de volwassenen ('checking back') en daardoor, in de wetenschap dat de volwassene in de onmiddellijke nabijheid aanwezig is, periodiek zelfstandig kan functioneren. Eerst in de midden- en eindfase van de behandeling is een aantal kinderen in staat langere tijd zonder problemen zelfstandig te functioneren. Zij hebben een zekere mate van basisvertrouwen verworven Evenzo dient de herkenbare ordening ook weerspiegeld te zijn in de wijze waarop de ruimten in de kliniek ingericht zijn en verzorgd worden Een huiskamer die er chaotisch uitziet en waar veel kapotte materialen aanwezig zijn kan nooit als leefruimte dienen voor een kind dat moet leren verzorgend om te gaan met spelmateriaal, terwijl een medewerker die zich-

zelf voor het kind herkenbaar niet goed verzorgt, een kind wel kan aangeven dat dit verzorgd zijn waardevol is, maar tegelijkertijd toont het met het eigen verzorgd en waardevol zijn niet zo nauw te nemen'.

Een vertaling van de functionele opvoeder-kindrelatie en de op gang gekomen relatie tussen het kind en andere kinderen en tussen het kind en zijn omgeving worden in deze publicatie niet gegeven.

De algemene behandeling is gericht op de ontwikkelingshiërarchie van behoeften. De behandeling kent drie bepalende hoofdlijnen van de opvoeding (Verheij, 1989d):

- angstreductie en angstvermijding worden nagestreefd;
- activiteiten en interacties die de ontwikkeling belemmeren of schaden worden vermeden, afgeremd, onderbroken en/of gestaakt;
- activiteiten en interacties die groei en ontwikkeling bevorderen en stimuleren worden gezocht, ingeroosterd en krachtig ondersteund.

In de publicaties wordt niet geschreven over hoe de drie bepalende hoofdlijnen van de behandeling passen binnen de verschillende behandelingsfasen.

De specifieke behandeling betreft afspraken voor die appèls van het individuele kind waarvan niet voldaan kan worden door de algemene behandelingsoptiek. Deze appèls vragen om een gerichte beantwoording. De doelen voor de individuele of specifieke behandeling werden reeds door Stelder-Houben en Verheij (1984) genoemd. Verheij (1989d) stelde:

'In de eerste weken na opname van een kind worden duidelijke op het individuele kind gerichte behandelingsafspraken (gemaakt). In deze afspraken wordt recht gedaan aan de ontwikkelingsbeperkingen van het individuele kind en worden doelen gesteld 'om diens onmogelijkheden heen'. Deze afspraken richten zich op de individuele behoeften van het kind, zijn mogelijkheden en onmogelijkheden en op de ontwikkeling van zijn persoon. Aspecten van de kinderlijke ontwikkeling die goed verlopen, mogen niet gefrustreerd raken. Aan inherente kinderlijke behoeften moet tegemoet gekomen worden. Kinderlijke appèls die ontwikkelingskansen in zich hebben mogen niet gemist worden. Voor noodzakelijke ontwikkelingstendensen moeten situaties waarbinnen ze zouden kunnen ontstaan, gecreëerd worden en ervaringen die de ontwikkeling schenden, dienen zoveel mogelijk vermeden te worden Tevens richt het kind appèls die niet als inherente maar als pathologische behoeften te typeren zijn. Deze appèls vereisen eveneens geichte afspraken, nu echter niet met het doel deze te beantwoorden, maar met het doel deze gedragingen op termijn om te buigen naar meer leeftijdsadequaat functioneren'.

In de leefgroep wordt er aan gewerkt om in de vroegkinderlijke behoeften te voorzien en wordt het handelen toegespitst op de individuele psychopathologie van het kind. Dit vindt vooral in de begin- en middenfase plaats. Tevens zal er ruimte geschapen worden voor intrapersonlijke betekenisverlening en betekenisvolle intermenselijke relaties. Dit vindt plaats in de middenfase, maar domineert bij een succesvolle behandeling in de eindfase.

Denkmodel

In hoofdstuk 3 is reeds genoemd dat er een denkmodel voor de diagnostiek en de behandeling van kinderen en jeugdigen met multidimensionele diagnostiek voor en in de leefgroep is geformuleerd (Rietdijk, Verheij, 1992) (zie bijlage I, figuur b.1). Wat opvalt is dat in dit denkmodel niet de opvatting vervat zit dat de behandeling in de leefgroep in fasen plaatsvindt.

Samenvattend: er zijn parallellen aan te wijzen tussen de omschrijving van de doelgroep van de behandeling in de leefgroep als systeem en de hulpverleningsinstelling als systeem. De

omschrijving van de doelgroep luidt hetzelfde. Het nastreven van een therapeutisch milieu geldt eveneens voor de behandeling in de leefgroep. De doeleinden in termen van het kind zijn eveneens dezelfde.

Voor de doeleinden in termen van de behandeling zijn de volgende parallellen aan te wijzen. Er zijn twee perioden aan te wijzen waarin het denken over de doeleinden van de behandeling verschillend is. Tijdens de eerste periode zijn de doeleinden gericht op correctief emotioneel ervaren en tijdens de tweede periode op de hiërarchische opbouw van kinderlijke behoeften. In deze tweede periode kunnen er door de hiërarchische opbouw van kinderlijke behoeften fasen in de behandeling in de leefgroep onderscheiden worden.

Het specifieke van de behandeling in de leefgroep is (en hierdoor is er een onderscheid met de andere behandelingsvormen) dat aan het therapeutisch klimaat (dat in de gehele instelling nagestreefd wordt) vorm wordt gegeven door middel van verzorgen en opvoeden. In iedere fase van de behandeling zullen verzorgen en opvoeden een ander accent krijgen. Naast opvoeden en verzorgen is er sprake van behandelingstaken die op het individuele kind gericht zijn. Dit laatste houdt weer een parallel in met doeleinden in termen van de behandeling van de hulpverleningsinstelling: er worden behandelingsafspraken gemaakt waarbij rekening gehouden wordt met ontwikkelings(on)mogelijkheden en dergelijke. Voor de leefgroep wordt deze wijze van behandelen specifieke behandeling genoemd. Er worden drie hoofdlijnen van de opvoeding genoemd, waarbij niet duidelijk wordt in welke fase van de behandeling deze passen. Tevens wordt niet duidelijk welke overlapping er is tussen de specifieke behandeling en de hoofdlijnen van de behandeling.

De categorie doelgerichtheid is beschreven. Vervolgens zal de categorie structuur beschreven worden.

4.1.2 De categorie structuur

Om de doeleinden te bereiken, zullen taken en activiteiten vastgesteld moeten worden. In deze paragraaf zal ingegaan worden op:

- de taken en activiteiten van de leefgroepwerker;
- het verband tussen de opvatting dat de behandeling in de leefgroep de kern van de behandeling is en deze taken.

Taken en activiteiten (inclusief basishouding, roldifferentiatie en technieken)

Uit de publicaties komt naar voren dat aanvankelijk over een globale ordening van de taken en activiteiten van de leefgroepwerkers geschreven wordt (Sanders-Woudstra, 1980). Vervolgens wordt aan de orde gesteld dat de leefgroepwerkers een drieledige taak hebben en dat ze een groeiproces doormaken in het uitvoeren van de drieledige taak (Stelder-Houben, Verheij, 1984). Hierna worden taken beschreven aan de hand van de dagelijkse activiteiten van de kinderen (Rowaan, Verheij, 1986). Uiteengezet wordt hoe de drie taken verzorgen, opvoeden en behandelen zich tot elkaar verhouden (Verheij, 1989d). De basishouding, roldifferentiatie en technieken passend bij iedere hoofdlijn van de opvoeding worden tenslotte uitgewerkt (Verheij, 1989d).

Achtereenvolgens zal ingegaan worden op:

- de globale ordening van taken (Sanders-Woudstra, 1980);
- de drieledige taak (Stelder-Houben, Verheij, 1984; Verheij, 1989d);
- het groeiproces van de leefgroepwerker (Stelder-Houben, Verheij, 1984);

- de ordening van taken aan de hand van de dagelijkse activiteiten van de kinderen (Rowaan, Verheij 1986);
- technieken, basishouding en roldifferentiatie.

Een globale ordening

Sanders-Woudstra (1980) gaf een eerste ordening van de taken en activiteiten van de leefgroepwerkers. Zij stelde:

'Ze hebben een duizendvoudige taak te vervullen die hoogstens samen te vatten is in grove categorieën zoals lichamelijke zorg, hartelijkheid, belangstelling, structuur bieden met voor het kind voorspelbare reacties, en model staan'.

In de instelling moeten de leefgroepwerkers het volgens Sanders-Woudstra 'doen'. Om de taken goed te kunnen uitvoeren is stuurmanskunst van de leefgroepwerker vereist. Sanders-Woudstra concludeerde dat de leefgroepwerker een 'onmogelijke job' heeft. Werkbegeleiding en supervisie is volgens haar een voorwaarde om de taken en activiteiten goed uit te kunnen voeren. Uit deze eerste ordening wordt duidelijk dat de taken nog niet vanuit doeleinden van de hulpverleningsinstelling beschreven zijn. In het navolgende is dit wel het geval.

De drieledige taak

Stelder-Houben en Verheij (1984) en Verheij (1989d) stelden dat de leefgroep het samenlevingsverband van groepsleiding en kinderen is. De leefgroep kan volgens hen derhalve zowel als groep als als 'gezin' opgevat worden. Het kind ontmoet er verzorging, opvoeding en behandeling. De leefgroepwerkers hebben derhalve een *drieledige taak*: verzorgen, opvoeden en behandelen. De wijze van verzorgen en opvoeden berust op velerlei afspraken en op een netwerk van regels. De velerlei afspraken en het netwerk van regels zijn in de loop der jaren een aanzienlijk deel van de groepscultuur gaan vormen. De wijze van behandelen in de leefgroep geschiedt volgens een per individueel kind geschreven behandelingsplan. Afstemming tussen de leefgroepwerkers is nodig.

De vraag is hoe verzorgen, opvoeden en behandelen zich tot elkaar verhouden in de dagelijkse praktijk. Door middel van het behandelingsplan moeten het pedagogisch en therapeutisch handelen op elkaar afgestemd worden. De Boer, Gunning en Verheij (1987) stelden dat het voorgaande wil zeggen 'dat wat therapeutisch wenselijk en dat wat pedagogisch haalbaar is, verenigd moet zijn'. Deze constatering doet nog geen uitspraak over de verhouding tussen opvoeden, verzorgen en behandelen. Wel wordt er een spanningsveld tussen verzorgen en opvoeden enerzijds en behandelen anderzijds mee aangegeven.

In 1989 gaat Verheij nader in op de drieledige taak en wordt duidelijker hoe de drie taken zich tot elkaar verhouden (Verheij, 1989d). De behandeling in de leefgroep bevat opvoeden, verzorgen en behandelen. Opvoeden, verzorgen en behandelen zullen in het daadwerkelijk handelen en door het leven van alledag bewerkstelligd worden door de leefgroepwerkers. Deze driedeling kan als structuur van de behandeling in de leefgroep opgevat worden. Het is een ingewikkelde drieledige taak. Behandeling is specifiek, gericht op het individu en kleurt waar nodig de verzorging en opvoeding van het individuele kind. Verzorging en opvoeding beogen meer algemeen en groeps/gezinsgericht te zijn, waarbij de afwijkingen van de regels (ten behoeve van het individuele kind) ingepast worden in het geheel van omgang.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat verzorgen en opvoeden 'gemodificeerd' kunnen worden ten behoeve van de noodzakelijke individu-gerichte behandeling. Opvoeden en verzor-

gen kunnen als grondpatroon van de behandeling opgevat worden, waarop variaties per kind kunnen worden aangebracht.

Met voornoemde constatering is nog niet duidelijk geworden welk verband de driedelige taak heeft met de doeleinden van de hulpverleningsinstelling. Belangrijk is om te bekijken of er een relatie is met de doeleinden in termen van de behandeling, namelijk dat het behandelingsmilieu gericht is op de vervulling van de inherente (hiërarchische) ontwikkelingsbehoeften van de kinderen. Gesteld is namelijk dat in de begin-, midden- en eindfase een algemene wijze van behandelen in de leefgroep plaatsvindt en deze verband houdt met de inherente ontwikkelingsbehoeften. De specifieke behandeling houdt dan in dat de algemene behandeling gemodificeerd gaat worden naar datgene wat het kind behoeft. Tevens zullen de drie hoofdtaken gemodificeerd worden door de drie bepalende hoofdlijnen van de behandeling. Welke de inhoud is van deze modificatie wordt niet beschreven in de publicaties.

Het groeiproces van de leefgroepwerker

In 1984 verscheen het artikel 'Het groeiproces van de pm in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek' (Stelder-Houben, Verheij, 1984). In dit artikel is gesteld dat de leefgroepwerker zich ontwikkelt van nieuwkomer tot routinier. Er is sprake van een proces met 'fase'-gebonden karakteristieken. Uit de beschrijving van de fasen wordt duidelijk dat de leefgroepwerker zich per fase nieuwe taken eigen maakt. De volgende fasen werden onderscheiden:

- fase 1; *enigszins wegwijz raken in de eerste weken*. De leefgroepwerker krijgt veel gelegenheid 'wegwijz' te geraken. De leefgroepwerker hoeft slechts te kijken en hoeft nauwelijks te handelen. Het handelen van de collega's en de werkbegeleiding worden daarop afgestemd;
- fase 2; *enigszins vertrouwd raken in de eerste maanden*. In deze periode maakt de leefgroepwerker zich de regels en afspraken eigen. Er wordt steun ondervonden bij het handelen naar het directe voorbeeld van de collega's. De leefgroepwerker imiteert zijn collega's. Eerst waren de feitelijke interacties met de kinderen onderwerp van werkbegeleiding, nu de attitude van de leefgroepwerker binnen de interacties;
- fase 3; *het invullen van de baan met de eigen persoonlijkheid in het eerste jaar*. Er kan ruimte ontstaan om vraagtekens te zetten achter de regels en afspraken. Persoonlijke meningen worden geuit door de leefgroepwerker. Hierdoor stelt hij de eigen persoonlijkheid ter discussie. De leefgroepwerker kan in deze fase kwetsbaarder worden en bepaalde gevoelens te verwerken krijgen. De leefgroepwerker gaat de algemene aanpak beheersen. In deze periode wordt er ruimte verkregen voor een specifieke kindgerichte aanpak. Hij krijgt een persoonlijke stijl in de omgang met de kinderen. De persoonlijkheid moet betekenis krijgen in relatie tot het kind;
- fase 4; *het vak wordt na ongeveer een jaar beheerst*. De leefgroepwerker functioneert niet meer alleen vanuit zijn eigen basishouding, maar gaat nu ook redeneren en handelen vanuit het kind met zijn individu-gerichte behandelingsplan. Het behandelingsaspect gaat een volwaardige plaats innemen in de taakuitoefening van de leefgroepwerker. De kinderen geven hem hiervoor de ruimte doordat er een vertrouwensrelatie is opgebouwd.
- Na twee à drie jaren wordt er gesproken van 'de routinier'. Er tekenen zich persoonlijke verschillen af tussen de leefgroepwerkers. Dit kan nieuwe taken voor de 'routiniers' betekenen: begeleiden van stagiaires en nieuw beleid maken naar de kinderen via stafoverleg. Uit het voorgaande wordt duidelijk dat verwacht wordt dat de leefgroepwerker na een jaar het 'vak' beheerst. Hij krijgt de mogelijkheid om in het werk 'vakbekwaam' te worden. Een

vakbekwame leefgroepwerker is volgens Verheij (1989d) iemand die in teamverband met (emotionele) betrokkenheid vanuit een netwerk van regels casu quo van afspraken de kinderen verzorgt, opvoedt en behandelt. In het voorbeeldinstituut heerst de opvatting dat het vak 'geleerd' of 'zich eigen gemaakt' moet worden.

Uit het zojuist beschrevene blijkt voorts dat er in de hulpverleningsinstelling de verwachting is dat de leefgroepwerker zich die taken eigen maakt die voortvloeien uit de door de hulpverleningsinstelling geformuleerde doeleinden. Hiermee is een verband aan te wijzen tussen de doeleinden van de hulpverleningsinstelling en de taken van de leefgroepwerkers.

Een ordening aan de hand van dagelijkse activiteiten van de kinderen

In het artikel 'Behandeling door middel van het leven van alledag' (Rowaan, Verheij 1986) staat:

'Vanuit (deze) op de behandeling van het individuele kind gerichte behandelingsafspraken kunnen facetten van de verzorging en opvoeding geaccentueerd worden. Een deel van de verzorging en/of opvoeding krijgt een specifieke betekenis bij dat kind omdat een bepaald behandelingsdoel wordt gesteld. Vanzelfsprekend behoren verzorgings-, opvoedings- en behandelingsdoelen van het kind in de loop van de klinische behandeling te verschuiven en speelt het leeftijdsniveau waarop het kind functioneert of gaat functioneren een medebepalende rol'.

Uit het voorgaande blijkt dat er gesproken wordt over: verzorgings- opvoedings-, en behandelingsdoelen. Deze doelen worden in behandelingsplannen gesteld en verschuiven naarmate de behandeling vordert. In iedere fase van de behandeling zullen andere doelen gesteld worden.

De dagelijkse handelingen van de kinderen in het voorbeeldinstituut vallen uiteen in een drietal soorten: verzorgingstaken, de activiteiten in en rond de leefgroep en de activiteiten buiten de leefgroep.

In het artikel wordt niet duidelijk welke doelen in welke fase gesteld worden. Uit de ordening van de activiteiten kan dit afgeleid worden. In de begin- en de middenfase zullen met name verzorgingstaken en activiteiten in en rond de leefgroep aandacht krijgen. In de eindfase van de behandeling zullen met name activiteiten buiten de leefgroep een rol gaan spelen.

Basishouding, roldifferentiatie en technieken

Verheij (1989d) besprak de *basishouding* van de leefgroepwerker die een drietal accenten kent, namelijk:

- opvoeden en verzorgen; dit betekent dat er een a-symmetrische verhouding tussen leefgroepwerker en het kind zal zijn;
- creëren van veiligheid; dit betekent dat de leefgroepwerker veelvuldig op allerlei mogelijk wijzen structuur aanbrengt;
- het bieden van warmte, liefde genegenheid; dit betekent dat het kind dit gaat ervaren na een langdurig aanbod ervan.

Vervolgens wordt er gesproken van een op de ontwikkelingsbehoeften van het kind en op diens behandelingsfase toegespitste *roldifferentiatie*. De opeenvolging van ontwikkelingsbehoeften van het jonge kind appelleert aan fase-specifieke capaciteiten van diegenen die het kind opvoeden en verzorgen. Er is een duidelijk verband tussen de verschillende rollen van de leefgroepwerker en de fase waarin de behandeling het kind verkeert. Achtereenvolgens worden genoemd:

- voor de beginfase de rollen van verzorger, aanmoediger, helper;
- voor de middenfase de rollen van raadgever, gids en leraar;
- voor het tweede deel van de middenfase de rollen van bemiddelaar, samenvoeger en vriend;
- voor de eindfase de rollen van toezichthouder, mentor en supervisor.

Verheij (1989d) werkte voor de drie hoofdlijnen van de opvoeding een cluster van *technieken* uit. Zoals reeds beschreven (3.1.2) luiden de drie hoofdlijnen: reduceren en vermijden van angst, voorkomen en onderbreken van activiteiten en interacties die de ontwikkeling belemmeren én stimuleren van activiteiten en interacties die de ontwikkeling bevorderen. Hier zal niet ingegaan worden op de clusters. Belangrijk is dat van deze technieken bij de behandelingsafspraken (neergelegd in de behandelingsplannen) gebruik gemaakt kan worden.

Samenvattend: de leefgroepwerker heeft een 'duizendvoudige taak' te vervullen die onder te brengen is in een drieledige taak: verzorgen, opvoeden en behandelen. De taken en activiteiten van de leefgroepwerkers worden in de publicaties steeds weer in verband gebracht met de drieledige taak. Verzorgen en opvoeden kent een zekere uniformiteit, terwijl behandelen specifiek op het individuele kind betrekking heeft en aldus een zekere specificiteit kent. Verzorgings-, opvoedings- en behandelingstaken zullen afhankelijk van de fase van de behandeling van het kind 'gemodificeerd' moeten worden. De ontwikkelingshiërarchie van kindelijke behoeften is een belangrijke leidraad om te bepalen in welke fase van de behandeling welke taken en activiteiten nodig zijn. Er is een indeling gemaakt van welke activiteiten de kinderen zich in welke fase eigen kunnen maken. De basishouding, roldifferentiatie en technieken van de leefgroepwerker wordt voor iedere fase van de behandeling aangegeven.

Iedere keer zal ingeschat moeten worden wat het kind in de behandeling 'nodig' heeft aan verzorgings-, opvoedings en behandelingstaken. Er zal hiertoe een afweging gemaakt moeten worden welke ontwikkelingsbehoeften het kind heeft, welke ontwikkelingsmogelijkheden en -onmogelijkheden het kind heeft en welke ontwikkelingsaspecten gestimuleerd kunnen worden. De behandelingsfilosofie zoals deze geformuleerd is door het voorbeeldinstituut zal steeds voor deze inschatting als kader dienen.

De leefgroepwerkers hebben in de loop der tijd een netwerk aan regels en normen ontwikkeld die de wijzen van verzorgen en opvoeden bepalen. Deze regels en normen zijn de groeps cultuur gaan vormen. Het is mogelijk dat er spanning ontstaat tussen de reeds aanwezige groeps cultuur en het steeds opnieuw moeten inschatten welke taken en activiteiten nodig zijn voor het individuele kind.

In het voorbeeldinstituut is er sprake van een ingroeiproces van een leefgroepwerker.

Verband tussen behandeling in de leefgroep als kern van de totale behandeling en de taken van de leefgroepwerker

In hoofdstuk 3 is reeds ingegaan op het feit dat de leefgroep als kern van de totale behandeling wordt opgevat. Dat de leefgroep kern van de totale behandeling is, zal tot uitdrukking moeten komen in zowel de doelgerichtheid van de totale behandeling, in de taken van de diverse behandelaars, als in de coördinatie van de medewerkers.

In publicaties wordt de behandeling in de leefgroep steeds als kern van de totale behandeling opgevat. Stelden-Houben en Verheij (1984) noemden dit als eerste. Ze schreven:

'In de residentiële kinderpsychiatrische behandeling neemt de leefgroep de eerste plaats in. De leefgroep, het samenlevingsverband van groepsleiding en kinderen, is groep én 'gezin'. Het kind ontmoet er verzorging, opvoeding en behandeling en staat er, in alle aspecten van zijn ontwikkeling, centraal'.

In dit citaat zit de opvatting over de doeleinden in termen van behandeling vervat. In vergelijking met andere behandelingsvormen staat het kind in de behandeling in de leefgroep in alle ontwikkelingsaspecten centraal, terwijl dit niet geldt voor de andere behandelingsvormen.

Verheij noemde in 1989 dat de leefgroepwerkers vanuit het geheel van de behandeling een tweeledige taak hebben: ze dienen een leefgroepmilieu te creëren en ze dienen er voor te zorgen dat de leefgroep kern van behandeling is. Dit impliceert dat de behandeling erop kan rusten, erop kan scharnieren. In de taken van de leefgroepwerkers zal deze scharnierfunctie tot uitdrukking gebracht dienen te worden. Het zullen zowel de directe taken als de indirecte taken betreffen. In hoofdstuk 3 is duidelijk gemaakt dat de leefgroep een faciliterende functie heeft naar de andere behandelaars en dat de andere behandelaars ondersteunend naar de behandeling in de leefgroep werken. Ondersteuning krijgt vorm doordat therapieën en onderwijs als katalysator van de kinderlijke ontwikkeling beschouwd worden. Overleg tussen de leefgroepcoördinatoren, de leefgroepwerkers, de medewerkers van de andere behandelingsvormen en de beleidspsychiaters is nodig om de faciliterende en katalyserende functie gestalte te geven. Deze opsomming van redenen maakt duidelijk dat de behandeling in de leefgroep een centrale functie heeft. Enerzijds vindt daar de meeste beïnvloeding plaats omdat alle ontwikkelingsaspecten van het kind centraal staan in de behandeling. Anderzijds heeft de behandeling in de leefgroep een centrale functie doordat de andere behandelingsvormen erop kunnen scharnieren.

Samenvattend: de leefgroepbehandeling wordt als kern van de totale behandeling opgevat. Er worden redenen genoemd waarom dit zo is. Zowel in de doeleinden in termen van behandeling wordt de kernfunctie teruggevonden als in de omschrijving van taken (behandelen in de leefgroep gericht op alle ontwikkelingsaspecten, faciliterende taak naar andere disciplines). Onduidelijk blijft hoe in de behandelingspraktijk deze kernfunctie precies per fase van de behandeling in de leefgroep uitgeoefend wordt. Dit geldt ook de relaties van de 'kern' met de andere behandelingsvormen in iedere fase van de behandeling.

Geconcludeerd kan worden dat de behandeling van het kind in de leefgroep overleg en planning met anderen nodig heeft. De taken en activiteiten van de leefgroepwerkers vereisen tevens coördinatie.

In het navolgende zal hierop ingegaan worden.

4.1.3 De categorie coördinatie

Het team behoeft afstemming, dus coördinatie en leiderschap. Ter ondersteuning en afstemming zijn er in het voorbeeldinstituut structurele maatregelen genomen. Er zijn leefgroepcoördinatoren aangesteld die het werk van de leefgroepwerkers coördineren. De beleidspsychiaters staan in hiërarchische zin boven de leefgroepcoördinatoren (Gravesteijn, Verheij, 1989). Ten behoeve van de behandeling in de leefgroep zijn door het voorbeeldinstituut de circuits van overleg en verslaglegging ingesteld. Observatie en registratie, diagnosticeren, behandelingsplanning en daadwerkelijk handelen zijn geformaliseerd in verslaglegging en overleg.

Het team van leefgroepwerkers geeft in multidisciplinair verband vorm aan de behandeling in de leefgroep. De leefgroepwerkers zijn de uitvoerders van de behandeling. Er is afstemming van de behandeling in de leefgroep nodig op de andere behandelingsvormen.

Ingegaan zal worden op:

- de hiërarchie in het bepalen van het behandelingsbeleid, waarbij besproken wordt:
 - de beleidspsychiater als hiërarchische meerdere;
 - de eerste leefgroepwerker als coördinator;
 - de leefgroepwerker gepositioneerd in de hiërarchie;
- het systeem van overleg en verslaglegging;
- de logische samenhang in het circuit van overleg en verslaglegging.

De hiërarchie in het bepalen van het behandelingsbeleid

De beleidspsychiater als hiërarchische meerdere

De beleidspsychiater en de leefgroepcoördinator zijn coördinerende schakels in het voorbeeldinstituut. De beleidspsychiater is in beleidsverantwoordelijke zin (en wat betreft werkgevers- en werknemerszaken) de hiërarchische meerdere van de leefgroepcoördinator (zie de hoofdstukken 2 en 3). Dit houdt in dat de beleidspsychiater verantwoordelijk is voor het totale beleid en hiertoe een globaal behandelingsbeleid in multidisciplinair overleg zal formuleren. De leefgroepcoördinator zal op zijn beurt in multidisciplinair overleg het globale beleid uitwerken voor de behandeling in de leefgroep en leiding daaraan geven. Het globale, algemene beleid krijgt hierdoor vertaling naar en uitwerking voor de behandelingsvorm (De Boer, Gunning, Verheij, 1987; Verheij, 1989).

De eerste leefgroepwerker als coördinator

In een publicatie uit 1989 wordt ingegaan op het middle-management in een residentieel behandelingsinstituut (Gravesteijn, Verheij, 1989). In dit artikel beredeneerden de auteurs dat organiseren als activiteit ook voor de organisatie van een leefgroep in een behandelingsinstituut geldt. Organiseren wordt opgevat als activiteit in het scheppen van doelmatige verhoudingen tussen de beschikbare mensen, middelen en handelingen om bepaalde doeleinden te bereiken. Aan de behandeling in de leefgroep wordt vorm gegeven door zeven leefgroepwerkers. Bij een dergelijk aantal mensen is onderlinge afstemming, coördinatie en leiding onontbeerlijk, zo stelden Gravesteijn en Verheij (1989). Deze taken behoren tot de manager casu quo leefgroepcoördinator.

Tot het uitvoeren van de taken van de leefgroepcoördinator behoort de realisatie van de doelstellingen van de hulpverleningsinstelling. De doeleinden van een organisatie worden gerealiseerd door managers en andere uitvoerende medewerkers die werknemers zijn. De werknemer zal de doeleinden van de organisatie nastreven en in ruil voor waardering en een beloning in de regel bereid zijn zich loyaal op te stellen ten opzichte van de organisatiedoelstellingen. Hierbij wordt een acceptatiezone van de doelstellingen door de werknemer verondersteld. Dit mechanisme maakt het mogelijk dat de leefgroepcoördinator de taken en activiteiten van de leefgroepwerkers kan sturen (Gravesteijn, Verheij, 1989).

De positie van de leefgroepcoördinator is die van een middle-manager. Deze positie wordt uitgewerkt en aannemelijk gemaakt door Gravesteijn en Verheij (1989):

'....de beleidspsychiater (is) de hoogst verantwoordelijke. Gezien vanuit de leefgroep zijn de 'eerste pedagogische medewerksters' het middenkader met een uitvoerende taak naar 'boven', naar

de beleidspsychiater, en een leidinggevende taak naar 'beneden', naar het team van de leefgroep'.

De taken en de activiteiten van de middle-manager werden vervolgens uitgewerkt. Als taken worden onderscheiden de constituerende en dirigerende taken. De constituerende taken hebben betrekking op het vooruitzien, voorspellen, plannen en organiseren. De dirigerende taken hebben vooral te maken met het geven van opdrachten, de motivatie van mensen en de controle van activiteiten. De activiteiten van de leefgroepcoördinator worden conform Mintzberg (Keuning, Eppink, 1993) in drie groepen ondergebracht, te weten interpersoonlijke, informatiele en besluitvormende activiteiten.

In het artikel worden vormen van overleg genoemd waarin de leefgroepcoördinator participeert. Naast kindgericht en groepsgericht overleg binnen de eigen discipline, is er overleg met andere disciplines. Daarnaast is er het persoonsgericht overleg: werving en selectie van nieuw personeel, werkbegeleiding, teambegeleiding, beoordeling. Tevens is er overleg met de leefgroepcoördinatoren van andere leefgroepen.

Geconcludeerd kan worden dat het de leefgroepcoördinator is die midden in het netwerk van relaties van de organisatie functioneert. Hij heeft een cruciale spilfunctie. Met name in de taken en activiteiten van de leefgroepcoördinator komt de spilfunctie tot uiting. Daarbij heeft deze een voorname rol in het centraal houden en realiseren van de doelstelling van de organisatie. Waardering en beloning van de leefgroepwerker zal bewerkstelligen dat hij zich loyaal ten opzichte van de organisatiedoelstellingen opstelt.

De leefgroepwerker gepositioneerd in de hiërarchie

De leefgroepwerkers krijgen leiding van de leefgroepcoördinator. Onder leiding van en in overleg met de leefgroepcoördinator zullen de leefgroepwerkers de behandelingslijnen zoals deze geformuleerd zijn op het stafoverleg en neergelegd in het behandelingsplan vertalen naar de dagelijkse behandeling (opvoeden, verzorgen en behandelen). Deze positionering maakt duidelijk dat de leefgroepwerkers in hiërarchie (in beleidsverantwoordelijke zin) onder de leefgroepcoördinator vallen.

Het systeem van overleg en verslaglegging

In hoofdstuk 3 is uitgebreid ingegaan op het systeem van overleg en verslaglegging. In paragraaf 3.1.3 is duidelijk gemaakt dat iedere behandelingsvorm een eigen systeem van overleg en verslaglegging kent. Tevens is duidelijk geworden dat in het systeem van overleg en verslaglegging de opvattingen van het voorbeeldinstituut over de behandelingsfilosofie (doel-einden van de behandeling en dergelijke) zijn opgenomen. In de structuur van het systeem weerspiegelt zich de behandelingsfilosofie van de hulpverleningsinstelling.

De vormen van overleg voor de behandeling in de leefgroep zijn: de dagelijkse overdracht, de wekelijkse pm-staf, twee à drie wekelijkse werkbegeleidingsgesprekken, de stafvoorbereiding met het kind, multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg en behandelingsplanoverleg. De verslaglegging voor de behandeling in de leefgroep houdt mondelinge overdracht van diensten, dagrapportage, stafverslag en behandelingsplan in.

Logische samenhang in het circuit van overleg en van verslaglegging

De vraag kan gesteld worden hoe de verschillende vormen van overleg en vormen van verslaglegging zich tot elkaar verhouden. In het systeem zijn behandelingsactiviteiten geformaliseerd in overleg en verslaglegging.

De behandelingsactiviteiten zijn: observeren en registreren, bespreken en diagnosticeren, beoogd handelen en daadwerkelijk handelen.

Verheij benoemde dit systeem als circulaire circuits van overleg en verslaglegging. Het circuit wordt als coherent bestempeld (Verheij, 1989c). Verheij beschreef twee condities om circuits van overleg en verslaglegging optimaal te laten functioneren. Het systeem functioneert optimaal wanneer de verslaglegging een resultante is van overleg en wanneer de diverse vormen van verslaglegging als het ware uit elkaar voortvloeien (dagrapportage → stafverslaglegging → notulen → stafvergadering → behandelingsplan).

Het systeem wordt als circulair beschreven. Hiermee wordt bedoeld dat de circuits tijdens de behandeling meerdere keren doorlopen worden. Er ontstaat als het ware spiraalvorming.

In de structuur van de verslagen en de vormen van overleg kan nagegaan worden of voor het voorbeeldinstituut een optimaal systeem van overleg en verslaglegging bereikt wordt. Eerst zal ingegaan worden op de logische opeenvolging van verslaglegging en vervolgens op die van overleg.

Logische opeenvolging van de verslaglegging: de dagrapportage bevat een scoringssysteem (driepuntsschaal) wat betreft de dagelijkse activiteiten van het kind (opstaan, ontbijt, ochtend, taken, vrije activiteit). Tevens bevat het een descriptief gedeelte over de globale indruk van het kinderlijk functioneren gedurende de dienst en een één- of tweeregelige sfeerschets na elke gescoorde activiteit. Tenslotte bevat het een beschrijving van de meest adequate en de minst adequate interactie van het kind gedurende de betreffende dienst.

De rapportage voor stafoverleg bevat geen scoringssysteem. De structuur van de rapportage volgt het ontwikkelingsmodel. Beschreven wordt het kind als individu, het kind in relatie tot andere kinderen, het kind in relatie tot volwassenen, het kind in de leefgroep.

De notulen van het stafoverleg worden volgens een bepaalde structuur geschreven. Hier toe is een interne nota geschreven en niet separaat gepubliceerd. Bekeken zou moeten worden welke structuur de notulen hebben.

Het behandelingsplandocument kent weer een andere structuur. Hierover is in het artikel over het behandelingsplan (De Boer, Gunning, Verheij, 1987) en in hoofdstuk 3 uitgebreid geschreven. De basis voor het behandelingsplan als document zijn de verslagen van alle bij de behandeling betrokken medewerkers (inclusief diagnostici) en de notulen van het multidisciplinair stafoverleg. De structuur volgt de algemene behandelingsfilosofie. De diverse verslagen leveren een bijdrage voor het denken over het kind. Het behandelingsplandocument vloeit niet logisch voort uit de stafnotulen, maar is gebaseerd op de behandelingsfilosofie van de hulpverleningsinstelling. Het behandelingsplandocument kent ook geen vervolg of aansluiting op andere verslagen.

Het behandelingsplandocument kan globaal verdeeld worden in een 'denkgedeelte' en een 'handelingsgedeelte'. Het denkgedeelte omvat 'de algemene gegevens', 'denken over het kind' en 'van denken naar handelen'. Het handelingsgedeelte houdt in 'condities voor het handelen' en 'het concrete handelen'. Opvallend is dat in verslaglegging het handelen alleen zeer globaal in de stafnotulen neergelegd wordt en in de behandelingsplannen. In de dagrapportage en het stafverslag van de leefgroepwerkers wordt het handelen niet of nauwelijks beschreven.

Geconcludeerd kan worden dat de structuur en inhoud van de delen van het circuit van overleg en verslaglegging niet geheel logisch uit elkaar voortvloeien. Ze krijgen wel structuur en inhoud vanuit de behandelingsfilosofie van de hulpverleningsinstelling. De vormen van overleg met bijbehorende verslaglegging kunnen beschouwd worden als op zichzelf staande delen van

het circuit van overleg en verslaglegging. De vormen van overleg en verslaglegging hebben een structuur gekregen door elementen van de behandelingsfilosofie van het voorbeeldinstituut.

Logische opeenvolging van de vormen van overleg; er is een gezamenlijke aanwezigheid van beleidspsychiater, ouder- en gezinsbegeleider, leefgroepcoördinator en leefgroepwerkers in het overlegcircuit tijdens de overdrachten en het multidisciplinair stafoverleg. In het overleg van daadwerkelijk handelen scheiden zich de wegen. De leefgroepwerkers en de leefgroepcoördinator geven zelf vorm aan hun overleg voor daadwerkelijk handelen (staf van de leefgroepwerkers). Dit overleg moet opgevat worden als de vertaling van de behandelingslijnen naar het dagelijkse handelen. De leefgroepwerker is niet actief betrokken in het overleg voor beoogd handelen (het opstellen van het behandelingsplan), waar de globaal geformuleerde behandelingslijnen van het stafoverleg omgezet worden in afspraken voor behandeling op de langere termijn. De leefgroepwerkers en de vertegenwoordigers van de andere behandelingsvormen lezen het plan nadat het is opgesteld.

Geconcludeerd kan worden dat de leefgroepwerkers in het circuit van overleg niet in alle delen een gelijke rol hebben. In het behandelingsplanoverleg hebben de leefgroepwerkers geen actieve rol. Ze worden bij het behandelingsplan achteraf betrokken. Vermoed kan worden dat de uitwerking van de globale behandelingslijnen, vastgesteld op het stafoverleg, reeds door de leefgroepwerkers gerealiseerd is. In het voorbeeldinstituut zijn de leefgroepwerkers niet uiteindelijk verantwoordelijk voor de dagelijkse planning. Opgemerkt moet worden dat in de praktijk de leefgroepwerkers wel degenen zijn die dagelijks impliciet of expliciet plannen en volgens de planning zullen werken.

Samenvattend: in het bepalen van het beleid voor de behandeling in de leefgroep is een hiërarchie te ontdekken. De beleidspsychiater is de hiërarchische meerdere van de leefgroepcoördinator en het team leefgroepwerkers. De beleidspsychiater bepaalt in samenspraak het globale beleid en de leefgroepcoördinator werkt het beleid op onderdelen uit voor de leefgroepwerkers. De leefgroepcoördinator heeft in het geheel van de behandeling een spilfunctie. Hij heeft een uitvoerende taak naar 'boven' (beleidspsychiater) en een leidinggevende taak naar 'beneden' (team van leefgroepwerkers).

De behandeling in de leefgroep kent een eigen systeem van overleg en verslaglegging. Het systeem wordt als circulaire circuits opgevat door het voorbeeldinstituut. De logische samenhang in het circuit is nagegaan. Vastgesteld moet worden dat diverse vormen van verslaglegging voor een groot deel op zichzelf staan en dat ze niet geheel logisch uit elkaar voortvloeien. Tevens kan geconcludeerd worden dat de leefgroepwerker in de delen van de circuits geen gelijke rol heeft.

4.1.4 De categorie continuïteit

In de publicaties is weinig expliciet geschreven over continuïteit. In hoofdstuk 3 is reeds vermeld dat door middel van rapportage continuïteit van het therapeutisch klimaat nagestreefd wordt. Verondersteld is dat de kern van de sociale structuur van het voorbeeldinstituut continuïteit van de behandeling zal bevorderen [gedeelde doelstelling, gedeeld(e) theoretisch(e) kader(s) van waaruit overeenstemming in denken, voelen en handelen naar de kinderen te formuleren is en de formalisatie van dit alles in een daarop afgestemde organisatie van overleg en verslaglegging].

Belangrijk voor de continuïteit van de behandeling is dat de leefgroepwerkers overeenstemming in denken, voelen en handelen voor de behandeling bereiken. Er zal eensgezind-

heid moeten ontstaan ten aanzien van de doelstellingen en doeleinden van de hulpverleningsinstelling. Gestreefd zal worden naar gedeelde doelstelling, gedeelde theoretische kaders van waaruit overeenstemming in denken, voelen en handelen te formuleren is. Afstemming tussen de leefgroepwerkers ten aanzien van 'operationele' en 'dagelijkse' behandelingsplanning is een voorwaarde om continuïteit te bewerkstelligen. In het voorbeeldinstituut wordt zowel afstemming binnen het circuit van overleg en verslaglegging als binnen de verschillende vormen van overleg en begeleiding nagestreefd. Er zijn wekelijkse leefgroepwerkers-staven, tweewekelijkse werkbegeleidingen en wekelijkse teambegeleidingen (Verheij, 1989d). Er wordt elke maand één dag theoriecursus georganiseerd waarbinnen uitgangspunten van het voorbeeldinstituut en thema's die de behandeling betreffen aan de orde gesteld worden. Tenslotte is er wekelijkse deelname aan stafoverleg.

De vraag moet gesteld worden welke invloed het niet logisch uit elkaar voortvloeien van delen van de circuits van overleg en verslaglegging heeft op de continuïteit van de behandeling in de leefgroep.

Tot zover de beschrijving van de verschillende categorieën. Op dit moment is het mogelijk geworden de beschrijvingen te interpreteren.

4.2 Interpretaties

4.2.1 Hogere abstractiebegrissen

Interpreteren is een onderzoeksactiviteit. Evenals in hoofdstuk 3 wordt hiertoe gebruik gemaakt van hogere abstractiebegrissen. De begrippen incorporatie, hiërarchie, sturing en een zich ontwikkelend systeem zijn de hogere abstractiebegrissen waarmee het beschreven werkmodel van de behandeling in de leefgroep geïnterpreteerd wordt.

Incorporatie

De beschrijving van de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit maakt duidelijk dat aspecten van de categorie doelgerichtheid opgenomen zijn in de categorieën structuur, coördinatie en continuïteit. De aspecten van de categorie doelgerichtheid (de visie op de doelgroep, doeleinden in termen van kind en gezin en in termen van de behandeling) zijn terug te vinden in de andere categorieën. Vanuit deze aspecten is er een vertaling gemaakt naar de categorie structuur en coördinatie.

Het specifieke van de behandelingsvorm (behandeling in de leefgroep) komt tot uiting in de categorie structuur. Vanuit de hiërarchie van kinderlijke behoeften, de (on)mogelijkheden van het kind, wordt een vertaling gemaakt naar wat dit betekent voor de opvoeding, verzorging en behandeling in de leefgroep. In de vertaling spelen hoofdlijnen van de behandeling als kader een rol. De hoofdlijnen van de behandeling hebben een vertaalfunctie voor wat deze betekenen voor de verzorging en opvoeding. Binnen de fasen is de behandeling gericht op daadwerkelijke persoonlijkheidsbeïnvloeding. Verondersteld kan worden dat de persoonlijkheid een zekere opbouw kent. Deze opbouw heeft parallellen met de fasen van de behandeling. In de eerste fase richt de behandeling zich op het intrapersoonlijke functioneren van het kind (met name op het vermijden van angsten), de tweede fase richt de behandeling zich op het intrapersoonlijk functioneren (met name het stimuleren van ontwikkelingsmogelijkheden van het kind) en de derde fase op het intermenselijk functioneren.

Anders weergegeven kan vanuit de visie op de doelgroep, de doeleinden in termen van het kind en in termen van de behandeling beredeneerd worden welke taken de leefgroepwerkers zullen moeten vervullen om de gestelde doeleinden te bereiken.

Een probleem is dat de uiteindelijke doelstelling van de behandeling de daadwerkelijke beïnvloeding van de persoonlijkheid is. De persoonlijkheid kent een opbouw. Bekeken zal moeten worden op welke delen van de persoonlijkheid de behandeling in de verschillende fasen zich richt. Het voorbeeldinstituut spreekt van ontwikkelingsdifferentiatie. Ontwikkelingsdifferentiatie betekent dat vanuit de biologische kern de cognitie en emoties zich zullen ontwikkelen, van waaruit op haar beurt de sociale ontwikkeling zich zal voltrekken. Deze differentiatie kan opgevat worden als resulterend in de persoonlijkheidsopbouw. De ontwikkelingsdifferentiatie zal op haar beurt zich voltrekken binnen het kind als individu, het kind in relatie tot volwassenen, in relatie tot kinderen en in relatie tot de groep (omgeving).

In de beschrijving van de categorie coördinatie valt af te leiden dat het systeem van overleg en verslaglegging aspecten van de categorie doelgerichtheid heeft geïncorporeerd. Dit geldt met name delen van de circuits van overleg en verslaglegging. De structuur van de vormen van overleg en verslaglegging bezit aspecten van de categorie doelgerichtheid. Geconcludeerd is dat de delen niet logisch uit elkaar voortvloeien. Opvallend is dat het handelen in mindere mate evenwichtig in de vormen van overleg en verslaglegging aan de orde komt in tegenstelling tot het denken over het kind. Tevens is de aanwezigheid van de leefgroepwerkers niet evenwichtig verdeeld over de verschillende vormen van overleg.

Hiërarchie

In de soort doeleinden en in de behandelingsplanning voor de behandeling in de leefgroep is een hiërarchie te ontdekken.

Doeleinden; de doeleinden van de behandeling in de leefgroep vallen voor een deel samen met die van de hulpverleningsinstelling. Het betreft de visie op de doelgroep (vroegkinderlijke ontwikkelingsproblemen) en de doeleinden in termen van kind en gezin (daadwerkelijke persoonlijkheidsbeïnvloeding) en voor een deel de doeleinden in termen van de behandeling (hiërarchie van ontwikkelingsbehoeften). Voor de behandeling in de leefgroep zullen daarnaast doeleinden in termen van verzorgen, opvoeden en behandelen geformuleerd dienen te worden. Deze doeleinden vormen tezamen de *strategische doeleinden voor de behandeling* in de leefgroep. De strategische doeleinden zijn in de publicaties van het voorbeeldinstituut neergelegd. De strategische doeleinden zullen tijdens de behandeling vertaald gaan worden naar wat ze voor de behandeling van het individuele kind in de leefgroep betekenen. De doeleinden worden vertaald in termen van verzorgen, opvoeden en behandelen. Verzorgen, opvoeden en behandelen zullen uiteengegafd gaan worden en in het behandelingsplandocument opgenomen worden en wel in de delen 'condities voor het handelen', 'de hoofdlijnen van het handelen' en 'de dagelijkse verzorging' van het behandelingsplandocument.

De doeleinden die vanuit de strategische doeleinden worden geformuleerd worden de *operationele doeleinden van de behandeling* in de leefgroep genoemd. De operationele doeleinden worden op hun beurt vertaald door de leefgroepcoördinator naar doeleinden van het dagelijks handelen. Deze vertaling wordt gerealiseerd in overleg met de leefgroepwerkers (pm-staf), in werkbegeleiding en tijdens informele contacten van de leefgroepwerkers. De doeleinden die vanuit de operationele doeleinden worden geformuleerd worden *dagelijkse doeleinden van de behandeling* in de leefgroep genoemd. De dagelijkse doeleinden worden niet

volgens een van te voren vastgestelde structuur opgeschreven. De afspraken hieromtrent worden door de leefgroepwerkers tijdens hun overleg genotuleerd.

Behandelingsplanning; in de planning van de behandeling in de leefgroep is eveneens een hiërarchie te ontdekken. Evenals voor de hulpverleningsinstelling is voor de behandeling in de leefgroep sprake van *strategische, operationele en dagelijkse behandelingsplanning*. De strategische is de meest globale vorm van behandelingsplanning, de operationele een meer gedifferentieerde vorm en de dagelijkse behandelingsplanning de meest gedifferentieerde vorm van behandelingsplanning.

Beleidsverantwoordelijkheden; de beleidsverantwoordelijkheden voor de behandeling in de leefgroep zijn hiërarchisch opgebouwd. De beleidspsychiater heeft de eindverantwoordelijkheid over de behandeling. Hij is verantwoordelijk voor de strategische en operationele doeleinden en behandelingsplanning. De leefgroepcoördinator is verantwoordelijk voor de operationele en dagelijkse doeleinden en behandelingsplanning. De leefgroepwerkers zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de dagelijkse doeleinden en de behandelingsplanning.

Sturing

De vraag kan gesteld worden hoe de sturing van de behandeling in de leefgroep getypeerd kan worden. De beschrijving van de behandeling in de leefgroep in het voorbeeldinstituut maakt aannemelijk dat de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut *deductief* gestuurd wordt. Deductieve sturing betekent dat de vormgeving en de uitvoering van de behandeling in de leefgroep van bovenaf gestuurd wordt. Er is sprake van sturing van bovenaf om drie redenen. Ten eerste is er sturing van bovenaf doordat het voorbeeldinstituut een uitgewerkte behandelingsfilosofie (doelstelling en doeleinden) bezit als kader voor de bepaling van de doeleinden en de behandelingsplanning. Ten tweede doordat de behandelingsfilosofie geïncorporeerd is in de structuur en coördinatie van de hulpverleningsinstelling. Deze incorporatie maakt een gerichte sturing mogelijk. Ten derde is er sprake van sturing van bovenaf doordat er een hiërarchie van doeleinden, behandelingsplanning en beleidsverantwoordelijkheid onderscheiden wordt. De hogere niveaus van de hiërarchie zullen de lagere niveaus sturen.

En zich ontwikkelend systeem

De behandeling in de leefgroep kan opgevat worden als een zich ontwikkelend systeem. De beschrijving van het werkmodel (4.1) maakt dit duidelijk. In de loop der tijd zijn er veranderingen aangebracht in opvattingen over de doelgerichtheid van de hulpverleningsinstelling en in die van de behandeling in de leefgroep als behandelingsvorm. Er is sprake van een evolutie (3.1.1 en 4.1). In de loop der tijd zijn de taken nader omschreven en verder uitgewerkt. Dit geldt ook voor het systeem van overleg en verslaglegging voor de behandeling in de leefgroep. Reeds is genoemd dat er sprake is van differentiatie en integratie van diverse aspecten van het werkmodel (3.2.1).

In de beschrijving van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep blijven onduidelijkheden bestaan die om opheldering vragen. Deze onduidelijkheden betreffen met name de opvatting dat de behandeling in de leefgroep als kern van de behandeling opgevat wordt, het systeem van overleg en verslaglegging en de realisatie van de continuïteit.

Hier zal niet verder op deze onduidelijkheden ingegaan worden. Ze zijn reeds aan de orde geweest in de paragrafen 4.1.2 en 4.1.3.

Op dit moment is het mogelijk om de beschrijving van de behandeling in de leefgroep in schema's weer te geven.

4.3 Schema's van de categorieën en van het werkmodel voor behandeling in de leefgroep

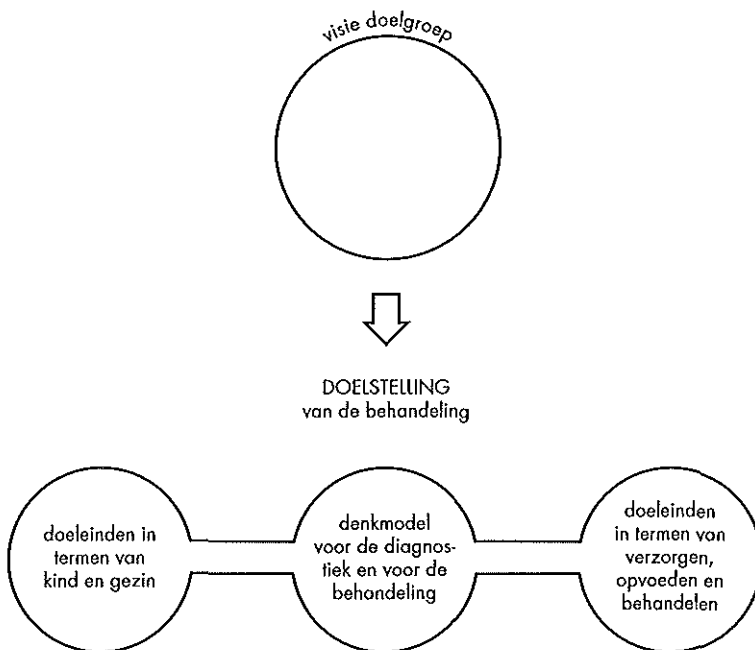
De categorieën van de behandeling in de leefgroep komen in onderstaande schema's tot uiting.

4.3.1 Schema van de categorie doelgerichtheid

Het schema van de categorie doelgerichtheid lijkt op dat van de hulpverleningsinstelling. Het denkmodel gericht op de behandeling en de doeleinden in termen van de behandeling (verzorgen, opvoeden en behandelen) verschillen van elkaar.

In de eerste figuur wordt duidelijk dat de doelstelling voor de behandeling in de leefgroep afgeleid is van de visie op de doelgroep. De doeleinden in termen van kind en in termen van de behandeling worden op hun beurt afgeleid uit de doelstelling.

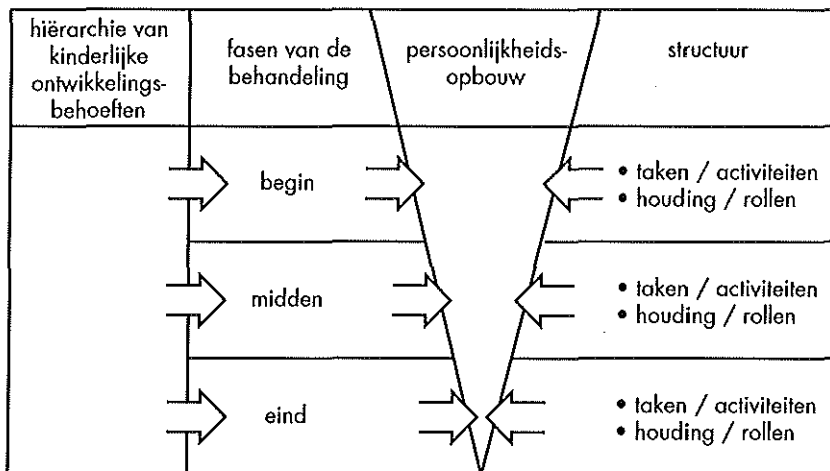
FIGUUR 4.1: SCHEMA VAN DE CATEGORIE DOELGERICHTHEID



4.3.2 Schema van de categorie structuur

In het schema van de categorie structuur is de samenhang vervat tussen de hiërarchie van kinderlijke ontwikkelingsbehoeften, de fasen van de behandeling (begin-, midden-, eindfase), de persoonlijkheidsopbouw en de structuur van de behandeling in de leefgroep (taken, activiteiten, houding, rollen).

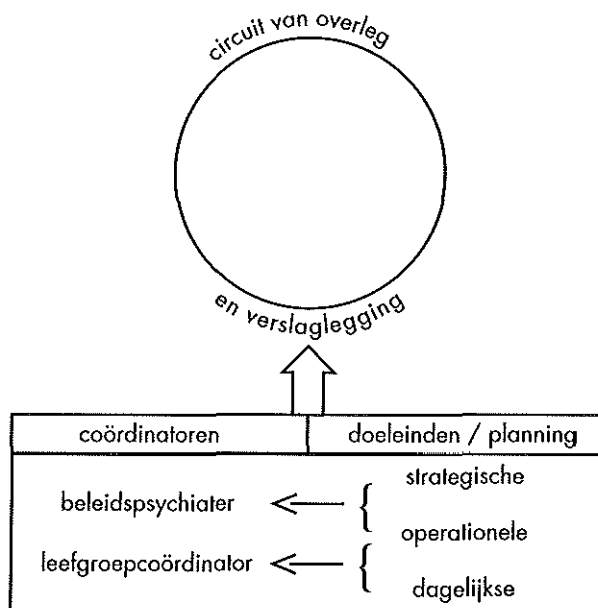
FIGUUR 4.2: SCHEMA VAN DE CATEGORIE STRUCTUUR



4.3.3 Schema van de categorie coördinatie

In het schema van de categorie coördinatie wordt duidelijk gemaakt dat de beleidspsychiater (als eindverantwoordelijke) en de leefgroepcoördinator de behandeling in de leefgroep coördineren. Coördinatie is geformaliseerd in een circuit van overleg en verslaglegging. Coördinatie houdt strategische, operationele en dagelijkse formulering van doeleinden/behandelingsplanning in binnen het circuit van overleg en verslaglegging.

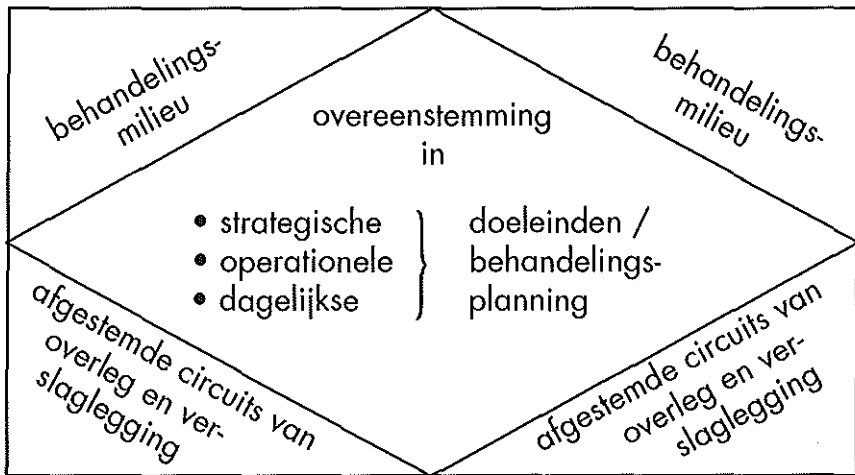
FIGUUR 4.3: SCHEMA VAN DE CATEGORIE COÖRDINATIE



4.3.4 Schema van de categorie continuïteit

Belangrijke aspecten van de categorie continuïteit zijn: behandelingsmilieu, afgestemde circuits van overleg en verslaglegging en overeenstemming in strategische, operationele en dagelijkse doeleinden/ behandelingsplanning.

FIGUUR 4.4: SCHEMA VAN DE CATEGORIE CONTINUÏTEIT



4.3.5 Een samenhangend schema

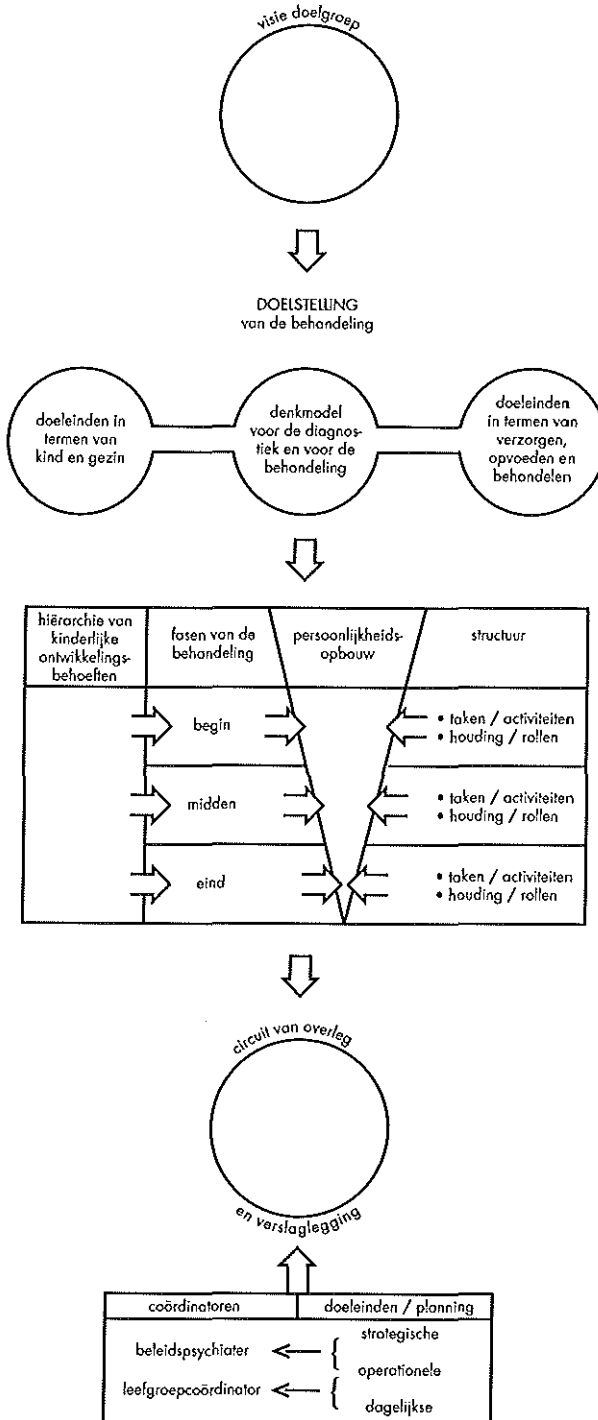
Voorgaande schema's worden in de vijfde figuur in een samenhangend schema weergegeven. Dit schema dient opgevat te worden als werkmodel voor de behandeling in de leefgroep.

Tot slot: in de hoofdstukken 3 en 4 zijn de uitkomsten van dit deelonderzoek beschreven en geïnterpreteerd. Dit heeft geleid tot werkmodellen van de hulpverleningsinstelling en van de behandeling in de leefgroep. De werkmodellen zijn in schema's weergegeven. De deelvragen van dit deelonderzoek zijn hiermee beantwoord.

Wat rest is een evaluatie van dit deelonderzoek. In hoofdstuk 5 wordt hierop ingegaan. In deze evaluatie zal teruggekeken worden op de onderzoeksopzet en de uitkomsten van het deelonderzoek. De kwaliteit van het onderzoek zal aan orde komen. Tenslotte zal ingegaan worden op de vragen die dit deelonderzoek heeft opgeworpen en welke consequenties deze vragen hebben voor het ontwerp voor het volgende deelonderzoek.

4. UITKOMSTEN: HET WERKMODEL VOOR DE BEHANDELING IN DE LEEFGROEP

FIGUUR 4.5: WERKMODEL VOOR DE BEHANDELING IN DE LEEFGROEP



5

EVALUATIE VAN HET EERSTE DEELONDERZOEK

~

In hoofdstuk 2 heeft het onderzoeksontwerp centraal gestaan. In de hoofdstukken 3 en 4 zijn het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en dat voor de behandeling in de leefgroep beschreven. Tevens zijn de interpretaties van de onderzoeksdata besproken. De beschrijving en interpretaties zijn tot stand gekomen op basis van documentenanalyse. De documenten betreffen de publicaties van het voorbeeldinstituut. De publicaties vormen de databron van dit deelonderzoek. Een theoretisch raamwerk is richtinggevend geweest voor de analyse. Voor de interpretaties is gebruik gemaakt van met name systeemtheoretische begrippen.

In dit hoofdstuk zal de evaluatie van het deelonderzoek aan de orde komen. De evaluatie houdt in dat er op delen van het onderzoeksproces gereflecteerd zal worden. Hierbij zal ingegaan worden op de kwaliteitseisen van het deelonderzoek. Op basis van de evaluatie zullen de consequenties voor het volgende deelonderzoek besproken worden. Ingegaan zal worden op:

- het theoretisch raamwerk (5.1);
- de databron (publicaties) (5.2);
- de analyse van de data (5.3);
- de conclusies van het deelonderzoek (5.4);
- de kwaliteitseisen (5.5);
- de consequenties voor het volgend deelonderzoek (5.6).

5.1 Het theoretisch raamwerk

Bij de aanvang van het deelonderzoek is er een theoretisch raamwerk geconstrueerd. Het theoretisch raamwerk is opgesteld als waarnemingskader van de behandeling in de leefgroep. Het doel van dit deelonderzoek is geweest om aan de hand van dit waarnemingskader het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep te kunnen construeren. Het theoretisch raamwerk is geconstrueerd op basis van systeemtheoretische begrippen. In het theoretisch raamwerk zijn de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit onderscheiden. Aan deze vier categorieën zijn aspecten onderscheiden (zie paragraaf 2.2).

Deze aspecten kunnen als onderzoeksaspecten beschouwd worden. In de onderzoeksliteratuur worden deze aspecten 'sensitizing concepts' van het onderzoek genoemd (Glaser, Strauss, 1967; Maso, 1987; Wester, 1987).

De vraag is welke functie het theoretisch raamwerk tijdens het deelonderzoek gehad heeft. Achtereenvolgens zal worden ingegaan op de functie die het theoretisch raamwerk

heeft gehad tijdens het deelonderzoek en op de rol die de bij aanvang geformuleerde ervaringsaspecten hebben gespeeld.

In het deelonderzoek zijn de vier categorieën steeds het kader geweest waarbinnen de data gezet zijn. De onderzoeksaspecten zijn richtinggevend geweest om in de publicaties na te gaan of/en wat er over geschreven is.

Vastgesteld kan worden dat in de loop van het deelonderzoek de categorieën steeds beter omschreven en gedefinieerd konden worden. De analyse van de publicaties en het plaatsen van de data binnen de categorieën bewerkstelligden dit. Tijdens de analyse van de publicaties bleek dat het theoretisch raamwerk niet alleen het waarnemingskader is geweest, maar dat ook door het deelonderzoek de categorieën van het raamwerk steeds beter gedefinieerd konden worden vanuit de praktijk van de hulpverlening. Doordat de theoretische categorieën vanuit de praktijk inhoud konden verkrijgen, kunnen de theoretische categorieën als praktijkcategorieën opgevat worden. Een uitzondering is de categorie continuïteit. Voor deze categorie zijn weinig praktijkbeschrijvingen gevonden (zie ook figuur 3.7).

Een probleem tijdens het analyseren was dat het theoretisch raamwerk in een aantal situaties onvoldoende houvast bood om na te gaan welke aspecten tot welke categorie behoorden. Zo moest er een keuze gemaakt worden onder welke categorie het aspect multidisciplinair werken gezet moest worden: onder de categorie structuur of onder de categorie coördinatie. Dit heeft ook gegolden voor het aspect afstemming tussen de verschillende disciplines. Onderzoekster heeft vastgehouden aan de omschrijvingen van de categorieën.

In kwalitatief onderzoek bestaat de verwachting dat de concepten die bij aanvang van het onderzoek gesteld zijn, in de loop van het onderzoek veranderen of zelfs verdwijnen (Miles, Huberman, 1984; Guba, Lincoln, 1988; Ragin, 1994). In dit deelonderzoek zijn de vier theoretische categorieën niet verdwenen: veeleer verkregen ze inhoud vanuit de publicaties.

De aspecten van de verschillende categorieën zijn gebruikt om na te gaan of over de aspecten daadwerkelijk in de publicaties geschreven is. Tevens dienden ze om eraan gerelateerde aspecten op het spoor te komen. De aspecten hebben invulling gekregen vanuit de praktijk. De aspecten worden derhalve praktijkaspecten genoemd. De praktijkaspecten staan in de hoofdstukken 3 en 4 beschreven.

Geconcludeerd kan worden dat het theoretisch raamwerk bestaande uit de vier categorieën conform het onderzoeksontwerp een zoeklichtfunctie heeft gehad en dat het tevens de functie had om de data uit de publicaties in de categorieën te ordenen. De vier categorieën kunnen opgevat worden als een soort mal die over de data heen gelegd is. De data uit de publicaties zijn hierdoor verdeeld over de vier categorieën. De uit ervaring geformuleerde aspecten hebben eveneens conform de opzet een zoeklichtfunctie gehad. Het theoretisch raamwerk heeft geen verandering ondergaan wat betreft de namen van de categorieën. De categorieën en aspecten kunnen doordat er invulling met praktijkgegevens plaatsgevonden heeft *praktijkcategorieën* en *praktijkaspecten* genoemd worden.

De categorieën hebben door de invulling vanuit de praktijk interne geldigheid verkregen. In paragraaf 5.5 zal nagegaan worden welke vraagtekens achter deze interne geldigheid gezet moeten worden.

5.2 De databron (publicaties)

Naast de evaluatie van de functie van het theoretisch raamwerk, omvat de evaluatie van het onderzoeksproces tevens de databron en de analyse van de data.

In paragraaf 2.3 is inzichtelijk gemaakt waarom voor documenten als databron is gekozen en niet voor andere databronnen zoals interviews of participerende observatie. De vraag dient gesteld te worden wat er tijdens de analyse aan de structuur en inhoud van de publicaties is opgevallen en wat tijdens het ontwerp van het deelonderzoek niet voorzien was. Tevens zal nagegaan moeten worden welke invloed de structuur en de bijzonderheden van de publicaties hebben gehad op de wijze van analyseren van de publicaties.

Bij de analyse van de publicaties viel op dat ze globaal eenzelfde structuur bezitten. Dit betrof met name die publicaties die handelen over diverse aspecten van bepaalde behandelingsvormen. Deze publicaties beginnen met een beschrijving van de doelgroep, behandelingsfilosofie en de doelstelling van het behandelingsinstituut. Wanneer er over aspecten van het onderwerp reeds geschreven is, wordt daarnaar verwezen. Vervolgens wordt er op het onderwerp van de publicatie ingegaan. Anders gezegd, het onderwerp dat behandeld wordt, wordt in de context van de hulpverleningsinstelling geplaatst. Wat opviel was dat er weinig verbanden gelegd worden tussen de context en het onderwerp. Dit is aanleiding geweest om in dit deelonderzoek wel te zoeken naar verbanden.

Een voorbeeld is dat er gezocht is naar een verband tussen de omschrijving van de doelgroep en behandelingsfilosofie en de inrichting van het behandelingsplan. Bij nadere beschouwing blijkt dat het theoretisch raamwerk hiertoe eveneens aanzetten heeft gegeven. In de omschrijving van de categorieën kan immers een logisch verband verondersteld worden tussen de categorieën doelgerichtheid, structuur en coördinatie. De doeleinden moeten als bindend element tussen de verschillende categorieën gezien worden. In iedere categorie komen de doeleinden terug. Binnen de categorie doelgerichtheid worden ze vastgesteld, binnen de categorie structuur worden de middelen vastgesteld om de doeleinden te bereiken en binnen de categorie coördinatie wordt het werk gecoördineerd zodanig dat de doeleinden bereikt kunnen worden.

Doordat er vanuit het voorbeeldinstituut over een langere periode publicaties zijn verschenen, kon nagegaan worden aan welke onderwerpen belang gehecht werd binnen het voorbeeldinstituut en of er ontwikkeling is geweest in het denken over bepaalde onderwerpen. Door deze gegevens is het mogelijk geweest om de evolutie in het denken over enkele aspecten na te gaan. De evolutie van bepaalde onderwerpen kon gevangen worden door typen matrices te ontwikkelen, zoals een 'time-ordered' matrix. Doordat steeds dezelfde aspecten terugkeerden in de publicaties kon vastgesteld worden welke de kernbegrippen van de werkmodellen zijn.

Geconcludeerd kan worden dat de structuur van de publicaties richting heeft gegeven aan het zoeken naar bepaalde aspecten binnen de vier categorieën en tussen de categorieën. Er konden typen matrices ontwikkeld worden. De matrices ontstaan in wisselwerking met het theoretisch raamwerk en de databron. Tevens konden hogere abstractiebegrippen worden vastgesteld.

Door inzichtelijk te maken welke de invloed van de publicaties is geweest op hetgeen geanalyseerd is, werd de interne betrouwbaarheid van de analyse verhoogd (5.5).

5.3 De analyse van de data

De analyse van de publicaties heeft de volgende stappen gekend:

- *de eerste stap* is dat alle publicaties zijn doorgelezen en dat in de kantlijnen delen van de teksten zijn voorzien van de naam van de categorie die betrekking heeft op het deel van de tekst;
- *de tweede stap* is dat matrices ontwikkeld zijn naar aanleiding van de ‘ontdekking’ van de structuur van de publicaties;
- *de derde stap* is dat de matrices ingevuld zijn met data uit de publicaties;
- *de vierde stap* is dat de aspecten uit de matrices gehaald zijn en beschreven (zie de hoofdstukken 3 en 4);
- *de vijfde stap* is dat binnen en tussen de categorieën verbanden gezocht zijn (zie de paragrafen 3.2 en 4.2).

Zoals eerder geschreven vormen het theoretisch raamwerk en de structuur van de publicaties de mallen waarmee de publicaties zijn geanalyseerd.

Door de analysestappen te beschrijven is betrouwbaarheid en navolgbaarheid nagestreefd (zie paragraaf 5.5).

5.4 De uitkomsten van het deelonderzoek

Wat heeft het deelonderzoek aan kennis opgeleverd? Is er sprake van een systematische procesbeschrijving hetgeen met het onderzoek nagestreefd wordt (hoofdstuk 1)?

Door de wijze van onderzoeken en het verwoorden van de uitkomsten is er sprake van een systematische procesbeschrijving. Daarbij heeft dit deelonderzoek hogere abstractiebegrippen opgeleverd. De vraag is of het werkmodel in de praktijk werkzaam is en, zo ja, op welke wijze.

De kans is groot dat het werkmodel in de praktijk een zekere mate van geldigheid bezit. De praktijkwerkers hebben het zelf geschreven. Door in de praktijk het werkmodel te gebruiken zullen de werkers zich de delen van het werkmodel steeds meer eigen maken en gaan gebruiken. Het werkmodel zal toenemend werkzaam zijn.

Doordat de elementen van de categorie doelgerichtheid vertaald zijn in het systeem van overleg en verslaglegging zal dit bewerkstelligen dat door het werken in het systeem van overleg en verslaglegging steeds weer gewerkt wordt aan de aspecten van de categorie doelgerichtheid.

Hoewel aangenomen mag worden dat het werkmodel in de praktijk werkzaam is, bestaat er een gevaar. Er mag niet voetstoots aangenomen worden dat in de praktijk exact volgens het werkmodel gewerkt wordt. De behandelingspraktijk verloopt in de regel rommeliger en minder gestructureerd dan op schrift staat. Zoals reeds in hoofdstuk 3 is genoemd kan er sprake zijn van incongruenties van doeleinden, bijvoorbeeld tussen de doeleinden van het werkmodel en die van de praktijkwerkers. Bekend is dat er in de praktijk afgeweken kan worden van eerder gestelde doelen omdat er bijvoorbeeld bij de kinderen resultaten bereikt worden die los staan van de gestelde doeleinden. De neiging kan dan zijn om verder te gaan vanuit de bereikte resultaten. De eerder gestelde doeleinden raken uit het zicht, worden losgelaten en niet meer bijgesteld. In de praktijk kan gemakkelijk een machtsstrijd ontstaan

waardoor er afgeweken kan worden van het werkmodel van het voorbeeldinstituut. In het werkmodel zijn onvolkomenheden en inconsistenties 'ontdekt' (zie de hoofdstukken 3 en 4). Deze kunnen er in de praktijk aanleiding toe geven dat er niet volgens het werkmodel gewerkt wordt.

Voorgaande kritische gegevens van het werkmodel zijn aanleiding om het werkmodel nader te onderzoeken.

Alvorens in te gaan op de consequenties die kunnen volgen voor het ontwerp van het volgend deelonderzoek (5.6) zullen de kwaliteitseisen van dit deelonderzoek aan de orde komen.

5.5 De kwaliteitseisen

Aan de hand van het voorgaande kan zichtbaar gemaakt worden hoe aan de kwaliteitseisen van het onderzoek voldaan is.

Interne geldigheid; zoals hierboven aangegeven zijn de theoretische categorieën door invulling vanuit de publicaties praktijkcategorieën geworden. Tevens kan er gesproken worden van praktijkaspecten die tot de categorieën behoren. Er is een zekere mate van geldigheid ontstaan doordat de categorieën vanuit de praktijk daadwerkelijk inhoud hebben gekregen. Deze constatering heeft betrekking op de kwaliteitseis interne geldigheid (zie ook paragraaf 1.4).

Betrouwbaarheid; doordat onderzoekster zich niet alleen gericht heeft op 'ervaringsaspecten', maar ook gericht was op andere aspecten, wordt onderzoekers-bias geëxpliciteerd en voor een deel vermeden. Hiermee wordt de interne betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (zie ook paragraaf 1.4). Er is eveneens betrouwbaarheid nagestreefd door het onderzoeksproces zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven. Het gevaar van onderzoekers-bias is het grootst bij het doen van interpretaties van de analysedata. Door aan te geven op welke gronden geïnterpreteerd is, werd eventuele onderzoekers-bias geëxpliciteerd en is deze derhalve inzichtelijk en navolgbaar.

Openbaarheidseis; de categorieën hebben gediend om een beschrijving te geven van het werkmodel. De beschrijving van het werkmodel werd derhalve ingekaderd door de categorieën (zie de hoofdstukken 3 en 4). In deze dissertatie is er voor gekozen om een uitgebreide beschrijving te geven van de categorieën met daarnaast de interpretaties. In de onderzoeksliteratuur is er geen eensluidende mening te vinden over wat gerapporteerd moet worden (Miles, Huberman, 1994). Enerzijds wordt de nadruk gelegd op beschrijvingen (Wolcott, 1990), anderzijds op interpretaties (Miles, Huberman, 1994). In deze dissertatie is er voor gekozen om ook beschrijvingen te geven en wel om het onderzoek navolgbaar te laten zijn. Hiermee is tegemoet gekomen aan de kwaliteitseis externe betrouwbaarheid, intersubjectieve navolgbaarheid, oftewel de openbaarheidseis.

'Goede categorieën'; in de hoofdstukken 3 en 4 zijn beschrijvingen en interpretaties zoveel mogelijk gescheiden. Hierdoor wordt er tegemoet gekomen aan de eis van de formatie van goede categorieën. Tijdens het analyseproces moesten beslissingen genomen worden ten aanzien van de categorieën. Geconcludeerd moet worden dat aan de bij aanvang gestelde eis van wederkerig uitsluitend zijn van de categorieën niet voldaan is. Tijdens het onderzoeksproces zelf konden de categorieën niet wederkerig uitsluitend gemaakt worden. De vraag is of categorieën wel wederkerig uitsluitend gemaakt kunnen worden.

5.6 De consequenties voor het volgend deelonderzoek

In de vorige paragrafen zijn aanzetten vervat voor het ontwerp van het volgende deelonderzoek.

In het besproken deelonderzoek is een bepaald deel van de werkelijkheid beschouwd. Er is een werkmodel geformuleerd op basis van de beschrijvingen van de gebruikers van het werkmodel. Beredeneerd is dat in de praktijk het werken volgens het werkmodel anders kan verlopen. Er hoeft geen eenduidige correspondentie tussen het werkmodel en de dagelijkse praktijk te zijn. Tevens kan het werken volgens het werkmodel anders verlopen doordat er in het werkmodel zelf inconsistenties vervat zitten. Deze constatering geven aanleiding tot het stellen van de vraag hoe in de dagelijkse behandelingspraktijk gewerkt wordt. Belangrijk is om het onderzoek te richten op de gebruikers van het werkmodel. Nagegaan zal moeten worden hoe de gebruikers het werkmodel in de praktijk hanteren.

Deze constatering brengen met zich mee dat er in een tweede deelonderzoek naar een andere databron gezocht moet worden dan in het eerste deelonderzoek. De gebruikers van het werkmodel zullen als informanten dienen te gaan optreden. Het is omwille van beschikbare tijd en mankracht onmogelijk om het gehele werkmodel na te gaan. Beargumenteerd dient te worden welk deel van het werkmodel het meest geschikt is om te onderzoeken.

Door naar het werkveld te gaan teneinde het werkmodel nader te onderzoeken is het mogelijk om de interne geldigheid van het werkmodel nader vast te stellen.

In paragraaf 6.1 zal beargumenteerd worden waarom voor welk deel van het werkmodel is gekozen om te onderzoeken. De vraagstelling van het tweede deelonderzoek zal geformuleerd worden. In paragraaf 6.2 komt aan de orde welke databron daarbij in aanmerking is gekomen. Tevens zal ingegaan worden op de stappen die ondernomen zullen worden in de analyse van de data en waarom voor deze stappen gekozen is.

DEEL II

Het tweede deelonderzoek

**Onderzoek naar het gebruik in de praktijk van
een deel van het werkmodel
in het voorbeeldinstituut**

ONDERZOEKSONTWERP VAN HET TWEEDE DEELONDERZOEK

~

Nadat het werkmodel van het voorbeeldinstituut in de hoofdstukken 3 en 4 is beschreven, is de volgende stap het werkmodel nader te onderzoeken. Uitgegaan wordt van de vraagstelling van dit deelonderzoek (6.1). Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden zullen onderzoeksprocedures worden gevolgd.

De opzet en procedures van dit deelonderzoek komen aan de orde (6.2).

Tot slot volgt een samenvatting van dit hoofdstuk (6.3).

6.1 De vraagstelling

In de hoofdstukken 3 en 4 is het werkmodel van het voorbeeldinstituut aan de hand van publicaties van het voorbeeldinstituut beschreven. De vraag die in paragraaf 5.5 naar voren kwam is hoe er in de praktijk met het model gewerkt wordt. Er kan zowel overeenstemming bestaan tussen het 'werkmodel zoals beschreven' en het 'werkmodel zoals gebruikt', als ook discrepantie. Om dit te onderzoeken zijn het '*werkmodel zoals beschreven*' en het '*werkmodel zoals gebruikt*' onderwerp van onderzoek. Het 'werkmodel zoals beschreven' kan dienen om de vraagstelling van dit deelonderzoek te formuleren en is een 'frame of reference' om de verkregen onderzoeksresultaten tegen af te zetten en te interpreteren (Miles, Huberman, 1984, 1994; Ragin, 1994). Er behoeft derhalve geen theoretisch raamwerk geconstrueerd te worden zoals in het eerste deelonderzoek het geval is geweest.

Onderzoek naar het werkmodel kan verricht worden door de gebruikers van het werkmodel te interviewen. De gebruikers dienen als informatiebron van het deelonderzoek. Gevraagd kan worden naar de opvattingen van de gebruikers over het werken vanuit het werkmodel. Vervolgens kan de vraagstelling van het deelonderzoek geformuleerd worden.

De vraagstelling van dit deelonderzoek luidt: welke zijn de opvattingen van de medewerkers van het voorbeeldinstituut over het 'werkmodel zoals beschreven' en het 'werkmodel zoals gebruikt'.

Deze vraagstelling is algemeen en behoeft uitwerking in onderzoeksvragen. In paragraaf 5.5 is reeds genoemd dat niet het gehele werkmodel onderzocht gaat worden, maar slechts een deel. Voor de opzet van dit deelonderzoek dient te worden nagegaan welk deel van het werkmodel het geschiktst is om te onderzoeken. Er is voor gekozen het deel behandelingsplanning nader te onderzoeken. Hiervoor zijn verschillende redenen te noemen. Deze redenen zijn onder te verdelen in redenen die 'het werkmodel zoals beschreven' betreffen en in redenen van praktische aard. Op ieder wordt ingegaan.

In hoofdstuk 3 zijn *onduidelijkheden over behandelingsplanning* aan de orde gesteld. Er is genoemd dat behandelingsplanning een vorm van overleg is die zijn plaats heeft in de cir-

cuits van overleg en verslaglegging. Het behandelingsplanoverleg en het daaruit voortkomend behandelingsplan kennen eraan voorafgaand overleg en bijbehorende verslaglegging en een daarop volgend overleg en bijbehorende verslaglegging. De overleggen en bijbehorende verslaglegging (die delen van de circuits van overleg en verslaglegging vormen) dienen logisch uit elkaar voort te vloeien. De circuits worden tijdens de behandeling meerdere keren doorlopen en er is aldus sprake van een circulair proces. Het plan wordt in multidisciplinair verband opgesteld. De vragen die in hoofdstuk 3 over behandelingsplanning en het behandelingsplandocument zijn opgeworpen, zijn vragen naar:

- hoe in de praktijk daadwerkelijke behandelingsplanning plaatsvindt;
- hoe in multidisciplinair verband het plan wordt opgesteld;
- op welke wijze er aansluiting op en/of overlapping van delen van de circuits van overleg en verslaglegging bestaat;
- hoe in de praktijk het algemene doel van de behandelingsplanning bereikt wordt;
- welke de algemene geldigheid van het behandelingsplandocument voor iedere discipline is.

De *praktische redenen* betreffen innovatie in de circuits van overleg en verslaglegging, discussie binnen het voorbeeldinstituut over de innovatie en onduidelijkheden over behandelingsplanning ten tijde van het onderzoek. Innovatie vindt ten tijde van dit onderzoek in het voorbeeldinstituut plaats in de circuits van overleg en verslaglegging. Het betreft het deel 'beoogd handelen' van de circuits van overleg en verslaglegging. Tot dan toe heeft behandelingsplanning en het resulterende behandelingsplandocument een algemeen karakter gehad. Dit wil zeggen dat behandelingsplanning en het plan voor alle behandelingsdisciplines bedoeld zijn, hoewel ze met name gericht zijn op de behandeling in de leefgroep. Deze wijze van behandelingsplanning is beschreven door De Boer, Gunning en Verheij (1987) en door Verheij (1989a). In de loop der tijd zijn er bij de verschillende behandelingsdisciplines voornemens ontstaan om naast voornoemde wijze van behandelingsplanning, de behandelingsplanning te gaan toespitsen op de eigen behandelingsdisciplines. Deze voornemens zijn na het onderzoek daadwerkelijk uitgewerkt. De verschillende behandelingsdisciplines creëerden een op de eigen behandeling gericht behandelingsplanningsoverleg en behandelingsplandocument. In diverse publicaties worden deze 'behandelingsgerichte' behandelingsplanning en het resulterende behandelingsplandocument beschreven; voor de educatieve therapie door Van der Ster en Van Doorn (1991), voor de behandeling in de leefgroep door Rietdijk (1991a), voor de individuele therapieën en voor de ouder- en gezinsbegeleiding, beide door Verheij (1993).

Op het moment van onderzoek was er discussie gaande over de komende veranderingen en uitwerkingen. Ervaringen met behandelingsplanning en het behandelingsplan werden op dat moment uitgesproken en waren actueel.

Door middel van onderzoek kan er een beeld verkregen worden over de opvattingen over behandelingsplanning, over het behandelingsplandocument en hoe er met behandelingsplannen gewerkt wordt tot dan toe. Kritiekpunten op behandelingsplanning, behandelingsplandocument, het werken met behandelingsplannen en voorstellen tot verbeteringen van het werken met de behandelingsplannen kunnen achterhaald worden.

Naar aanleiding van de bovengenoemde redenen is besloten de volgende *onderzoeksvragen* te formuleren:

- welke zijn de opvattingen van de medewerkers over het multidisciplinair opstellen van het plan;
- welke zijn de opvattingen van de medewerkers over het circulaire proces van behandelingsplanning;
- welke zijn de opvattingen van de medewerkers over het behandelingsplandocument;
- welke zijn de opvattingen van de medewerkers over het werken met het behandelingsplan in de praktijk;
- welke aanpassingen kunnen in het werkmodel gemaakt worden op basis van de uitkomsten van dit deelonderzoek.

6.2 De opzet en procedures

De opzet en procedures van dit deelonderzoek zullen aan de orde komen. Het verband tussen de opzet en procedures, de vraagstelling en de deelvragen wordt verduidelijkt. Beargumenteerd zal worden welke beslissingen over en welke maatregelen met betrekking tot de interviews genomen zijn (6.2.1), wie geïnterviewd worden (de onderzoeksgroep) (6.2.2), welke de invloed is van de interviewer op de geïnterviewden en omgekeerd (6.2.3) en hoe de analyse plaatsvindt van de interviewprotocollen (6.2.4).

6.2.1 De interviews

De onderzoeksvragen van dit deelonderzoek betreffen de opvattingen van medewerkers over het werken met een deel van het werkmodel. Opvattingen kunnen verkregen worden door medewerkers ernaar te vragen. In dit deelonderzoek is gekozen voor interviews om de opvattingen van de medewerkers te achterhalen.

De vraag is welk *type interview* het geschiktst is om de vraagstelling en de onderzoeksvragen beantwoord te krijgen en om recht te doen aan het type onderzoek, namelijk een praktijkgericht onderzoek (zie hoofdstuk 1). Er kunnen drie typen interviews onderscheiden worden: het gestandaardiseerde interview, het 'focused' interview en het vrije interview (Segers, 1983).

Bij het *gestandaardiseerde interview* verloopt het interview strikt volgens een vragenlijst. De interviewer formuleert de vragen letterlijk en in dezelfde volgorde als in de vragenlijst is aangegeven.

Het *'focused' interview* is minder gestandaardiseerd en heeft een meer open karakter. Er wordt geen vragenlijst gebruikt, maar een lijst met onderwerpen waarover informatie moet worden verkregen bij alle geïnterviewden.

Het *vrije interview* is volledig ongestandaardiseerd. De interviewer tracht het gesprek niet in een bepaalde richting te sturen.

In een praktijkgericht onderzoek wordt er naar een zo open mogelijke interviewbenadering gestreefd. Hierbij moet zo veel mogelijk vermeden worden dat opvattingen van de onderzoeker en de relationele aspecten tussen de onderzoeker en de geïnterviewden interfereren tijdens de interviews en de analyse van de data (Miles, Huberman, 1984, 1994). Een open interviewbenadering maakt mogelijk dat de opvattingen van de onderzoeker zo veel mogelijk buiten beschouwing blijven en de geïnterviewden vrijuit kunnen spreken. De open benadering maakt een reconstructie van de gezichtspunten van de ondervraagden mogelijk

(Wester, 1987). In dit deelonderzoek kan er geen sprake zijn van een geheel open benadering. Er zijn namelijk onderzoeksvragen geformuleerd. Door middel van de interviews zullen de onderzoeksvragen beantwoord gaan worden. Dit betekent dat in de interviews de onderzoeksvragen als interviewonderwerpen aan de orde gesteld zullen gaan worden. Er is derhalve sprake van een 'focused' interview.

De volgende vraag is of de interviewonderwerpen *gerichte vragen* nodig maken. De onderwerpen betreffen de behandelingsplanning in de praktijk, het circulaire proces van behandelingsplanning, het behandelingsplandocument, het multidisciplinair opstellen van het plan en de wensen tot verandering. Om een richting te geven aan de onderwerpen, kunnen er vragen over het onderwerp gesteld worden. Wanneer deze vragen van te voren geformuleerd worden en gebruikt worden tijdens het interview is er sprake van gerichte vragen. Een probleem bij het stellen van gerichte vragen is dat het open karakter van het interview in gevaar komt. Het open karakter van het interview wordt voorgestaan. Een oplossing is door gerichte vragen te laten beginnen met welke, wie en hoe en de vragen niet in vaste volgorde te stellen. Een voordeel hiervan is dat aangehaakt kan worden op wat de geïnterviewde bezighoudt en als belangrijk ziet in het werken met het behandelingsplan. Het open karakter komt tot uiting door de vragen te laten beginnen met welke, wie en hoe.

Een voorbeeld van een vraag behorend bij de eerste onderzoeksvraag (de multidisciplinaire opstelling) is: 'hoe ervoer je het opstellen van het plan door de beleidspsychiater, leef-groepcoördinator en orthopedagoog?'.
 Voorbeelden van vragen behorend bij de tweede onderzoeksvraag (gericht op het circulaire proces) zijn: 'welke rol speelde het plan in het maken van rapportage?' en 'welke inbreng had je bij het opstellen van het plan?'.
 Een voorbeeld van een vraag behorend bij de derde onderzoeksvraag (gericht op behandelingsplandocument) is: 'welke rol speelde het gedeelte 'vraagstellingen van het kind?''.
 Voorbeelden van vragen behorend bij de vierde onderzoeksvraag (gericht op het werken in de praktijk met het plan) zijn: 'welke functie heeft het plan voor jou en je werk gehad?' en 'welke delen las je vaak?'.

Besloten is om in dit deelonderzoek de vier onderzoeksvragen door middel van een vragenlijst in een open interviewbenadering aan de orde te laten komen. Er zal een vragenlijst samengesteld worden (zie bijlage II). De duur van de interview werd geschat op gemiddeld een uur.

6.2.2 De geïnterviewden (onderzoeksgroep)

De vraag wie geïnterviewd dienen te worden en hoe groot het aantal geïnterviewden dient te zijn, houdt verband met de onderzoeksvragen van dit deelonderzoek, de nagestreefde informatie en de controle van de bias. De onderzoeksvragen, de nagestreefde informatie en de controle van de bias geven richting aan de aard van de onderzoeksgroep en het aantal geïnterviewden.

De onderzoeksvragen hebben betrekking op de perceptie wat betreft plan en planning van de medewerkers die in multidisciplinair verband werken. Het is daarom nodig diverse medewerkers van het multidisciplinaire team te interviewen. De onderzoeksgroep zal derhalve heterogeen van samenstelling zijn.

De nagestreefde informatie van het onderzoek betreft gevarieerde informatie. Door middel van het interviewen van een heterogene groep kan er gevarieerde informatie verkregen worden.

De controle van de bias betreft de representativiteit van de verkregen informatie voor de onderzoeksgroep. Er mag geen, zoals Miles en Huberman (1984) dit noemden, 'elite bias' optreden. 'Elite bias' betekent dat op uitspraken van een elitegroep het accent gelegd wordt in de analyse van de interviews. 'Elite bias' kan vermeden worden door een heterogene groep te interviewen en gebruik te maken van sleutelfiguren ('key informants'). In het onderzoek is hieraan voldaan door medewerkers van de verschillende disciplines van het multidisciplinaire team te interviewen.

De grootte van de onderzoeksgroep zal gevarieerde informatie dienen op te leveren waarbij op een zeker moment verzadiging van informatie zal optreden. De vraag is hoe groot het aantal geïnterviewden dan moet zijn. Uit de onderzoeksliteratuur is bekend dat 12 tot 20 personen voldoende zijn. Kuzel (1992) stelde dat: 'although the rules are not hard and fast, experience had shown that 6-8 data sources or sampling units will often suffice for a homogenous sample, while 12-20 commonly are needed for disconfirming evidence or trying to achieve maximum variation'.

Besloten is dat de onderzoeksgroep uit 20 personen zal bestaan. Er zullen disciplinaire vertegenwoordigers van het multidisciplinaire team geïnterviewd worden. Het aantal 12 tot 20 personen is voldoende als grootte van de onderzoeksgroep om gevarieerde informatie te verkrijgen. Geïnterviewd gaan worden: 9 leefgroepwerkers, 3 leefgroepcoördinatoren, 2 beleidspsychiaters, 1 psycholoog, 2 ouder- en gezinsbegeleiders, 1 creatief therapeut, 1 bewegingstherapeut en 1 educatief therapeut (totaal 20 medewerkers). De tijd dat de medewerkers in dienst waren bij het voorbeeldinstituut varieert van 1 tot 12 jaar met een gemiddelde werkervaring in het voorbeeldinstituut van vier en een half jaar.

6.2.3 De interviewer en de geïnterviewden

Welke persoon interviewt hangt af van de eisen die gesteld worden aan de mate van bekend zijn met en ingevoerd zijn in het onderzoeksveld en de soort van informatie die verkregen gaat worden. Tevens is er de eis om de effecten van de interviewer op de geïnterviewden en omgekeerd zoveel mogelijk te controleren, dan wel te onderkennen. Het betreft hier de controle van de bias (Miles, Huberman, 1984; Guba, Lincoln, 1988).

In de onderzoeksliteratuur (Dijk, Teunissen, 1991) wordt ervoor gepleit dat de onderzoeker zelf interviewt om contacten te kunnen leggen met de geïnterviewden en om ingevoerd te raken in het onderzoeksveld. Een buitenstaander die minder bekend is met het onderzoeksveld heeft als nadeel dat er meer tijd nodig is om ingevoerd te raken.

Onderzoekster was, toen dit deelonderzoek opgezet werd, bijna drie jaar werkzaam in het voorbeeldinstituut en derhalve bekend met het onderzoeksveld en het onderwerp van onderzoek. Uitgaande van de zojuist genoemde redenering is besloten dat onderzoekster zelf zal interviewen.

Miles en Huberman (1984) bespraken dat er twee soorten bias kunnen optreden wanneer de onderzoeker zelf interviewt. Het betreft *bias a en bias b*. Bias a heeft betrekking op de effecten van de onderzoeker op het onderzoeksveld, bias b op de effecten van het onderzoeksveld op de onderzoeker. Miles en Huberman (1984) stelden dat deze effecten verregaande invloed kunnen uitoefenen op de analyse van de verkregen data. Deze twee soorten bias moeten derhalve gecontroleerd worden tijdens het onderzoek. Miles en Huberman (1984, 1994) rubriceerden de maatregelen uit de methodologische onderzoeksliteratuur ter controle van bias a en b.

Voor dit onderzoek is besloten *de volgende maatregelen*, conform Miles en Huberman (1984) te treffen:

- *maatregelen* die genomen zullen worden *ter controle van bias a* (effecten van de onderzoeker op het onderzoek) zijn:
 - dat de geïnterviewden het doel van het interview uitgelegd krijgen;
 - dat de geïnterviewden na afloop gevraagd wordt hoe ze het interview ervaren hebben (voorbeelden: 'Zijn er vragen achterwege gebleven', 'Zijn alle thema's over het onderwerp aan de orde geweest' en 'Is er voldoende tijd geweest om alles te kunnen vertellen over het onderwerp?');
- *maatregel* die genomen wordt *ter controle van bias b* (effecten van het onderzoeksveld op de onderzoeker) is:
 - dat een 'gemêleerde' samenstelling van de informanten zal plaatsvinden (hiermee wordt 'elite-bias' vermeden);
- *maatregelen* die genomen zullen worden *ter controle van zowel bias a en bias b* zijn:
 - dat er nagegaan zal worden welke invloed de positie van onderzoekster binnen het voorbeeldinstituut zou kunnen hebben op de geïnterviewden;
 - dat na ieder interview de indrukken van het interview opgeschreven worden (memo's);
 - dat alle interviews uitgeschreven worden;
 - dat tijdens de analyse van de interviewprotocollen de wisselwerking tussen de interviewer en geïnterviewden nagegaan wordt;
 - dat er sprake zal zijn van 'focused' interviews. Hierdoor heeft de interviewer een 'leidende invloed' op de geïnterviewden door het stellen van vragen. Daarnaast laat de interviewer zich 'leiden' door de geïnterviewden door het open karakter van het interview;
 - dat de resultaten van het onderzoek teruggekoppeld zullen worden naar het onderzoeksveld.

In hoofdstuk 8 zal het deelonderzoek geëvalueerd worden en zal besproken worden hoe aan deze voornemens tot controle van de bias voldaan is.

6.2.4 De analyse van de onderzoeksgegevens

Nadat de data verzameld zijn (interviews), is de volgende onderzoeksactiviteit de analyse van de interviews. In kwalitatief onderzoek kunnen verschillende analysemethoden gevolgd worden. De vraag is welke wijze van analyse gevolgd wordt.

In dit deelonderzoek zal de wijze van analyse afhangen van de vraagstelling van het onderzoek en van de theoretische uitgangspunten van het onderzoek. Hieronder zal de wijze van analyse van dit deelonderzoek beargumenteerd worden en zal aangegeven worden welke besluiten/maatregelen getroffen zijn. Besluiten en maatregelen betreffen achtereenvolgens de interviewprotocollen, het computerprogramma, het segmenteren van de interviewtekst en de bewerking van de segmenten van de interviewtekst, de terugkoppeling naar de geïnterviewden, de wijze van analyseren van de samenvattingen, de beschrijving van de resultaten, de terugkoppeling naar het onderzoeksveld en de interpretatie van de resultaten.

De interviewprotocollen

De vraag die zich voordoet is of hetgeen op de cassetteband is opgenomen integraal uitgetypt

dient te worden. In praktijkgericht onderzoek wordt gewoonlijk het gehele interview integraal uitgetypt. Een probleem is dat er veel interviewtekst verkregen wordt. De *redenen* om de gehele interviewtekst uit te typen zijn:

- dat er in dit deelonderzoek voor 'focused' interviews gekozen is. Hierbij wordt de geïnterviewde gestimuleerd open antwoorden te geven. Open antwoorden behoeven nadere analyse. De mogelijkheid zal er moeten zijn om de analyse herhaalde keren uit te voeren;
- dat er gemakkelijk een controle op de bias uitgeoefend kan worden tijdens de analyse van de interviewteksten;
- dat getypte teksten beter tegemoet komen aan de kwaliteitseis van openbaarheid;
- dat wanneer de geïnterviewden dit wensen, zij de gehele interviewtekst op schrift kunnen krijgen.

Op basis van genoemde redenen is besloten om de interviews integraal uit te typen.

Het computerprogramma

De vraag die zich vervolgens voordoet is of er gebruik gemaakt zal gaan worden van een computerprogramma om de interviewteksten te bewerken.

In kwalitatief onderzoek wordt gewoonlijk uitgegaan van de totale uitgetypte interviewtekst. Deze tekst zal bewerkt gaan worden. Doordat er veel interviewtekst bewerkt moet gaan worden en dit zeer tijdrovend is, zijn er computerprogramma's ontworpen (Miles, Huberman, 1994). In dit deelonderzoek moet besloten worden of een computerprogramma zinvol is voor de bewerking van de onderzoeksdata.

Ten tijde van de opzet van dit deelonderzoek is in Nederland het computerprogramma Kwalitan voor kwalitatief onderzoek ontworpen (Peters, 1989). Dit computerprogramma heeft als basis de methodologie van de gefundeerde theoriebenadering (Glaser, Strauss, 1967). Het programma is opgezet als ondersteuning van de kwalitatieve analyse volgens deze methode. In de handleiding van het programma worden de procedurestappen van deze methode uitvoerig beschreven.

In de hoofdstukken 1 en 2 is beargumenteerd waarom de gefundeerde theoriebenadering niet gevolgd zal worden. De gefundeerde theoriebenadering gaat uit van een zeer globaal theoretisch referentiekader dat richting geeft aan de analyse van de onderzoeksdata. In deze benadering worden in de onderzoeksdata begrippen, die verbonden worden tot een gefundeerde theorie, ontdekt. Dit onderzoek streeft deze benadering slechts gedeeltelijk na. In dit onderzoek is uitgegaan van een theoretisch referentiekader dat voor een deel richting geeft aan de analyse van de onderzoeksdata. Het programma Kwalitan kan in zijn oorspronkelijke doelstelling derhalve niet toegepast worden.

De toepassing van Kwalitan hoeft volgens de auteurs van de handleiding echter niet tot de werkwijze van de genoemde benadering beperkt te blijven. Kwalitan biedt de mogelijkheid om ongestructureerd materiaal op een zodanige wijze in een computerbestand op te slaan, dat een aantal veel voorkomende bewerkingen door de computer op een snellere, meer systematische en (dus) betrouwbare wijze uitgevoerd kan worden. Een andere benadering van het materiaal dan de gefundeerde methode is mogelijk: het betreft systematische opslag van het materiaal, het zoeken op trefwoorden, het maken van selecties in het materiaal en het aanbrenge van wijzigingen. Dit zijn activiteiten die binnen elke vorm van kwalitatieve analyse een rol spelen. Voor de analyse van de interviews van dit deelonderzoek zal Kwalitan derhalve behulpzaam kunnen zijn voor de systematische opslag van de interviews, het maken van selecties uit interviewgedeelten en het aanbrenge van wijzigingen.

Besloten is om het computerprogramma Kwalitan te gebruiken. Alle integraal uitgetypte interviews zijn in het computerprogramma Kwalitan ingevoerd.

Het segmenteren van de interviewtekst en de bewerking van de segmenten

De volgende vraag luidt op welke wijze de interviewteksten gesegmenteerd dienen te worden. Zoals reeds genoemd is er sprake van 'focused' interviews waarbij vier onderwerpen met behulp van een vragenlijst aan de orde komen. Er is geen sprake van een vaste volgorde in het stellen van de vragen.

De functie van de interviews is het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Dit kan mede plaatsvinden door de interviews zodanig te segmenteren dat er segmenten tekst verkregen wordt die corresponderen met de onderzoeksvragen. De interviewteksten kunnen derhalve geordend worden naar de vier interviewonderwerpen met bijbehorende vragen.

Besloten is dat de interviewteksten gesegmenteerd worden naar onderwerp en bijbehorende vragen. Aldus ontstaan er segmenten interviewtekst.

De segmenten interviewtekst dienen bewerkt te worden. De vraag is hoe de segmenten te bewerken. In navolging van Peters, Wester en Richardson (1989) is besloten dat de segmenten interviewtekst een codering krijgen. Codering houdt in dat het onderwerp en de bijbehorende vragen door één of twee woorden weergegeven zullen gaan worden. Bijvoorbeeld, de vraag 'welke rol had het behandelingsplan bij de rapportage' kan weergegeven worden door 'rol rapportage'. Bij deze codering behoort een deel van de interviewtekst. Dit stuk interviewtekst wordt een *scène* genoemd. Een scène is een gedeelte van een document, dat door de onderzoeker als eenheid van analyse wordt beschouwd. Aan de scènes kunnen trefwoorden toegekend worden. Deze trefwoorden kunnen als leidraad dienen om een scène samen te vatten.

Besloten is om samenvattingen van de scènes aan de hand van de daaraan toegekende trefwoorden te maken.

De terugkoppeling naar de geïnterviewden

Voor ieder interview is per hoofdvraag en subvragen een samenvatting gemaakt. Wanneer er samengevat wordt, zal er sprake zijn van reductie van de interviewgegevens. Het gevaar hierbij is dat de geïnterviewden zich niet in de samenvatting herkennen. Besloten is om de samenvattingen in de 'jij-vorm' te schrijven zodat herkenning door de geïnterviewden gewaarborgd zou zijn. Voorbeelden van de 'Jij-vorm' zijn de zinsneden: 'Je eerste indruk is geweest...', 'Je dacht...', 'Je vond...'

Besloten moet worden of de samenvattingen besproken zullen worden met de geïnterviewden of dat ze schriftelijk commentaar kunnen leveren op de samenvattingen. Besloten is om eerst schriftelijk commentaar te vragen. Indien er veel aanvullingen en commentaar zouden komen, zou het alsnog mogelijk zijn er een gesprek over aan te gaan.

De wijze van analyseren van de samenvattingen

De volgende vraag betreft de wijze waarop de samenvattingen geanalyseerd dienen te worden. De wijze van analyseren van de samenvattingen moet worden bepaald. In tegenstelling tot het eerste deelonderzoek biedt het theoretisch raamwerk in deze analysefase geen richting aan de wijze van analyseren. Nieuwe analysecategorieën dienen vastgesteld te worden. Deze categorieën worden afgeleid uit de verkregen onderzoeksdata (interviews).

Ten behoeve van de weergave van de uitkomsten van dit deelonderzoek in hoofdstuk 7, worden hier de *categorieën* reeds genoemd. Uit de interviewteksten konden drie soorten opvattingen gedistilleerd worden die verband hielden met het hoofddoel van behandelingsplanning: bewerkstelligen van uniformiteit in denken, voelen en handelen. De drie soorten opvattingen zijn:

- cognitief gerichte opvattingen;
- handelingsgerichte opvattingen;
- emotioneel gerichte opvattingen.

In de interviews zijn kritische opmerkingen in negatieve zin naar voren gekomen. Besloten is om aan de drie soorten opvattingen toe te voegen:

- negatieve opvattingen.

Deze vier soorten opvattingen, beschouwd als categorieën, zullen mede als leidraad dienen om de samenvattingen van de twintig medewerkers te analyseren. De tekst zal, waar mogelijk, geordend worden naar cognitief -, handelings-, emotioneel gerichte en negatieve opvattingen over behandelingsplanning en behandelingsplandocument.

Er zal een frequentietabel gemaakt worden waarin vermeld staat hoe vaak de soorten opvattingen naar voren komen. Nagegaan zal worden welke de inhoud is van de soorten opvattingen. Er zal derhalve, daar waar mogelijk is, 'geteld' worden. Tellen is niet tegenstrijdig met de doelstellingen van praktijkgericht onderzoek. Een indruk kan verkregen worden over hoe vaak de opvattingen voorkomen en bij welke geïnterviewden. De frequenties in de tabel zullen als absolute aantallen opgevat worden en niet opgevat worden als aantallen op basis waarvan generaliserende uitspraken gedaan worden over grote groepen.

De beschrijving van de resultaten

De vraag ligt voor hoe de resultaten weer te geven. Besloten is om de resultaten naar de onderzoeksvragen te ordenen. Achtereenvolgens worden in de beschrijving de antwoorden op de onderzoeksvragen aan de orde gesteld.

De terugkoppeling naar het onderzoeksveld

De laatste vraag is of de resultaten teruggekoppeld moeten worden naar het onderzoeksveld. Miles en Huberman (1984) en Guba en Lincoln (1988) pleitten er voor om de resultaten van onderzoek te bespreken met de geïnterviewden. De reden ertoe is dat er opnieuw een reductie heeft plaatsgevonden. Aan de medewerkers van het voorbeeldinstituut (het onderzoeksveld) kan gevraagd worden of ze de resultaten herkennen. Besloten is om een bijeenkomst met de geïnterviewden te beleggen zodat de uitkomsten besproken kunnen worden.

De interpretatie van de resultaten

De resultaten zullen geïnterpreteerd en gewogen moeten worden in het licht van het werkmodel dat in het eerste deelonderzoek geformuleerd is. Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen het beschreven werkmodel en het in de praktijk gebruikte werkmodel? Welke aanpassingen behoeft het beschreven werkmodel?

In hoofdstuk 7 zullen de interpretaties aan de orde komen.

6.3 Samenvatting

De vraagstelling alsmede de onderzoeksvragen van dit deelonderzoek zijn geformuleerd. De onderzoeksvragen betreffen de opvattingen van de medewerkers over een deel van het werkmodel van het voorbeeldinstituut: behandelingsplanning en het behandelingsplandocument.

Er zijn argumenten aangevoerd waarom er sprake is van 'focused' interviews. Tevens zijn er argumenten naar voren gebracht waarom voor een heterogene onderzoeksgroep bestaande uit 20 personen wordt gekozen. Vervolgens is beargumenteerd waarom onderzoekster zelf zal interviewen. Aangegeven is welke maatregelen er getroffen worden voor de controle van bias. Beargumenteerd is welke stappen er achtereenvolgens genomen worden in de analyse van de interviewprotocollen. Doordat er gebruik gemaakt wordt van 'focused' interviews is het mogelijk de interviewteksten te ordenen naar de vier onderzoeksvragen (interviewonderwerpen) met bijbehorende subvragen. Er zal per geïnterviewde een samenvatting gemaakt worden van de vier onderzoeksonderwerpen per scène in de 'jij-vorm'. Deze samenvattingen zullen opnieuw bewerkt worden. De resultaten van deze bewerking zullen weergegeven worden in een verslag en naar de medewerkers van het voorbeeldinstituut gestuurd worden.

Na deze bespreking van de opzet en procedures zullen de uitkomsten van het onderzoek naar een deel van het werkmodel van het voorbeeldinstituut in hoofdstuk 7 gepresenteerd worden.

UITKOMSTEN: HET GEBRUIK VAN EEN DEEL VAN HET WERKMODEL IN DE PRAKTIJK

~

In hoofdstuk 6 zijn de opzet en procedures van het tweede deelonderzoek aan de orde gekomen.

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van het onderzoek naar het gebruik van een deel van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep in het voorbeeldinstituut uitgewerkt (7.1). Eerst zullen de eerste vier van de vijf in hoofdstuk 6 geformuleerde onderzoeksvragen beantwoord worden. De onderzoeksvragen betreffen:

- het multidisciplinair opstellen van het behandelingsplan (7.1.1);
- het circulaire proces van behandelingsplanning (7.1.2);
- het behandelingsplandocument (7.1.3);
- het werken met het behandelingsplan in de praktijk (7.1.4).

Vervolgens zullen de samenvattingen van en de conclusies over de onderzoeksvragen op een rij gezet worden (7.2).

Na de beantwoording van de onderzoeksvragen is het mogelijk om het werkmodel zoals beschreven te vergelijken met de opvattingen van de medewerkers. Tevens zullen de consequenties van de vergelijking voor de categorieën van het werkmodel aan de orde komen (7.3).

De beantwoording van de laatste onderzoeksvraag zal tenslotte aan bod komen:

- welke zijn de consequenties van de uitkomsten van het onderzoek voor het schema (7.4).

7.1 De uitkomsten

De wijze van beantwoording van iedere onderzoeksvraag is als volgt: de onderzoeksvraag zal eerst toegelicht worden, daarna zullen de reacties weergegeven worden en tenslotte zal er een samenvatting van en conclusie met betrekking tot de beantwoording van de onderzoeksvraag gegeven worden.

7.1.1 Multidisciplinair opstellen van het behandelingsplan (eerste onderzoeksvraag)

Toelichting

Het behandelingsplan wordt door de beleidspsychiater, de leefgroepcoördinator en de orthopedagoog opgesteld. Dit gebeurt aan de hand van een voorgestructureerd behandelingsplandocument. Wanneer het plan klaar is wordt het uitgetypt en krijgen de verschillende disciplines het plan om te lezen. Daarna wordt het deel 'doelstellingen' door de disciplines geschreven.

Nagegaan is of de medewerkers het er *wel of niet mee eens* zijn dat het plan door de beleidspsychiater, de leefgroepcoördinator en de orthopedagoog opgesteld wordt en hoe de medewerkers dit ervaren. Vervolgens is de behoefte aan *participatie* nagegaan en tenslotte de *voorstellen tot verbetering*.

Reacties

Eens/oneens

Veel van de ondervraagden (15) zijn het er mee eens dat het plan door de beleidspsychiater, de leefgroepcoördinator en de orthopedagoog wordt opgesteld. Degenen die het er mee eens zijn, zijn overwegend leefgroepwerkers, de andere geïnterviewden zijn het er niet mee eens. Bij één leefgroepwerker werd er een berusting geconstateerd (de organisatie is nu eenmaal zo).

De geïnterviewde leefgroepwerkers noemen als redenen waarom ze het *er mee eens* zijn:

- dat de professionele, de theoretische en de praktische kanten van planning worden ver- tegenwoordigd;
- dat er voldoende afstand gegarandeerd is waardoor het werk van leefgroepwerkers samengevoegd kan worden (hoewel het een aanvulling zou kunnen betekenen wanneer ook een leefgroepwerker bij het opstellen betrokken zou worden);
- dat er een inhoudelijk goed behandelingsplan tot stand komt;
- dat er met een grote groep niet te plannen valt en overleg achteraf wenselijk is;
- dat het plan door deskundigen opgesteld wordt;
- dat het niet alleen door lijnfunctionarissen opgesteld moet worden.

De andere geïnterviewden noemen als *redenen* waarom ze *er niet mee eens* zijn:

- dat het eigen aandeel niet meeegenomen wordt in het plan;
- dat de samenstelling van het overleg geen garantie geeft tot een samenhangend, geïntegreerd plan;
- dat de nadruk te veel komt te liggen op de behandeling in de leefgroep en het minder een multidisciplinair karakter krijgt doordat er een leefgroepcoördinator bij aanwezig is en niet de andere behandelingsdisciplines;
- dat de leden niet in staat zijn om de consequenties voor therapie aan te geven.

Participatie

Ook al wordt er ingestemd, toch is er behoefte aan participatie. Een grote groep (13) wenst dit. Dit om een bijdrage te leveren aan het plan en om directer geïnformeerd te raken. Er is hierin geen onderscheid tussen leefgroepwerkers en stafleden.

Er worden de volgende voorstellen gedaan:

- zelf meedoen;
- vooraf bespreken;
- achteraf bespreken;
- rouleersysteem.

De helft van de leefgroepwerkers wenst zelf mee te doen. Een dilemma is evenwel dat de groep te groot kan worden. Een plan kan niet tezamen met een heel team van leefgroepwerkers of met een volledig multidisciplinair team opgesteld worden.

Voorstellen tot verbetering

De volgende voorstellen ter verbetering worden gedaan:

- op het multidisciplinair ‘kind-en-gezin’ gericht stafoverleg discussiëren over het plan;
- de samenstelling van de leden van het behandelingsplanoverleg veranderen;
- behandelingsplanning en behandelingsplan beter laten aansluiten in de circuits van overleg en verslaglegging;
- zelf meningen kunnen invoegen en vaker op de hoogte gesteld worden;
- het behandelingsplandocument abstracter maken, waardoor doorvertalen naar de eigen behandelingsdiscipline mogelijk wordt;
- het plan meer integreren als begeleidingsinstrument;
- een goed terugkoppelingssysteem opzetten.

Samenvatting van en conclusie over de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag

Gesteld kan worden dat de leefgroepwerkers het er overwegend mee eens zijn dat het plan opgesteld wordt in de triade beleidspsychiater, leefgroepcoördinator en orthopedagoog. De niet-leefgroepwerkers zijn het er overwegend niet mee eens. De leefgroepwerkers stellen dat er voldoende kennis en afstand gegarandeerd is door deze manier van behandelingsplannen maken. De niet-leefgroepwerkers zijn van mening dat de wijze van opstellen van behandelingsplannen met zich meebrengt dat het aandeel van hun behandelingsdiscipline onvoldoende meegenomen wordt in de formulering van het behandelingsplan en dat hierdoor onvoldoende samenhang in het ingevulde behandelingsplandocument gegarandeerd wordt. Bij het merendeel van de geïnterviewden is er de behoefte aan meer participatie in het behandelingsplanoverleg en bij het opstellen van het behandelingsplan.

Tot zover de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag. Overgegaan kan worden tot de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag.

7.1.2 Het circulaire proces van behandelingsplanning (tweede onderzoeksvraag)

Toelichting

De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op de opvattingen van de medewerkers over het circulaire proces van behandelingsplanning. Zoals in paragraaf 3.1.3 beschreven is, zijn de behandelingsplanning en het behandelingsplan een onderdeel van de circuits van overleg en verslaglegging. Dit betekent dat informatie uit ander overleg en verslaglegging een logische aansluiting zal hebben op het behandelingsplan. Datgene wat in andere delen van de circuits ingebracht wordt, zal ook in het behandelingsplanoverleg en -plan verwerkt moeten worden. Vanuit de andere delen van het circuit van overleg zullen de verschillende disciplines inbreng in het behandelingsplanoverleg en -plan moeten ervaren. Tevens moeten ze delen van het behandelingsplan gebruiken.

In de hoofdstukken 3 en 4 werd aan de orde gesteld dat er inconsistenties te constateren zijn in de circuits van overleg en verslaglegging. De delen (de vormen van overleg en verslaglegging) lijken niet logisch uit elkaar voort en in elkaar over te vloeien.

Nagegaan is welke *de (in)directe inbreng* van de verschillende disciplines is en welke *rol* het plan speelt in *overlegsituaties* en in de *verslaglegging* van de verschillende disciplines.

Reacties

Inbreng van de disciplines

Behalve de opstellers van het plan (beleidspsychiater, leefgroepcoördinator en orthopedagoog) zeggen alle geïnterviewden (behalve één leefgroepwerker van de daggroep) geen directe of heel weinig inbreng te hebben. Voor therapeuten, leerkrachten en ouder- en gezinsbegeleiders geldt dat ze het laatste deel van het plan schrijven (doelstellingen). Dit is een directe inbreng. Het wordt door henzelf en anderen niet erg gewaardeerd. Het wordt uit de losse pols gedaan of clichématig of niet erg uitgebreid.

Er wordt wel indirecte inbreng ervaren. Indirecte inbreng wordt opgevat als op de een of andere manier een bijdrage leveren aan de inhoud van het behandelingsplan.

Ongeveer de helft (9) zegt indirecte inbreng te hebben via stafvergaderingen en stafverslagen. Inbreng is er via anderen die het handelen van de leefgroepwerkers met de kinderen geobserveerd hebben (bijvoorbeeld door leefgroepcoördinatoren); via werkbegeleiding en via achteraf het plan bespreken en in de kantlijn kritiek leveren.

Twee stafleden en een leefgroepwerker zeggen geen enkele indirecte inbreng te hebben. Acht leefgroepwerkers en een stafflid zeggen wel inbreng te hebben, terwijl er twee leefgroepwerkers en drie stafleden ambivalent antwoorden. Met name de leefgroepwerkers zeggen indirecte inbreng te hebben.

Opvallend is dat door diverse geïnterviewden opgemerkt wordt dat zij meer indirecte inbreng hebben dan ze primair dachten.

Rol van het behandelingsplan in overlegsituaties

Tien medewerkers zeggen dat het behandelingsplan nooit of weinig een rol heeft gespeeld in overlegsituaties (5 leefgroepwerkers en 5 stafleden). Zes medewerkers (4 leefgroepwerkers en 2 stafleden) zeggen dat het plan in werkbegeleiding, op staven en in supervisie-overleg aan de orde komt. Aan de ene kant kan dit onbewust, impliciet en zijdelings gebeuren, aan de andere kant bewust (bijvoorbeeld als referentiekader in werkbegeleiding of voor het bepalen van de doelstellingen in supervisieoverleg).

Rol van het behandelingsplan in verslaglegging

Voor het merendeel van de geïnterviewden geldt dat het behandelingsplan geen rol speelt in het maken van verslagen. Vijf medewerkers geven aan dat het plan gebruikt wordt bij het maken van verslagen. Dit geldt voor:

- mondelinge rapportage;
- dagrapportage;
- jaarevaluaties;
- externe rapportage.

De rol die het plan speelt in rapportage is de volgende:

- de probleemomschrijving van het plan wordt overgenomen voor de jaarevaluaties;
- het plan wordt gebruikt als referentiekader om verslagen (dagobservaties, stafverslag) te schrijven;
- het plan zit 'in het achterhoofd' wanneer er geschreven wordt.

Bovenstaande maakt duidelijk dat het behandelingsplan een beperkte rol speelt bij het maken van verslagen. Er is niet een vanzelfsprekende aansluiting op andere rapportages.

Introductie

Uit de beantwoording blijkt dat het behandelingsplan nadat het gereed is gekomen niet inhoudelijk geïntroduceerd of toegelicht wordt. In de dag- en nachtgroepen wordt gezegd dat de plannen klaar zijn of ze worden in een weekmap ter lezing gedaan. In de daggroep wordt het plan tussendoor besproken en hoeft achteraf niet geïntroduceerd te worden. Voor de andere disciplines geldt dat het plan op leesronde gaat en daartoe in de postlaatjes van de betreffende personen gestopt wordt.

Samenvatting van en conclusie over de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag

De reacties wijzen uit dat het behandelingsplan een beperkte en impliciete aansluiting heeft op de andere vormen van overleg en de bijbehorende verslaglegging. De geïnterviewden ervaren dat ze vooral op een indirecte wijze inbreng hebben in het opstellen van het behandelingsplan. Het behandelingsplan wordt slechts gedeeltelijk of niet in ander overleg en bijbehorende verslaglegging zichtbaar gemaakt. Slechts een aantal delen van het behandelingsplan kan voor andere overlegsituaties en rapportages dienen. Het gehele plan of delen eruit kunnen als kader dienen in begeleidingsoverleg (werkbegeleiding, supervisie) en in multidisciplinair ‘kind-en-gezin’ gericht overleg.

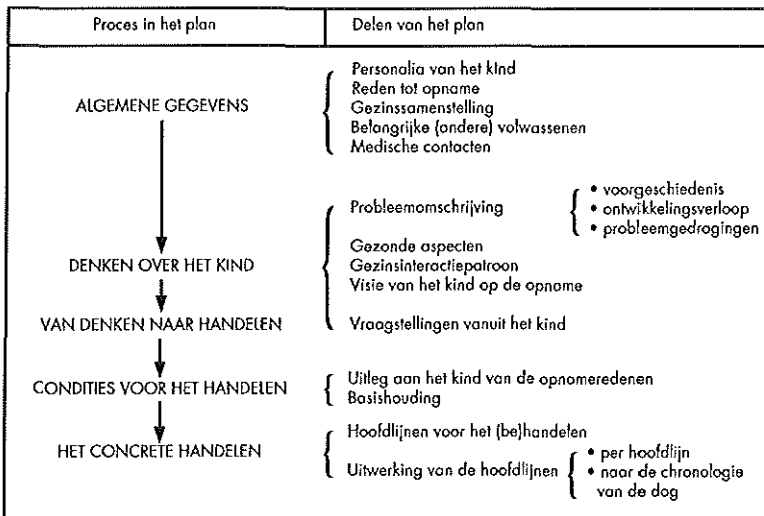
Tot zover de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag. Overgegaan kan worden op de beantwoording van de derde onderzoeksvraag.

7.1.3 Het behandelingsplandocument (derde onderzoeksvraag)

Toelichting

De derde onderzoeksvraag heeft betrekking op opvattingen van de medewerkers over het proces in en de delen van het behandelingsplandocument. In de eerste figuur wordt nogmaals het proces in en de delen van het behandelingsplandocument weergegeven.

FIGUUR 7.1: HET PROCES IN EN DE DELEN VAN HET BEHANDELINGSPLANDOCUMENT



Het *proces* bestaat uit 'algemene gegevens', 'denken over het kind', 'van denken naar handelen', 'condities voor het handelen' en 'het concrete handelen'.

De *delen* van het behandelingsplandocument corresponderen met het proces in het plan.

De delen probleemomschrijving, gezonde aspecten, gezinsinteractiepatroon en visie van het kind op de opname corresponderen met 'denken over het kind'.

Het deel 'vraagstellingen vanuit het kind' correspondeert met 'van denken naar handelen'.

De delen 'uitleg aan het kind van de opnameredenen' en 'basishouding' corresponderen met 'condities voor het handelen'.

De delen 'hoofddlijnen voor het (be)handelen' en de uitwerking van de hoofddlijnen corresponderen met 'het concrete handelen'.

Voor ieder deel van het behandelingsplandocument is er een subdoel geformuleerd (De Boer, Gunning, Verheij, 1987; Verheij, 1989a). Voor de omschrijving van de subdoelen wordt verwezen naar bijlage III.

Nagegaan is welke opvattingen de geïnterviewden hebben over het proces in en de delen van het behandelingsplandocument. De opvattingen betreffen cognitief gerichte, emotioneel gerichte, handelingsgerichte en negatieve opvattingen. Nagegaan is hoe vaak deze opvattingen naar voren zijn gekomen. In de tabel wordt de frequentie van de opvattingen aangegeven. Door de verdeling van de opvattingen te beschouwen, is het mogelijk uitspraken te doen over de opvattingen van de geïnterviewden over het proces in het behandelingsplandocument.

Daarnaast is nagegaan welke de inhoud is van de opvattingen van de geïnterviewden per deel van het behandelingsplandocument. Door de inhoud van de opvattingen per deel te vergelijken met de omschrijving van de subdoelen per deel, wordt het mogelijk om uitspraken te doen of de subdoelen van de delen van behandelingsplandocument in de ogen van de geïnterviewden gerealiseerd worden.

Reacties

Opvattingen over het proces in het behandelingsplandocument

De opvattingen van de geïnterviewden zijn verdeeld in cognitief gerichte, handelingsgerichte, emotioneel gerichte en negatieve opvattingen. De frequentietabel toont de verdeling van deze opvattingen.

TABEL 1. FREQUENTIE-TABEL VAN DE OPVATTINGEN OVER DE DELEN VAN HET BEHANDELINGSPLAN-DOCUMENT

Proces in het plan	Delen van het plan	Cognitief gerichte opvattingen	Emotioneel gerichte opvattingen	Handelingsgerichte opvattingen	Negatieve opvattingen
Denken over het kind	* Probleemomschrijving	18	0	3	0
	* Gezonde aspecten	6	5	4	--
	* Gezinsinteractiepatroon	15	1	3	6
	<i>totaal</i>	<i>39</i>	<i>6</i>	<i>10</i>	<i>6</i>
Van denken naar handelen	* Vraagstellingen vanuit het kind	12	6	2	3
	<i>totaal</i>	<i>12</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Conditie voor het handelen	* Visie van het kind op en uitleg aan het kind van de reden van opname	14	--	11	--
	* Basishouding	2	--	9	2
	<i>totaal</i>	<i>16</i>	<i>0</i>	<i>20</i>	<i>2</i>
Het concrete handelen	* Hoofddlijnen voor het (be)handelen	5	0	5	15
	Uitwerking van de hoofddlijnen				
	* per hoofddlijn	1		5	11
	* naar de chronologie van de dag	5		3	12
	* Doelstellingen per discipline	10		3	12
	<i>totaal</i>	<i>21</i>	<i>0</i>	<i>16</i>	<i>50</i>
	<i>totaal</i>	<i>88</i>	<i>12</i>	<i>48</i>	<i>61</i>

De frequentietabel laat zien dat er nagenoeg twee keer zoveel cognitief gerichte opvattingen (88) als handelingsgerichte opvattingen (48) verwoord zijn. In totaal wordt 61 keer een negatieve opvatting genoemd. Belangrijk is om naar de verdeling van de opvattingen over de verschillende delen van het document te kijken om een uitspraak te kunnen doen over het proces in het plan. Het deel 'denken over het kind' wordt gekenmerkt door een oververtegenwoordiging van de cognitieve opvattingen. Dit geldt ook voor het deel 'vraagstellingen vanuit het kind'. Na dit deel komen delen die als 'handelingsdelen' opgevat kunnen worden. De frequentietabel laat zien dat er ten opzichte van de voorgaande delen een toename is van de handelingsgerichte opvattingen en een afname van cognitief gerichte opvattingen. Dit geldt ook voor de emotioneel gerichte opvattingen. In het eerste deel komen deze opvattingen naar voren, in het tweede deel niet. Opmerkelijk is de hoeveelheid negatieve opvattingen over het tweede deel.

Opvattingen over de delen van het behandelingsplandocument

In het navolgende zullen de opvattingen van de geïnterviewden over de delen van het behandelingsplandocument samenvattend worden weergegeven. Vanwege de omvangrijkheid van de tekst is ervoor gekozen de omschrijving van de subdoelen van de delen van het behandelingsplandocument, de omschrijving van de inhoud en de vergelijking hiertussen in een bijlage op te nemen (zie bijlage III).

Ten aanzien van het deel 'probleemomschrijving': de cognitief gerichte opvattingen overstijgen in aantal de handelingsgerichte opvattingen. Er worden geen emotioneel gerichte opvattingen genoemd. In de opvattingen van de medewerkers komt de vertaalfunctie van dit deel (subdoel) tot uiting: de problemen worden op een rij gezet. Dit deel bewerkstelligt echter meer: er wordt meer inzicht en begrip verkregen en er wordt anders naar de kinderen gekeken. Tevens kan het als evaluatiemoment van de problemen opgevat worden. In een enkel geval dient dit deel de sturing van handelingsactiviteiten.

Ten aanzien van het deel 'gezonde delen': ongeveer even vaak worden zowel cognitief-, emotioneel- als handelingsgerichte opvattingen genoemd. Het subdoel wordt gerealiseerd, maar dit deel doet meer dan het subdoel aangeeft. Het genereert niet alleen cognitief gerichte opvattingen in die zin dat 'alles mis' is met het kind, maar het genereert ook emotioneel gerichte opvattingen dat het een sympathiek gedeelte is, alsmede dat het als een schrijnend gegeven ervaren wordt. Tevens genereert het opvattingen over handelingen, zoals het steunen van de ouders, het aanspreken van het kind in zijn goede stukken en wordt er gauw aan dit deel voorbijgegaan.

Opmerkelijk aan dit deel is dat emotioneel gerichte opvattingen ruimer vertegenwoordigd zijn dan in de eerste twee delen.

Ten aanzien van het deel 'gezinsinteractiepatronen': dit deel van het behandelingsplan genereert hoofdzakelijk cognitief gerichte opvattingen en nauwelijks handelingsopvattingen. Het subdoel wordt gerealiseerd gezien het feit dat dit onderdeel met name cognitief gerichte uitspraken genereert en het subdoel 'stilstaan bij' ook als een cognitief gerichte opvatting beschouwd kan worden.

Ten aanzien van het deel 'vraagstelling vanuit het kind': dit deel genereert vooral cognitief gerichte opvattingen, daarnaast emotioneel gerichte opvattingen en in beperkte mate handelingsgerichte opvattingen. Dit deel genereert eveneens in beperkte mate negatieve opvattingen.

De vraag is of het subdoel gerealiseerd wordt. Deze vraag kan pas beantwoord worden

wanneer over de volgende delen meer handelingsgerichte opvattingen en minder emotioneel gerichte opvattingen naar voren gebracht worden. In het navolgende zal blijken dat de handelingsgerichte opvattingen toenemen en de emotioneel gerichte opvattingen verdwijnen. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat het subdoel gerealiseerd wordt.

Ten aanzien van het deel 'visie van het kind op de opname': ongeveer evenveel geïnterviewden noemen cognitief- als handelingsgerichte opvattingen. Vooruitlopend op de opvattingen over het deel basishouding waarbij een gedeelte attitude nagestreefd wordt, kan vastgesteld worden dat ook deze opvattingen een gedeelte attitude weerspiegelen.

Ten aanzien van het deel 'basishouding': dit deel bewerkstelligt meer handelingsgerichte dan cognitief gerichte opvattingen. De inhoud van het subdoel en de opvattingen hebben de overeenkomst dat er een gedeelte attitude nagestreefd wordt. Het subdoel wordt gerealiseerd.

Ten aanzien van het deel 'hoofdlijnen voor de behandeling': dit deel genereert meer negatieve opvattingen dan cognitief- en handelingsgerichte opvattingen tezamen. Dit is opmerkelijk omdat juist dit deel handelingsgerichte uitspraken zou moeten opleveren. Er is veel onvrede over dit deel.

Ten aanzien van het deel 'leefgroep': dit deel levert een aantal handelingsgerichte uitspraken op, dat echter overtroffen wordt door het aantal negatieve opvattingen.

Ten aanzien van het deel 'chronologie': dit deel genereert een aantal cognitief- en handelingsgerichte uitspraken, waarbij het overtroffen wordt door het aantal negatief gerichte opmerkingen.

Ten aanzien van het deel 'doelstellingen': dit deel levert meer cognitief gerichte uitspraken en minder handelingsgerichte uitspraken op. Het wekt de interesse en nieuwsgierigheid van de medewerkers. Het levert evenwel ook een fors aantal negatieve antwoorden op.

Samenvatting van en conclusie over de beantwoording van de derde onderzoeksvraag

Uit het voorgaande kan afgeleid worden dat het proces in het behandelingsplan in de reacties van de geïnterviewden teruggevonden kan worden. Daarnaast worden de subdoelen van de delen van het plan in de opvattingen van de geïnterviewden daadwerkelijk gerealiseerd. Opvallend is het grote aantal negatieve opvattingen over de delen van het plan, met name over het tweede deel.

Tot zover de beantwoording van de derde onderzoeksvraag. Overgegaan kan worden op de beantwoording van de vierde onderzoeksvraag.

7.1.4 Het werken met het behandelingsplan (vierde onderzoeksvraag)

Toelichting

De vierde onderzoeksvraag heeft betrekking op de opvattingen van de medewerkers van het voorbeeldinstituut over het werken met het behandelingsplan in de praktijk.

Nagegaan is of de medewerkers de doelen en de subdoelen van het plan kennen. Tevens is nagegaan of de behandelingsplandocumenten gelezen worden nadat ze klaar gekomen en op 'leesronde' gestuurd zijn. Daarnaast is nagegaan of er onduidelijkheden in het behandelingsplandocument gevonden worden. Tevens is nagegaan of de behandelingsplandocumenten onderling besproken worden. Gevraagd is welke functie het behandelingsplandocument voor het werk heeft. Ook is nagegaan of er behandelingsplanning in ander overleg plaatsvindt. Tenslotte is gevraagd welke wensen er zijn omtrent het behandelingsplandocument.

Reacties

Het kennen van de doelen van het behandelingsplan

Het *formele doel* van het behandelingsplan wordt omschreven als: 'met het behandelingsplan wordt getracht uniformiteit te scheppen in het denken en handelen van de medewerkers met betrekking tot verzorgen, opvoeden en behandelen van ieder individueel kind' (Verheij, 1989d).

De diverse delen van het behandelingsplandocument bevatten de subdoelen van het plan. Deze subdoelen zijn in bijlage III omschreven.

Vrijwel alle geïnterviewden (19) kennen het formele doel niet. Wanneer de interviewer het formele doel kenbaar maakt, wordt dit herkend. Acht geïnterviewden menen dat het formele doel in de praktijk niet wordt bereikt. *Redenen* daarvoor zijn:

- dat tijdens het werk weinig ruimte is om over de plannen te praten waardoor er geen uniformiteit tot stand kan komen;
- dat in andere vormen van overleg en met name in stafoverleg er meer uniformiteit tot stand komt;
- dat er geen uniformiteit kan ontstaan doordat er in de behandelingsplandocumenten geen samenhang in de diverse behandelingsvormen te ontdekken valt.

Alle geïnterviewden hebben *informele doelen* geformuleerd. De informele doelen zijn te onderscheiden naar cognitief gerichte, handelingsgerichte en een combinatie van cognitief- en handelingsgerichte doelen. Er worden 14 keer cognitief gerichte doelen, 11 keer handelingsgerichte doelen en 8 keer een combinatie van cognitief- en handelingsgerichte doelen genoemd. De leefgroepwerkers noemen vaker een cognitief gericht en minder vaak een handelingsgericht doel, terwijl bij de niet-leefgroepwerkers vaker een gelijke verdeling tussen cognitief- en handelingsgerichte doelen is aan te treffen. Over het algemeen worden de informele doelen van het behandelingsplan dus ongeveer evenveel cognitief- als handelingsgericht opgevat.

De inhoud van de *cognitief gerichte doelen* is dat:

- er informatie verkregen wordt;
- ordening van gegevens mogelijk is;
- geëvalueerd kan worden.

De inhoud van de *handelingsgerichte doelen* is dat:

- het plan het werk kan ondersteunen;
- het plan handelingsaanwijzingen bevat;
- het plan een rol speelt in de begeleiding.

Het lezen van het behandelingsplan

Bijna alle geïnterviewden (19) lezen het plan minimaal een keer nadat het voltooid is. De leefgroepwerkers lezen het plan zodra, of enige tijd nadat, het plan gereed is gekomen. Ze worden er op de één of andere manier op geattendeerd dat het plan klaar is. Er is voor de leefgroepwerkers geen verplichting om de plannen te lezen. Opmerkelijk is dat er tussen teams van leefgroepwerkers verschillen te constateren zijn in de vrijblijvendheid van het lezen. Wanneer het plan in een weekmap terecht komt en verder niet besproken wordt, is er meer vrijblijvendheid om het plan te lezen dan wanneer de plannen op een ingeroosterd moment besproken wordt. In het laatste geval is er meer verplichting tot lezen van het document.

Een factor die bij het wel of niet lezen van de plannen meespeelt, is de positie van de discipline in de circuits van overleg en verslaglegging. Wanneer een discipline het behandelingsplan niet aangereikt krijgt, wordt het plan slechts gelezen als er een doelstelling voor de eigen behandelingsdiscipline geschreven moet worden. Tevens wordt het slechts gelezen wanneer delen van het behandelingsplan met begeleiders besproken moeten worden.

Herlezen van de plannen gebeurt in de daggroep (om de twee maanden) en als er een verslag voor de jaarevaluatie geschreven moet worden. Er bestaat een duidelijke wens om de plannen vaker te lezen, maar door gebrek aan tijd wordt er niet aan toegekomen.

Aangezien het gehele plan minimaal een keer door iedere discipline wordt gelezen, is het de vraag of er *gedeelten van het plan* zijn die vaak, minder vaak of nooit gelezen worden actueel.

Het *eerste deel* van het plan (dat handelt over het denken over het kind) wordt het meest gelezen.

De *redenen* die daartoe genoemd worden, zijn:

- dat dit deel het interessantst is;
- dat met dit deel meer begrip voor het kind verkregen wordt;
- dat dit deel aandachtiger gelezen wordt dan een later gedeelte;
- dat in het eerste gedeelte een aanzienlijke hoeveelheid informatie staat;
- dat het gedeelte vraagstelling vanuit het kind het meest duidelijk is en tevens handvatten geeft over hoe te handelen.

Het *tweede deel* van het plan (het handelingsgedeelte vanaf het onderdeel behandelingsfilosofie) wordt beduidend minder gelezen. Een uitzondering zijn de leefgroepwerkers van de dagleefgroep die het tweede gedeelte voor het dagelijkse handelen met het kind gebruiken. De *redenen* die opgegeven worden om het tweede gedeelte niet te lezen zijn:

- dat het niet goed onthouden kan worden;
- dat het een herhaling is van het eerste gedeelte;
- dat het niet de eigen discipline geldt.

De ondervonden (on)duidelijkheden van het behandelingsplan

De geïnterviewden spreken meer over wat duidelijk is dan wat er onduidelijk aan het plan is. Verder valt op dat als er over duidelijkheid gesproken wordt, dit niet alleen cognitieve duidelijkheid betreft, maar dat ook emotionele waardering uitgesproken wordt (bijvoorbeeld 'Dat is een prettig gedeelte').

Het meest duidelijke deel van het plan is het gedeelte tot en met de vraagstelling van het kind. Dit deel is het eerste deel van het plan: 'het denken over het kind'. Binnen het eerste deel is vervolgens het deel 'vraagstelling vanuit het kind' het meest duidelijk. Daarbij moet opgemerkt worden dat dit deel tegelijkertijd onduidelijkheden oplevert ('Het is raar om in de woorden van het kind te spreken'). Het aantal duidelijkheidsuitspraken overtreft echter het aantal onduidelijkheidsuitspraken wat betreft dit deel bij de ondervraagden.

Het bespreken van het behandelingsplan

Tussen de *disciplines* wordt er *spontaan* weinig of niet over de plannen gesproken. De *redenen* hiervoor zijn:

- dat het plan geen praatfunctie heeft;
- dat er niet gesproken wordt over wat er reeds aan kennis aanwezig is;

- dat het behandelingsplan een verslaglegging achteraf is van gegevens die al in diverse vormen van overleg aan de orde zijn geweest;
- dat er voornamelijk tussen de verschillende disciplines gesproken wordt binnen de formele vormen van overleg.

Binnen *twee teams van leefgroepwerkers* is het behandelingsplan een tijdlang *structureel* besproken. Het kan zijn dat het plan eerst gelezen wordt door de leefgroepwerkers en daarna besproken. Het kan ook zijn dat het plan tijdens de bijeenkomst besproken wordt. De eerste methode voldoet beter dan de laatste omdat de laatste te tijdrovend is. Aan bod komen onderwerpen als: 'Is er iemand iets opgevallen' of 'Zijn er dingen die we anders willen zien' of 'Kloppen de dingen die genoemd worden in het plan met wat er in de praktijk gebeurt'? Deze methoden van bespreken zijn verwaterd, als *redenen* hiervoor worden genoemd:

- dat de groep drukker is geworden en dat er hierdoor minder tijd voor lezen over is;
- dat het plan een te dik pakket is geworden. Het wordt daardoor niet meer gelezen;
- dat het plan vaak als mosterd na de maaltijd komt;
- dat het plan toch nooit wat is.

Het opnieuw instellen van de bespreking wordt wel voorgestaan.

Naast het structureel bespreken binnen teams van leefgroepwerkers, wordt het plan in alle teams *incidenteel* besproken wanneer het plan net uitgekomen is of gedurende de late (rustiger) dienst. De vraagtekens en de herkenbaarheid worden besproken.

In de daggroep wordt vaker incidenteel over de plannen gesproken dan in de dag-en-nachtgroepen. Wanneer de leefgroepwerker van de daggroep terugkomt van het behandelingsplanoverleg, bespreekt ze met haar collega's of de hoofdlijnen van het plan in de praktijk haalbaar zijn. Dat het plan in de daggroep niet structureel besproken wordt, komt doordat er geen tijd ingeruimd kan worden voor zo'n overleg.

Ook in *werkbegeleiding* kan het plan incidenteel en terloops aan de orde komen. Door een leefgroepwerker kan uitleg gevraagd worden. Ook kan de leefgroepcoördinator het plan met de leefgroepwerkers bespreken.

De *beleidspychiater* bespreken de doelstellingen van de verschillende disciplines voor het plan regelmatig in supervisieoverleg met de desbetreffende disciplines. Verder zoekt een beleidspychiater informatie bij de andere disciplines voor het maken van het plan of bespreekt deze met anderen wat er in het behandelingsplanoverleg aan de orde kwam.

De *ouder- en gezinsbegeleider* bespreekt met de leefgroepcoördinator of de beleidslijnen overeenkomen met wat er in de praktijk gebeurt. Een moment dat de ouder- en gezinsbegeleider met de beleidspychiater over het plan spreekt is wanneer er foute vermeldingen over de gezinsinteractiepatronen in vermeld staan. Ook spreken ze over hun doelstellingen van begeleiding met de beleidspychiater.

Op *school* wordt niet over het algemeen behandelingsplan gesproken. Wel bespreken de educatieve therapeuten hun doelstellingen wat betreft het schoolse leren en gedrag met de beleidspychiater en de psycholoog.

De functie van behandelingsplanning en het behandelingsplan voor het werk

Evenals wat betreft de opvattingen over de doelen kunnen er wat betreft de opvattingen over de functie van het plan voor het werk cognitief- en handelingsgerichte opvattingen onderscheiden worden. Geconstateerd is dat de cognitief gerichte opvattingen (17 keer genoemd) de handelingsgerichte opvattingen (6 keer genoemd) overstijgen.

Er is geen verschil tussen leefgroepwerkers en niet in de leefgroep werkzame medewer-

kers wat betreft de cognitief gerichte functie. Er is wel verschil voor de handelingsgerichte functie. Vier stafleden en twee leefgroepwerkers noemen een handelingsgerichte functie. Een opmerkelijke verschil. Juist voor leefgroepwerkers zou het plan een handelingsgerichte functie moeten hebben omdat het plan bedoeld is voor de behandeling in het algemeen en het handelen in de leefgroep in het bijzonder.

De vraag is of het behandelingsplan zijn functie voor het werk blijft behouden. De groep die zegt dat het plan geen of zeer kort een functie heeft gehad is ongeveer even groot (10) als de groep (9) die zegt dat het plan een langere tijd een functie heeft gehad. Een deel (3) van de eerste groep zegt dat het plan geen enkele of beperkte functie heeft gehad en een deel (7) zegt dat het plan na de beginperiode van in dienst treden zijn functie verliest. Een deel (7) van de tweede groep zegt dat het plan zijn werking is blijven behouden en een deel (2) ervan zegt dat het plan later pas zijn werking verliest of pas zijn werking krijgt na een jaar. Er is geen verschil tussen leefgroepwerkers en stafleden te constateren. Tevens is er geen verschil tussen de groepen te constateren wat betreft de anciënniteit van het dienstverband.

Voor de leefgroepwerkers (daggroep) die directer bij het opstellen van het behandelingsplan betrokken zijn, blijft het plan zijn werking behouden. Dit geldt ook voor de beleidspsychiaters en de leefgroepcoördinatoren.

Voor degenen die het plan aangereikt krijgen, verliest het plan zijn werking na de beginperiode van het werken in de kliniek (met uitzondering van twee medewerkers).

Ervaring met behandelingsplanning elders in het circuit

Regelmatig wordt naar voren gebracht dat multidisciplinaire staven, leefgroepwerkersoverleg en werkbegeleiding belangrijker zijn om de doelen van het behandelingsplan te bereiken. Dertien medewerkers merkten dit op. Opmerkingen die geplaatst zijn, luiden: 'Je kan wel door middel van het plan inzicht in de problematiek krijgen, maar op het multidisciplinaire stafoverleg krijg je dit inzicht beter', 'Uit de stafnotulen kan je meer handelingsaanwijzingen krijgen dan uit het plan' en 'Op de staven wordt gesproken, geparticipeerd en de informatie is up-to-date'.

Voor stafleden zijn supervisiegesprekken en informele contacten belangrijker, voor school het eigen handelingsplanoverleg.

Wensen over behandelingsplanning en het behandelingsplan; er zijn drie wensen te onderscheiden. Ze betreffen de structuur van het document, het tijdstip waarop de plannen verschijnen en het betrokken worden bij het plan.

De wensen over de *structuur* van het plan zijn:

- het plan moet helderder en concreter worden omdat er te veel herhalingen in staan;
- het plan mag na verloop van tijd ook korter worden (vooral het handelingsgedeelte) omdat eenieder het praktische al in de vingers heeft;
- in het plan zou meer samenhang tussen de disciplines aangebracht moeten worden;
- de in het plan aanwezig impliciete ordening (die in het denkgedeelte bij het opstellen ontstaat) moet zichtbaar gemaakt worden in hoofdjjes.

De wens over het *tijdstip van verschijnen* is:

- het plan moet up-to-date zijn. Het mag niet te oud zijn omdat het daardoor voor een groot deel zijn functie verliest. Een voorstel is om het plan een week na de staf te herzien.

De wens over *betrokken worden* bij het plan is:

- bij het plan moet eenieder op een of ander manier betrokken worden. Dit kan door zelf

aan het opstellen van de plannen deel te nemen, de plannen op een vast moment te bespreken, het disciplinaire aandeel in het plan en het overleg beter vertegenwoordigd te laten zijn.

De samenvatting van en de conclusie over de beantwoording van de vierde onderzoeksvraag

De opvattingen van de geïnterviewden over de *informele doelen* van het plan betreffen ongeveer evenveel cognitief- als handelingsgerichte opvattingen. Voor de *functie* van het plan geldt dat er meer cognitief gerichte opvattingen en minder handelingsgerichte zijn.

Het deel 'denken over het kind' wordt beduidend vaker *gelezen* dan het handelingsgedeelte. Het gedeelte 'denken over het kind' wordt *duidelijker* gevonden en het gedeelte 'handelen met het kind' *onduidelijker*.

Er is dus een discrepantie tussen enerzijds de opvattingen over de informele doelen van het behandelingsplan en anderzijds de functie van het behandelingsplan in de praktijk, de delen die gelezen worden en de (on)duidelijkheden van het behandelingsplan. In de dagelijkse praktijk wordt in het kader van behandelingsplanning het denken over het kind meer benadrukt dan het handelen met het kind.

Duidelijk wordt dat voor degenen die bij het opstellen van het plan betrokken zijn, het plan zijn werking blijft behouden, terwijl degenen die het plan aangereikt krijgen de werking na de beginperiode verloren raakt. Tevens wordt duidelijk dat in andere vormen van overleg behandelingsplanning plaatsvindt (op staven, in werkbegeleiding en supervisie).

Er zijn wensen geformuleerd over de structuur van het plan (helderder, concreter, korter, meer samenhang tussen de disciplines) en over betrokken worden bij het plan (zelf opstellen, op vaste momenten bespreken en het disciplinaire deel beter vertegenwoordigd laten zijn).

Tot zover de uitkomsten van het onderzoek naar het werken met behandelingsplannen in de praktijk.

7.2 Samenvatting en conclusies

In deze paragraaf zullen de samenvattingen van en de conclusies over de onderzoeksvragen op een rij gezet worden, waarna er interpretaties volgen (7.3).

Met het opstellen van het behandelingsplan door beleidspsychiater, leefgroepcoördinator en orthopedagoog kan enerzijds ingestemd worden, anderzijds roept het dilemma's op. Een dilemma is dat er behoefte is aan participatie van de diverse disciplines. Tevens bestaat het dilemma dat deze wijze van opstellen geen samenhang in de behandelingsplanning van de diverse behandelingsvormen garandeert en dat het aandeel van de diverse disciplines in de behandelingsplanning niet tot zijn recht komt in het behandelingsplandocument. Er is een behoefte om de behandelingsplanning zodanig op te zetten dat er oplossingen voor de genoemde dilemma's gevonden worden.

Bij het circulaire proces van behandelingsplanning kunnen kanttekeningen gezet worden. Het behandelingsplan heeft een beperkte en impliciete aansluiting bij de andere vormen van overleg en de bijbehorende verslaglegging van de diverse disciplines. In werkbegelei-

ding, supervisie en multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg kan het plan als kader dienen voor het overleg. Een aantal delen van het plan kan dienen voor het maken van bepaalde verslagleggingen. Behandelingsplanning vindt behalve in het daarvoor ingestelde overleg ook plaats in andere vormen van overleg. De behoefte is om het plan in ander overleg meer aan de orde te laten komen en de structuur van het plan zo te laten zijn dat de disciplines het plan kunnen gebruiken voor de eigen behandelingsplanning.

De subdoelen van het behandelingsplandocument zoals deze geformuleerd zijn worden in de opvattingen van de geïnterviewden gerealiseerd. Dit geldt ook voor het proces in het behandelingsplan. Over het eerste deel van het behandelingsplandocument zijn geen negatieve opvattingen, over het tweede deel wel. Het eerste deel wordt meer gelezen en wordt duidelijker gevonden dan het tweede deel. De behoefte bestaat om het tweede deel korter, abstracter en meer gericht op de behandelingsdisciplines te maken.

7.3 Interpretaties

De uitkomsten van dit deelonderzoek maken de volgende interpretaties mogelijk:

- verschillende planningsdocumenten (7.3.1);
- de samenhang in planning en in planningsdocumenten (7.3.2);
- de sturing van het (be)handelen door planning en planningsdocumenten (7.3.3);
- het systeem van overleg en verslaglegging nogmaals beschouwd (7.3.4);
- de consequenties voor de categorieën van het werkmodel (7.3.5).

7.3.1 Verschillende planningsdocumenten

Een belangrijke constatering is dat aspecten van het deel 'beoogd handelen' van het circuit van overleg en verslaglegging ook in andere delen aan te treffen zijn. De andere delen van het circuit betreffen het deel 'diagnosticeren en bespreken' (in multidisciplinaire 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg), het deel daadwerkelijk handelen (besproken in werkbegeleiding, staven van de leefgroepwerkers, in supervisie) en het deel 'observeren en registreren' (besproken in dezelfde vormen van overleg die voor daadwerkelijk handelen gelden). Het betreft zowel aspecten van het overleg 'beoogd handelen' als van het behandelingsplandocument als resultante van het overleg 'beoogd handelen', die in de andere vormen overleg terug te vinden zijn.

In het multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg wordt het (be)handelen besproken. Er worden afspraken gemaakt over (be)handelen. In werkbegeleiding en supervisie zal het (be)handelen besproken worden en zullen er eveneens afspraken gemaakt worden. Ook tijdens de overdrachten van de ene dienst van leefgroepwerkers naar de andere dienst wordt er gesproken over behandelingsplanning. Daarnaast zal in de wandelgangen gesproken worden over hoe te (be)handelen. Tijdens en na de diensten van de leefgroepwerkers wordt er gesproken over het (be)handelen naar de kinderen toe en komen (be)handelingsafspraken tot stand.

Op basis van het voorgaande kan vastgesteld worden dat behandelingsplanning niet beperkt blijft tot één overleg. Andere vormen van overleg dan het behandelingsplanoverleg bezitten aspecten van behandelingsplanning.

De vraag is nu hoe de verschillende elementen van behandelingsplanning van de diverse vormen van overleg te benoemen. In de hoofdstukken 3 en 4 is een onderscheid gemaakt

tussen dagelijkse, operationele en strategische behandelingsplanning. Dit onderscheid kan teruggevonden worden in de hiervoor genoemde delen van de circuits van overleg en verslaglegging. De operationele behandelingsplanning en de dagelijkse behandelingsplanning zullen in supervisieoverleg, in werkstaven en in de wandelgangen vorm krijgen. De strategische behandelingsplanning zal met name terug te vinden zijn in multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht overleg en in behandelingsplanoverleg. De strategische planning dient als kader waarbinnen de operationele behandelingsplanning uitgewerkt wordt. In multidisciplinair 'kind-en-gezin' stafoverleg worden operationele behandelingsafspraken gemaakt.

In het bovenstaande is geconstateerd dat er in diverse vormen van overleg behandelingsplanning plaatsvindt. Dit betekent dat er in het verlengde van de diverse vormen van overleg aspecten van het behandelingsplandocument tot stand gebracht worden. In de stafnotulen van het multidisciplinaire 'kind-en-gezin' gerichte stafoverleg zijn behandelingsafspraken gemaakt en zijn (be)handelingsaanwijzingen te vinden. Indien er notulen van werkbegeleiding en supervisieoverleg gemaakt worden zullen daarin ook behandelingsafspraken te vinden zijn. De strategische en operationele planning zullen met andere woorden verwoord worden in de notulen van het multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg en in het behandelingsplandocument resulterend uit het behandelingsplanoverleg. De operationele en dagelijkse planning zullen voor wat de leefgroepbehandeling betreft neergelegd worden in de notulen van de werkstaven.

De vraag is hoe de verschillende planningsdocumenten zich tot elkaar verhouden. In paragraaf 7.3.3 zal dit aan de orde komen. Eerst zal er ingegaan worden op de samenhang tussen planningsdocumenten.

7.3.2 De samenhang tussen planningsdocumenten en behandelingsplanning

De geïnterviewden missen een samenhang en integratie tussen de behandelingsvormen in de behandelingsplanning en in het verlengde daarvan in het behandelingsplandocument en wensen dat deze aangebracht worden. Met andere woorden: in de behandelingsplanning en documenten zouden de aandelen van verschillende behandelingsdisciplines meer aan de orde moeten komen en verwoord moeten worden. De vraag is hoe deze samenhang te verwerken in de in 7.3.1 genoemde planningsdocumenten. In de volgende paragrafen zal deze samenhang verduidelijkt en in een schema weergegeven worden.

7.3.3 De sturing van het (be)handelen door de planning en de planningsdocumenten

Zoals reeds genoemd kunnen strategische, operationele en dagelijkse planning onderscheiden worden. Deze planningsdocumenten sturen het (be)handelen. Binnen de verschillende planningsdocumenten is eveneens een sturing te constateren.

Gesteld kan worden dat de strategische planning het kader vormt waarbinnen operationele en dagelijkse planning zich afspelen. Met andere woorden worden de operationele en dagelijkse planning gestuurd vanuit de strategische planning. In de strategische planning wordt aandacht besteed aan hoe de verschillende behandelingsvormen zich tot elkaar verhouden zodat samenhang tussen de behandelingsvormen geëxpliciteerd wordt. Iedere behandelingsdiscipline verkrijgt hierdoor een basis waarop de operationele en dagelijkse behandelingsplanning kan plaatsvinden.

In het dagelijkse (be)handelen zullen de verschillende resultaten van de strategische en operationele planningsdocumenten in hoofdzaak van de (be)handelaars aanwezig zijn. De uitkomsten van het onderzoek wijzen uit dat degenen die gepland hebben en het plan geschreven heb-

ben en degenen die ervaring hebben met (be)handelen in het behandelingsinstituut minder teruggrijpen op de resultaten van de planning (behandelingsplandocument). Alleen waar nodig wordt erop teruggegrepen.

7.3.4 Het systeem van overleg en verslaglegging nogmaals beschouwd

In de paragrafen 3.1.3 en 4.1.3 wordt het systeem van overleg en verslaglegging weergegeven als bestaande uit logisch uit elkaar voortvloeiende en na elkaar plaats hebbende delen. De onderzoeksbevindingen rechtvaardigen deze weergave van de circuits van overleg en verslaglegging echter niet. Er kunnen overlappingsen tussen de delen geconstateerd worden (zie 7.3.1, 7.3.2 en 7.3.3). Door deze overlappingsen zal het circuit anders weergegeven moeten worden. In paragraaf 7.4 zal dit uitgewerkt worden.

7.3.5 De consequenties voor de categorieën van het werkmodel

Welke zijn de consequenties van de uitkomsten van dit deelonderzoek voor de categorieën zoals die in het eerste deelonderzoek omschreven zijn? Het betreft de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit.

Voor de *categorie doelgerichtheid* betekenen de uitkomsten dat geëxpliciteerd zou moeten worden hoe de samenhang tussen de verschillende behandelingsvormen te beschouwen valt. Deze explicitering heeft gevolgen voor de *categorie structuur*. De categorie structuur behoeft uitwerking wat betreft de samenhang tussen de verschillende behandelingsvormen. Deze uitwerking zal op haar beurt gevolgen hebben voor de *categorie coördinatie*. Het betreft overleg en verslaglegging waarin de elementen van het begrip samenhang verwerkt moet worden. Er zal duidelijkheid moeten ontstaan over de wijze waarop de medewerkers van de verschillende behandelingsvormen elkaar ondersteunen, faciliteren en dergelijke.

Een consequentie van de uitkomsten is dat in de circuits van overleg en verslaglegging de plaatsen opnieuw benoemd moeten gaan worden waar behandelingsplanning een rol speelt. In paragraaf 7.4 zal dit uitgewerkt worden.

Voor het voorbeeldinstituut geldt dat de activiteiten van de verschillende behandelaars verbonden zijn en gericht zijn op gezamenlijke realisering van de doelstelling (zie hoofdstuk 3). Dit betekent dat het nodig is om aan behandelingsplanning te doen die voor alle behandelaars geldt. In het plan worden echter de doelstellingen van iedere discipline weinig gelezen en gewaardeerd. De indruk wordt gewekt dat dit deel meer geldt voor de managers (beleidpsychiaters) en de discipline zelf. Kennelijk is het niet belangrijk dat eenieder van de ander weet wat er gedaan wordt. Belangrijker is dat er afstemming bereikt wordt en dit kan het beste door behandelingscoördinator gerealiseerd worden. Toch wordt er meer samenhang in de planning en het plan gewenst. Het eigen aandeel moet er beter in vertegenwoordigd worden. De vraag blijft of dit daadwerkelijke afstemming tussen de behandelingsdisciplines bewerkstelligt. Wellicht zal op andere plaatsen ernaar gestreefd moeten worden om de samenhang tussen de behandelingsvormen te bewerkstelligen.

Tot zover de interpretaties. Op de consequenties van deze interpretaties voor het schema zal ingegaan worden.

7.4 Consequenties voor het schema

De uitkomsten hebben consequenties voor de schema's. Het betreft met name het schema van de categorie coördinatie.

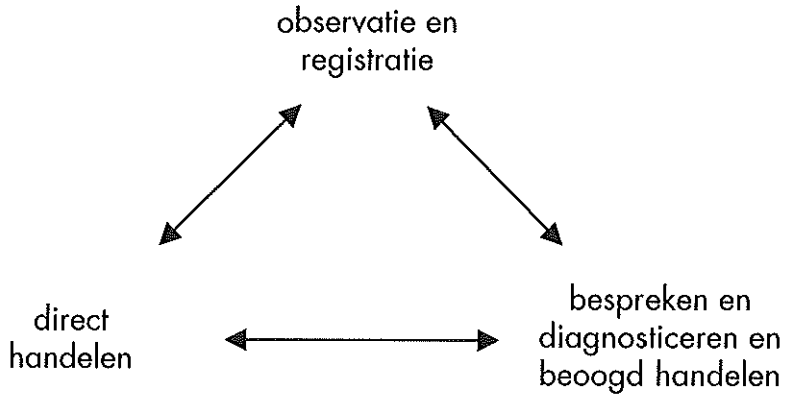
De delen van de circuits van overleg en verslaglegging behoeven nuancering. Het betreft de vormen van overleg voor de lange termijn gericht op 'bespreken en diagnosticeren' (multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg) en 'beoogd handelen' (behandelingsplan-overleg). De activiteiten van de delen worden niet in afzonderlijke vormen van overleg en verslaglegging geformaliseerd, maar in meerdere vormen van overleg en daarbij behorende verslaglegging.

Gesteld moet worden dat 'beoogd handelen' meer in het overleg gericht op bespreken en diagnosticeren voorkomt dan in de publicaties vermeld staat en dat het deel 'beoogd handelen' binnen het stafoverleg een waardevolle functie heeft voor het multidisciplinaire team. De activiteit 'beoogd handelen' is daardoor niet een op zichzelf staand deel in de circuits van overleg en verslaglegging. Dit betekent dat het deel 'beoogd handelen' toegevoegd moet worden aan het deel 'bespreken en diagnosticeren'. Het deel 'beoogd handelen' vervalt vervolgens als apart deel van de circuits van overleg en verslaglegging. In het multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht overleg zal er derhalve sprake zijn van behandelingsgerichte diagnostiek als overkoepelende activiteit waarin bespreken, diagnosticeren en beoogd handelen vervat zijn. Deze wijzigingen lossen een aantal problemen op. Nu de activiteit 'beoogd handelen' onderdeel is van het multidisciplinaire stafoverleg wordt aan het doel van het behandelingsplandocument 'bewerkstelligen van uniformiteit in denken en handelen' beter voldaan omdat alle disciplines aanwezig zijn. Hierdoor wordt het mogelijk dat het 'beoogd handelen' van de verschillende disciplines op elkaar afgestemd raakt waardoor er meer samenhang tussen de disciplines ontstaat. Een bijkomend effect is dat de korte en lange termijn vormen van overleg meer op elkaar afgestemd raken. Het multidisciplinaire werken zal hierdoor meer geïntegreerd raken.

Er blijkt een zekere behoefte dat de leefgroepwerkers zelf het beoogde handelen en het handelen gaan beschrijven (en daarmee het behandelingsplan). Het is moeilijk dit in de praktijk daadwerkelijk te realiseren. Een optie is om behandelingsplanning meer expliciet onderdeel te laten worden van het multidisciplinair 'kind-en-gezin' gerichte stafoverleg en daarmee van de daaraan gekoppelde verslaglegging. Het moet onderdeel worden van het stafverslag. Naast een weergave van de ontwikkeling van het kind zal er ook een weergave ten aanzien van het handelen naar het kind moeten komen. Deze zal gebaseerd zijn op dagelijkse observaties van het eigen handelen en op de globale handelingslijnen die op het multidisciplinair overleg zijn vastgelegd.

Door deze wijzigingen is het 'werkmodel zoals bedoeld' beter in het 'werkmodel zoals gebruikt' geïntegreerd. Het veranderde schema wordt in de tweede figuur weergegeven.

FIGUUR 7.2: VERANDERD SCHEMA



8

EVALUATIE VAN HET TWEDE DEELONDERZOEK

~

In dit hoofdstuk zal het tweede deelonderzoek geëvalueerd worden. De evaluatie betreft de vraag welke kennis het onderzoek tot nu toe heeft opgeleverd (8.1) en betreft de evaluatie de onderzoeksprocedures (8.2).

De kwaliteitseisen die aan het tweede deelonderzoek gesteld kunnen worden, komen aan bod (8.3).

Op basis van de uitkomsten van de evaluatie (8.1, 8.2, 8.3) zullen de consequenties voor vervolgonderzoek aangegeven worden (8.4).

8.1 De tot nu toe opgeleverde kennis

Welke kennis het onderzoek tot nu toe heeft opgeleverd is nog niet besproken. In het navolgende zal voor het eerste en het tweede deelonderzoek de inhoud van de kennis en hoe deze kennis zich verhoudt tot de werkelijkheid nagegaan worden.

In het *eerste deelonderzoek* werd er uitgegaan van een analyse van een zo breed mogelijke werkelijkheid. Voor de analyse van de werkelijkheid was het nodig een theoretisch raamwerk te construeren, waarin gegevens uit de werkelijkheid gezet konden worden. Beredeneerd werd waarom er voor de systeemtheorie gekozen is als basis waarop het theoretisch raamwerk geconstrueerd is (zie hoofdstuk 2). In het eerste deelonderzoek is een systematische procesbeschrijving van de behandeling in de leefgroep nagestreefd, waarbij relevante concepten en aannamen bepaald zijn. De praktijk van de behandeling in een hulpverleningsinstelling (in het onderzoek het voorbeeldinstituut genoemd) was het vertrekpunt voor de systematische procesbeschrijving. De reden voor dit vertrekpunt was dat er een begrippenkader ontbrak dat relevant was voor het doen van onderzoek naar de behandeling in de leefgroep. Dit ontbreken heeft aanleiding gegeven om uit te gaan van een zo globaal mogelijk begrippenkader. Aan het begrippenkader werd als voorwaarde gesteld dat het de dagelijkse praktijk zo dicht mogelijk zal moeten benaderen. Een begrip dat hieraan voldeed was het begrip werkmodel. Gesteld werd dat de behandeling in de leefgroep wordt vorm gegeven door middel van een werkmodel. Elementen en aspecten van het werkmodel zouden door middel van onderzoek achterhaald en geëxpliciteerd kunnen worden. Het onderzoek heeft als doelstelling gekregen het werkmodel waarmee de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt, te expliciteren.

Het onderzoek is gestart, zoals hierboven aangegeven, in één instituut, het voorbeeldinstituut. De vraagstelling van het eerste deelonderzoek werd geformuleerd als welke het werkmodel is waarmee de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut vorm

gegeven wordt. Beoogd werd om van het werkmodel van het voorbeeldinstituut een systematische beschrijving te geven. Het theoretisch raamwerk, gebaseerd op de systeemtheorie, diende om de systematische beschrijving mogelijk te maken. Het theoretisch raamwerk is opgebouwd uit systeemtheoretische categorieën. Vier categorieën zijn onderscheiden: doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit. Het theoretisch raamwerk heeft als maagediend om publicaties van het voorbeeldinstituut betreffende de behandeling in de leefgroep te analyseren. De publicaties betreffen beschrijvingen van de behandelingspraktijk van het voorbeeldinstituut. De analyse en interpretatie van de uitkomsten leverden een aantal kernbegrippen van het werkmodel op waarmee de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt. Hierbij werd het mogelijk om elementen binnen de categorieën te onderscheiden. De vraag die zich vervolgens aandeede was welke kennis het eerste deelonderzoek heeft opgeleverd en welke consequenties daaruit voortvloeiden voor vervolgonderzoek.

De vraag in het eerste en het tweede deelonderzoek was hoe de systematische procesbeschrijving en de kernbegrippen zich verhouden tot de *werkelijkheid*. De geanalyseerde publicaties kunnen beschouwd worden als behorend tot een hoger abstractieniveau dan de gesystematiseerde dagelijkse praktijkkennis van de medewerkers. De gesystematiseerde dagelijkse kennis weerspiegelt een werkelijkheid die met een sterretje (*) weergegeven kan worden: werkelijkheid *. De systematische procesbeschrijving en de kernbegrippen die voortgekomen zijn uit het eerste deelonderzoek zijn van een hoger abstractieniveau dan de werkelijkheid *. Ze weerspiegelen een werkelijkheid die met ** en *** aangegeven kan worden: werkelijkheid ** en werkelijkheid ***. Werkelijkheid ** is vervat in de publicaties. Werkelijkheid *** in de systematische procesbeschrijving van het werkmodel en de interpretaties van de beschrijving.

Wanneer de werkelijkheden ** en *** beschreven zijn, kan nagegaan worden of de dagelijkse praktijk erin vervat zit. Met andere woorden: het betreft de vraag naar het empirische gehalte van de werkelijkheden ** en ***. De systematische procesbeschrijving en de interpretaties (de werkelijkheden ** en ***) zijn gebaseerd op data die in publicaties van het voorbeeldinstituut zijn neergelegd (werkelijkheid **). Verondersteld kan worden dat gegevens neergelegd in publicaties een reductie inhouden van de dagelijkse praktijk. Er heeft een abstractieproces van de dagelijkse praktijk plaatsgevonden. Werkelijkheid ** hoeft de dagelijkse praktijk niet te dekken. Verondersteld kan worden dat de dagelijkse praktijk rommeliger verloopt en minder een geordend proces is dan in de publicaties aangegeven wordt. Andere variabelen kunnen een rol spelen. Er kan gesproken worden van een dekkingsprobleem tussen de werkelijkheden ** en *** en de dagelijkse praktijk. Vervolgonderzoek is dan noodzakelijk om het empirische gehalte van de werkelijkheden ** en *** nader te onderzoeken. Het empirische gehalte kan nader onderzocht worden door naar de praktijk zelf te gaan en door daar te onderzoeken. De dagelijkse kennis kan door middel van onderzoek gesystematiseerd worden en hiermee kan werkelijkheid * beschreven worden. Werkelijkheid * bevat dan gesystematiseerde dagelijkse kennis van de praktijkwerkers. Garrison (1989) stelde dat door praktijkwerkers te ondervragen de werkelijkheid dichter benaderd kan worden, omdat de werkers dichter bij de dagelijkse doeleinden, dagelijkse interesse en dergelijke staan. In praktijkgericht onderzoek wordt benadrukt dat het belangrijk is om kennis van praktijkwerkers te achterhalen.

De voorgaande vraag naar het empirische gehalte van de uitkomsten van het eerste deelonderzoek gaf aanleiding voor de opzet van het tweede deelonderzoek.

Het *tweede deelonderzoek* is een zoektocht naar het empirische gehalte van de werkelijkheden ** en *** geweest. Praktijkwerkers werden ondervraagd naar hun opvattingen over behandelingsplanning in de praktijk van het voorbeeldinstituut. Dit leverde kennis op over werkelijkheid * . Deze kennis houdt systematische kennis over behandelingsplanning en het behandelingsplandocument door medewerkers van het voorbeeldinstituut in. Geconstateerd kon worden dat opvattingen uit werkelijkheid * correspondeerden met opvattingen uit de werkelijkheden ** en *** . Daarnaast konden andere werkzame elementen in de behandelingspraktijk achterhaald worden die niet verwoord waren in de publicaties van het voorbeeldinstituut. Deze neveneffecten bevatten bijvoorbeeld opvattingen van medewerkers van het voorbeeldinstituut over hoe zij menen dat de behandelingsplanning in de praktijk plaatsvindt. Door de uitkomsten van het tweede deelonderzoek is het mogelijk geworden om een deel van het werkmodel (de werkelijkheden ** en ***) af te stemmen op wat er in de praktijk daadwerkelijk plaatsvindt. De praktijk is dichter naar het werkmodel gebracht. Anders gesteld, het werkmodel heeft een meer empirische basis verkregen. Of nog anders gesteld, er is sprake van een verhoging van interne geldigheid van het werkmodel (zie paragraaf 8.3 die handelt over de kwaliteitseisen).

De kennis van het tweede deelonderzoek kon worden ingevoegd in de kennis van de werkelijkheden ** en ***.

In paragraaf 8.4 zal nagegaan worden welke consequenties de opgeleverde kennis uit het eerste en tweede deelonderzoek heeft voor vervolgonderzoek. Eerst zullen de onderzoeksprocedures en vervolgens de kwaliteitseisen die aan het tweede deelonderzoek gesteld kunnen worden, besproken worden.

8.2 De onderzoeksprocedures

De onderzoeksprocedures betreffen de interviews (8.2.1), de geïnterviewden, de interviewer en de controle van bias (8.2.2), de analyse van de data (8.2.3), de beschrijving van de resultaten en de nabespreking (8.2.4) en de conclusies en interpretaties van het deelonderzoek (8.2.5).

8.2.1 De interviews

Besloten is om voor dit deelonderzoek 'focused' interviews te gebruiken. De vraag is of dit type interview voldaan heeft om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Vastgesteld kan worden dat 'focused' interviews in dit onderzoek goed bruikbaar zijn geweest. Verbanden tussen het werkmodel zoals gebruikt (werkelijkheid *) en het werkmodel zoals beschreven (de werkelijkheden ** en ***) konden gemaakt worden. Voorstellen tot veranderingen in het werkmodel zoals beschreven (werkelijkheid ***) konden geformuleerd worden.

De interviews hebben conform de verwachting gemiddeld een uur geduurd. De vraag is of een uur voldoende is geweest om de beoogde data te verkrijgen. Binnen het uur konden de hoofdvragen en de subvragen aan de orde komen.

Bij eenieder is de vraag gesteld of er onderwerpen zijn blijven liggen. Hierop werd meestal ontkennend geantwoord. In een enkel geval waren er vragen blijven liggen en zijn deze alsnog beantwoord. Tijdens de analyse van de interviews bleek er verzadiging na 15 interviews op te treden. Analyse van de volgende interviews leverden geen nieuwe informatie op.

Bij een aantal leefgroepwerkers kon tijdens de interviews onrust geconstateerd worden. Dit had te maken met het feit dat collega's op hen zaten te wachten. De andere geïnterviewden hadden over het algemeen meer tijd voor het interview.

Vastgesteld kan worden dat een uur voldoende is geweest omdat alle vragen aan de orde konden komen, er voldoende 'doorgevraagd' kon worden en er verzadiging van informatie optrad. In de opvattingen konden patronen herkend worden.

8.2.2 De geïnterviewden, de interviewer en de controle van bias

Er zijn beslissingen genomen over de grootte van de onderzoeksgroep. Tevens zijn er maatregelen genomen voor de controle van bias a en b (zie paragraaf 6.2.3). Op de grootte van de onderzoeksgroep zal gereflecteerd worden, waarna de controle van bias a en b aan de orde komt.

In paragraaf 6.2.2 is aan de orde geweest dat 12 tot 20 personen voldoende zijn voor het gehanteerde type onderzoek. Het doel van het deelonderzoek was immers het verkrijgen van gevarieerde informatie en het opsporen van patronen. Verwacht werd dat er verzadiging van informatie zou optreden na ongeveer tien interviews.

Reeds is genoemd dat tijdens de analyse van de interviews vastgesteld kon worden dat na 15 interviews geen nieuwe informatie meer verkregen werd. Er trad verzadiging van informatie op. Het aantal geïnterviewden is voldoende geweest.

In paragraaf 6.2.3 is bias a omschreven als de effecten van de onderzoeker op het onderzoeksveld en bias b als de effecten van het onderzoeksveld op de onderzoeker. In het onderzoek zijn maatregelen genomen ter controle van bias a en bias b. Deze maatregelen zullen geëvalueerd worden.

Doordat onderzoekster deel uitmaakte van het instituut en ingevoerd was in het onderwerp, was het mogelijk om via doorvragen dieper in te gaan op het onderwerp waardoor kennis geëxpliciteerd kon worden. Wat opviel was dat eenieder een eigen verhaal over behandelingsplanning vertelde met eigen accenten en kleuring. Door het stellen van open vragen binnen de 'vaststaande' vragen werd het mogelijk dat eenieder zijn 'eigen verhaal' vertelde. Door deze werkwijze kan impliciete kennis bewust gemaakt en geëxpliciteerd worden. De invloed van reflectie op het ontstaan van behandelingskennis wordt in de literatuur benadrukt (Van Strien, 1975; Marshall, Rossman, 1989). Geïnterviewd worden over eigen werkwijze door middel van 'focused' interviews draagt bij tot expliciteren van behandelingskennis.

In praktijkgericht onderzoek is een afstandelijke, objectieve rol van de onderzoeker vaak niet mogelijk (Dijk, Teunissen, 1991; Den Hertog, Van Sluijs, 1995). In dit deelonderzoek is er sprake van interviews met medewerkers door een collega van de medewerkers. Dit gegeven houdt de mogelijkheid tot subjectiviteit in de verwerving van de data in. De geïnterviewden kunnen data achterhouden vanwege de positie van de onderzoekster binnen het onderzoek en de interviewer kan de nadruk leggen op de verwerving van bepaalde data. Er kunnen gemakkelijk belangentegenstellingen ontstaan tussen de geïnterviewden en de interviewer doordat ze in één instituut werkzaam zijn. Explicitering van de 'verhouding' tussen de interviewer en geïnterviewden is nodig om de invloed op de dataverwerving en op de interpretatie te achterhalen.

De interviewer had ten tijde van het onderzoek een staffunctie binnen het instituut, was geen lijnfunctionaris. Ze had hierdoor een vrij neutrale positie. Dit maakte mogelijk dat de

geïnterviewden vrijer konden spreken dan indien er van een lijnfunctionaris sprake was. De geïnterviewden kregen de verzekering dat de uitkomsten van de interviews geanonimiseerd in een verslag weergegeven zouden worden. Dit is ook gebeurd.

Een gevaar van praktijkgericht onderzoek is dat de onderzoeksactiviteiten en het werkelijke handelen in de praktijk door elkaar gaan lopen. Dit vindt plaats wanneer de onderzoeker in het onderzoeksveld werkt. De opvattingen van de onderzoeker over het (be)handelen in de praktijk zullen richting gaan geven aan het onderzoek. Deze opvattingen zijn nog niet geëxpliciteerd tijdens het onderzoek, maar spelen wel een rol in de wijze van vragen stellen, van analyseren, van concluderen en van interpreteren. Onderzoekster had ten tijde van de afname van de interviews een vrij statische opvatting van de werking van behandelingsplanning in de circuits van overleg en verslaglegging. Het behandelingsplan wordt in multidisciplinair verband opgesteld en geschreven en de 'output' hiervan geeft richting aan het (be)handelen van de diverse medewerkers. De vragen die gesteld zijn reflecteren deze statische opvatting voor een aanzienlijk deel. Door middel van het onderzoek werden de opvattingen over behandelingsplanning van onderzoekster evenals die van de geïnterviewden mede geëxpliciteerd.

Reeds is naar voren gebracht dat dagelijkse kennis door middel van onderzoek geëxpliciteerd en gesystematiseerd kan worden. Tijdens de interviews bracht een deel van de geïnterviewden zijn ervaring naar voren dat door over behandelingsplanning te praten er meer bewustwording tot stand komt over hoe eenieder met de behandelingsplannen werkt en welke functie ze hebben voor het dagelijkse werk. Een deel van de geïnterviewden stelde dat tijdens het interview reflectie plaatsvindt die door de drukte van alledag achterwege blijft. Gedachten over behandelingsplanning worden uitgesproken en bewust gemaakt. Dit betrof bijvoorbeeld de eigen inbreng in behandelingsplanning, de opvattingen over het proces in het behandelingsplandocument en het gebruik maken van de behandelingsplandocumenten tijdens het werk. Verbazing werd uitgesproken over het feit dat eenieder meer inbreng heeft in en een grotere bijdrage levert aan de behandelingsplanning dan tot dan toe verondersteld werd. De positieve werking van de interviews is dat er een mogelijkheid is om kennis die tot dan toe impliciet is gebleven te expliciteren en die vervolgens te systematiseren. Dit geldt zowel voor de geïnterviewden als voor de interviewer.

8.2.3 De analyse van de data en de samenvattingen

Met behulp van het computerprogramma Kwalitan zijn de interviews geanalyseerd. In paragraaf 6.2.4 zijn de voorgenomen stappen in de data-analyse met behulp van het computerprogramma Kwalitan beschreven.

Het computerprogramma Kwalitan maakte 'managing' van data goed mogelijk. Het diende de snelheid van het zoeken van segmenten tekst op bepaalde trefwoorden. Het schrijven van memo's tijdens de bewerking van de interviews met behulp van Kwalitan kon op een ordelijke wijze gebeuren. De interviewprotocollen konden conform de voorgenomen wijze gesegmenteerd worden. Er konden samenvattingen van de scènes (segmenten interviewtekst) gemaakt worden. Van ieder interview is een *samenvatting* gemaakt. De samenvatting is aan de geïnterviewden gegeven met een begeleidend schrijven waarin commentaar op de samenvattingen gevraagd werd.

Vier geïnterviewden hebben commentaar geleverd, de andere gingen akkoord met de samenvattingen. Uit de opmerkingen blijkt dat de samenvattingen geaccepteerd werden. Er

hoefden geen veranderingen in aangebracht te worden. Geconcludeerd is dat de samenvattingen gebruikt konden gaan worden voor verdere analyse.

8.2.4 De beschrijving van de resultaten en de nabespreking

De resultaten van het onderzoek zijn teruggekoppeld naar de geïnterviewden en andere medewerkers van het instituut. Eenieder heeft een beschrijving van de resultaten ontvangen. De beschrijving komt grotendeels overeen met de beschrijving van hoofdstuk 7. Er is een knelpuntenlijstje toegevoegd. In de wijze van beschrijven moest rekening gehouden worden met de anonimiteit van de geïnterviewden. In de beschrijving zijn daarom letterlijke citaten uit de interviews achterwege gebleven. Er werd alleen over groepen gesproken en niet over individuele medewerkers.

De nabespreking; de beschrijving van de resultaten met knelpuntenlijstje is naar alle disciplines (inclusief de geïnterviewden) gestuurd. Vervolgens is er een plenaire vergadering belegd om de resultaten te bespreken. Het doel van deze bespreking was om na te gaan of de geïnterviewden de resultaten herkenden ('member check') en tevens om de knelpunten te bespreken. Opgemerkt moet worden dat de interpretaties van het tweede deelonderzoek nog niet geformuleerd waren.

In de nabespreking kwam het volgende aan de orde. De resultaten werden herkend. De verschillende deelnemers aan de nabespreking leken aan de beschrijving verschillende interpretaties en waardeoordelen te hechten, afhankelijk van hun positie in het voorbeeldinstituut. De beleidspychiaters stelden dat in de beschrijving van de resultaten het behandelingsplandocument te veel nadruk heeft gekregen in negatieve zin en dit wekt de indruk dat het behandelingsplandocument en daarmee de behandelingsplanning niet zou 'deugen'. Ze benadrukten dat het belangrijk is om het achterliggende proces en de gedachten van planning en plan in de behandelingspraktijk te achterhalen. Het proces van behandelingsplanning is door de presentatie van de uitkomsten op de achtergrond geraakt ten gunste van het behandelingsplandocument. Door de beleidspychiaters werd tevens benadrukt dat het plan een samenwerking tijdens het (be)handelen tussen leefgroepcoördinator, leefgroepwerkers en beleidspychiater bewerkstelligt. Daarbij is het belangrijk om kennis die in het plan vervat zit aan elkaar over te dragen. Het overdragen van kennis geldt ook de leefgroepwerkers. Het op vele momenten overdragen van kennis is belangrijker dan het lezen van het plan door de leefgroepwerkers. Niet alleen de beleidspychiaters, maar ook de leefgroepcoördinatoren benadrukten de werking en de waardevolle rol van het behandelingsplan in overlegsituaties en verslaglegging. Tevens werd door hen medegedeeld dat er in de toekomst meer gewerkt gaat worden (in het verlengde van een algemeen behandelingsplan) met disciplinaire (be)handelingsplannen zodat de knelpunten voor een deel ondervangen worden.

De leefgroepwerkers benadrukten dat de behandelingsplannen op een andere manier geschreven zouden moeten worden. Dit gold met name wat betreft de participatie in het opstellen van de behandelingsplannen, het up-to-date zijn van de plannen en het korter worden van de plannen.

De behandelingsdisciplines benadrukten dat er meer samenhang tussen de behandelingsvormen in de behandelingsplanning en in de behandelingsplannen bewerkstelligd moest worden.

Tevens is in deze bespreking aan de orde geweest dat er een ontwikkeling is geweest in de rol van behandelingsplannen. Het behandelingsplan was aanvankelijk een document met

een duidelijke functie. Het diende ter controle op hoe er behandeld wordt en om vooruit te blikken. In de loop der tijd is het behandelingsplan steeds meer toegespitst op de behandeling in de leefgroep en minder op de andere behandelingsvormen. Langzamerhand ontstond er meer kennis over hoe behandeld kan worden en derhalve meer behandelingskennis en minder behandelingsverlegenheid. Het behandelingsplanoverleg en behandelingsplan hebben hierdoor een minder belangrijke functie gekregen in de circuits van overleg en verslaglegging ten gunste van andere vormen van overleg. Het behandelingsplan diende voor communicatie waarin kennis overgedragen wordt tussen beleidspsychiater, leefgroepcoördinator en leefgroepwerkers.

De beleidspsychiater stelde dat er 'lering' getrokken moet worden uit de resultaten van het onderzoek. Dit betreft het inzicht dat bepaalde delen van het behandelingsplan te lang zijn geworden. Ze zullen meer gecondenseerd weergegeven moeten gaan worden. Het eerste deel van het behandelingsplan (denken over het kind) moet belangrijker worden omdat dat het enige deel is dat emoties genereert.

De conclusie die uit de nabespreking getrokken kan worden is dat behandelingsplanning ook in ander overleg van het circuit van overleg plaatsvindt en dat er niet alleen in het behandelingsplanoverleg gepland wordt. Het proces van behandelingsplanning zou nader onderzocht moeten worden.

De nabespreking heeft de uitkomsten van het deelonderzoek ondersteund (7.1) en heeft aanzetten gegeven tot de interpretatie van de uitkomsten (7.2).

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de conclusies en interpretaties van het tweede deelonderzoek.

8.2.5 De conclusies en interpretaties van het deelonderzoek

De uitkomsten van dit deelonderzoek moeten in relatie gebracht worden met de uitkomsten van het eerste deelonderzoek en met de bevindingen uit de nabespreking.

In het eerste deelonderzoek zijn de aannamen over en de kernbegrippen van het werkmodel (onder andere integratie, differentiatie, sturing, incorporatie, hiërarchie, lerend systeem) van het voorbeeldinstituut geëxpliciteerd. Hierdoor kon er een werkmodel beschreven worden. De volgende stap is geweest onderzoek te doen naar hoe het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep in de praktijk van het voorbeeldinstituut gebruikt wordt. De categorieën en de kernbegrippen hebben gediend als zoeklicht voor de interpretatie van de onderzoeksdata van het tweede deelonderzoek. De uitkomsten van het tweede deelonderzoek zijn aanleiding geweest om aspecten uit de categorie coördinatie (eerste deelonderzoek) te gebruiken voor interpretatie van de onderzoeksgegevens uit het tweede deelonderzoek. Hierdoor kregen deze aspecten meer een empirisch gehalte. Tevens werd gebruik gemaakt van de conclusies van de nabespreking.

8.3 De kwaliteitseisen

Aan de hand van het voorgaande kan zichtbaar gemaakt worden hoe aan de kwaliteitseisen van het tweede deelonderzoek voldaan is. Evenals bij de evaluatie van het eerste deelonderzoek zullen de kwaliteitseisen (interne en externe geldigheid, de betrouwbaarheid en de bruikbaarheid) besproken worden.

Interne geldigheid; interne geldigheid betreft zowel de onderzoeksdata als het onderzoeksresultaat.

In het *eerste onderzoek* is het theoretisch raamwerk van onderzoekster geëxpliciteerd. Het theoretisch raamwerk heeft als mal gediend om publicaties van het voorbeeldinstituut te analyseren. Het theoretisch raamwerk en de data (beschrijving) worden gerekend tot de onderzoeksdata. Deze dienen beschouwd te worden op hun interne geldigheid. In paragraaf 8.1 is reeds aan de orde gekomen welke verhouding deze data hebben tot de werkelijkheid.

Het onderzoeksresultaat betreft de interpretaties en de formulering van het werkmodel. In paragraaf 8.1 is eveneens reeds aan de orde geweest hoe deze resultaten zich verhouden tot de werkelijkheid. In het eerste deelonderzoek is er niet voor gekozen om naar de auteurs van de publicaties terug te gaan om te vragen of ze de interpretaties herkenden. De reden hiervoor is dat het werkmodel de status heeft verkregen van een 'voorlopig' werkmodel. De empirische basis van het werkmodel zou in een volgend deelonderzoek aan bod komen.

In het *tweede deelonderzoek* is een deel van het werkmodel op zijn empirisch gehalte nader onderzocht. Er zijn twee momenten geweest waarop de interne geldigheid aan de orde is geweest. Ten eerste was dit het geval bij de beoordeling van de samenvattingen van de interviews door de geïnterviewden en ten tweede bij de nabespreking van de resultaten van de analyse van de interviews. De resultaten zijn verwerkt in de interpretaties van de onderzoeksgegevens (zie paragraaf 7.3). Systematische inspectie van de theoretische memo's geschreven door onderzoekster tijdens de data-analyse heeft mede richting gegeven aan de interpretaties.

Naar aanleiding van het tweede deelonderzoek is opnieuw de vraag naar de interne geldigheid van het werkmodel naar voren gekomen. Het betreft met name de vraag naar het proces in het werkmodel. Door vervolgonderzoek zal de interne geldigheid nader onderzocht kunnen worden.

Externe geldigheid; zowel in het eerste deelonderzoek en tweede deelonderzoek is externe geldigheid niet nagestreefd.

Betrouwbaarheid; betrouwbaarheid geldt het onderzoeksproces. Betrouwbaarheid in praktijkgericht onderzoek heeft betrekking op volgbaarheid ('trackability') van het onderzoeksproces (Smaling, 1987). Navolgbaarheid is door het open design van het onderzoek en daardoor de 'eenmaligheid' van het onderzoeksproces vaak niet mogelijk (Smaling, 1987). Volgbaarheid betreft het gehele onderzoeksproces: van formulering van de uitgangspunten (theoretisch raamwerk), de wijze van verzamelen van de data, de bewerking van de data en de interpretatie van de data. Door de weergave van al deze aspecten in hoofdstuk 7 kunnen ze door derden beoordeeld worden op hun volgbaarheid.

Bruikbaarheid; de kwaliteitseis bruikbaarheid betreft de vraag naar de bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten voor het onderzoeksveld. Het onderzoek is hier niet op gericht geweest. In de nabespreking is evenwel naar voren gekomen dat er 'lering' getrokken kan worden uit de onderzoeksresultaten. De onderzoeksresultaten zijn in het voorbeeldinstituut gebruikt om de structuur van het behandelingsplandocument te herzien. Het behandelingsplandocument wordt voortaan het algemene behandelingsplan genoemd. In het verlengde daarvan zijn gaandeweg de disciplinaire behandelingsplannen gevormd. In een later stadium hebben in het systeem van overleg en verslaglegging de 'ingevulde' behandelingsplannen

een plaats gekregen, namelijk in het multidisciplinaire 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg. In dit overleg worden eens per jaar het algemene plan en de disciplinaire plannen besproken. In de loop der tijd zijn de notulen van het multidisciplinaire 'kind-en-gezin' gericht overleg wat betreft de structuur herzien zodat deze notulen een betere aansluiting kregen op de behandelingsplanning en behandelingsplandocumenten. In de periode van dit onderzoek en erna is er vanuit het voorbeeldinstituut gepubliceerd over behandelingsplanning. In paragraaf 6.1 zijn reeds publicaties hierover genoemd (Van Veen, Verheij, 1991; Verheij, Rietdijk, 1991b; Rietdijk, 1991c; Van der Ster, Van Doorn, 1991). Aan deze publicaties kunnen toegevoegd worden het boek 'Behandelingsplanning in de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en het speciaal onderwijs' (Verheij, 1993) en publicaties over behandelingsplanning door Verheij in 1994 (Verheij, 1994a; Verheij, 1994b).

De uitkomsten van het eerste en het tweede deelonderzoek hebben aldus aanzetten gegeven tot veranderingen, hoewel veranderen (implementeren) geen onderzoeksdoel was.

8.4 De consequenties voor vervolgonderzoek

Het tweede deelonderzoek heeft conclusies opgeleverd ten aanzien van kernbegrippen van het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. Het werkmodel zoals in het eerste deelonderzoek geformuleerd is, heeft door het tweede deelonderzoek meer een empirische basis gekregen. Tot nu toe is het onderzoek beperkt gebleven tot het voorbeeldinstituut. Gesproken kan worden van één context waarbinnen het werkmodel om de behandeling in de leefgroep vorm te geven ontwikkeld is. Het onderzoek heeft tot nu toe lokale kennis opgeleverd. Een beperking van onderzoek binnen één context is dat er geen mogelijkheid is om het werkmodel te vergelijken met werkmodellen van andere contexten. Door middel van vergelijking is het mogelijk om het werkmodel van het voorbeeldinstituut beter te begrijpen en te doorgronden (Glaser, Strauss, 1967; Yin, 1984; Ragin, 1994). Daarbij is het mogelijk om het empirisch gehalte van het werkmodel te verhogen en daarmee de interne geldigheid van het werkmodel.

Besloten is dat het derde deelonderzoek een onderzoek zal zijn binnen andere contexten dan het voorbeeldinstituut. In het onderzoeksontwerp van het derde deelonderzoek (9.1) zal beredeneerd worden welk deel van het werkmodel onderzocht zal worden, welke de geschikte contexten zijn om te onderzoeken en welke onderzoeksprocedures gevolgd zullen worden.

DEEL III

Het derde deelonderzoek

**Onderzoek naar werkmodellen van twaalf
gelijksoortige instituten**

ONDERZOEKSONTWERP VAN HET DERDE DEELONDERZOEK

~

Het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut is enerzijds vanuit een theoretisch raamwerk, anderzijds vanuit publicaties van het voorbeeldinstituut beschreven (hoofdstuk 3). Het theoretisch raamwerk bestaat uit vier categorieën, te weten doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit. Er is zichtbaar gemaakt welke dimensies en aspecten de categorieën van het werkmodel van het voorbeeldinstituut bevatten. Tevens zijn de relaties tussen de dimensies en aspecten van de categorieën en tussen de categorieën onderling zichtbaar gemaakt. Er is onderscheid gemaakt tussen het werkmodel 'zoals bedoeld' (de werkelijkheden ** en ***) en het werkmodel 'zoals gebruikt' in de praktijk (werkelijkheid *).

In het voorbeeldinstituut is er onderzoek gedaan naar een deel van het werkmodel 'zoals bedoeld' (tweede deelonderzoek). Het betrof de behandelingsplanning en het behandelingsplandocument voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. Door dit onderzoek is duidelijk gemaakt hoe een deel van het werkmodel 'zoals bedoeld' in de praktijk wordt gebruikt en is het werkmodel 'zoals bedoeld' aangescherpt.

Tot op dit moment is het onderzoek naar het werkmodel beperkt gebleven tot één instituut. Een belangrijke vraag is welke de werkmodellen van gelijksoortige instituten zijn. Zijn er typen van werkmodellen te onderscheiden? Welke zijn de overeenkomsten en welke de verschillen van de werkmodellen met die van het voorbeeldinstituut?

In dit hoofdstuk zullen de opzet en procedures van het deelonderzoek besproken worden. De vraagstelling van dit deelonderzoek komt aan de orde (9.1). Vervolgens komen de opzet en procedures aan bod (9.2). Tot slot volgt er een samenvatting van dit hoofdstuk (9.3).

9.1 De vraagstelling

Het onderzoek is tot nu toe beperkt gebleven tot het werkmodel van het voorbeeldinstituut. De vraag kan gesteld worden of er in andere gelijksoortige instituten sprake is van een overeenkomstig werkmodel of dat er veeleer gesproken kan worden van typen van werkmodellen. Is het mogelijk om door onderzoek het tot nu toe geformuleerde werkmodel voor de behandeling in de leefgroep te complementeren en te nuanceren?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden kan nagegaan worden welke opvattingen de medewerkers hebben over het werkmodel van het instituut dat gebruikt wordt voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep.

De vraagstelling van dit deelonderzoek luidt: *'Welke zijn de opvattingen van de medewerkers van gelijksoortige instituten over het werkmodel 'zoals gebruikt' voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep'.*

De vraag is welke opvattingen achterhaald moeten worden. Om deze vraag te beantwoorden zal het tot nu toe geformuleerde werkmodel als 'frame of reference' dienen (Miles, Huberman, 1984) op basis waarvan de nieuwe gegevens geanalyseerd kunnen worden. Evenals in het voorbeeldinstituut zal nagegaan worden welke de opvattingen van de medewerkers zijn over delen van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep. Uitgegaan is van de gedachte dat in gelijksoortige instituten de behandeling in de leefgroep, evenals in het voorbeeldinstituut, vorm gegeven wordt door middel van een systeem van overleg en verslaglegging. Dit systeem van overleg en verslaglegging is het uitgangspunt van dit deelonderzoek. Het systeem van overleg en verslaglegging kent aspecten van de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit (zie hoofdstuk 3). Door medewerkers over het systeem van overleg en verslaglegging te interviewen zal het mogelijk zijn om vanuit de praktijk gegevens te verzamelen voor deze categorieën. Vanuit deze gedachtengang zijn de volgende *onderzoeksvragen* geformuleerd:

- zijn er typen van werkmodellen voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep te onderscheiden en zo ja, welke;
- waarin verschillen de typen van werkmodellen ten aanzien van de categorieën doelgerichtheid, structuur en coördinatie;
- welke consequenties hebben de uitkomsten voor het tot nu toe geformuleerde werkmodel voor de behandeling in de leefgroep;
- welke consequenties hebben de uitkomsten van dit deelonderzoek voor het volgende deelonderzoek naar werkmodellen.

9.2 De opzet en procedures

In de volgende paragrafen zal beargumenteerd worden waarom er besloten is tot de twaalf gelijksoortige instituten waarbinnen de opvattingen van medewerkers over het werkmodel nagegaan zullen worden (9.2.1) en op welke wijze geïnterviewd zal gaan worden (9.2.2), wie geïnterviewd zullen gaan worden (9.2.3), de interviewer en de invloed van de interviewer op de geïnterviewden en omgekeerd (9.2.4) en de analyse van de interviewprotocollen (9.2.5)

9.2.1 Twaalf kinderpsychiatrische klinieken onderzocht

De vraag is welke instituten in aanmerking komen om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Een belangrijke vraag hierbij is of er wel of geen overeenstemming in de context van het voorbeeldinstituut met de andere instituten zou moeten zijn. Besloten is om op basis van de volgende overwegingen instituten met een gelijksoortige context te onderzoeken. Instituten met een gelijksoortige context zijn de kinderpsychiatrische klinieken van Nederland.

Wanneer werkmodellen van gelijksoortige instituten onderzocht worden, zal de vergelijkbaarheid tussen het werkmodel van het voorbeeldinstituut en van de gelijksoortige instituten vergroot worden in vergelijking tot ongelijksoortige instituten die onderzocht worden doordat de context als nagenoeg identiek opgevat wordt. Indien er in het onderzoek verschillende typen van werkmodellen gevonden worden, kan achteraf de invloed van de context worden ingeschat (Glaser, Strauss, 1967). Door vergelijking van de werkmodellen wordt het mogelijk om het werkmodel van het voorbeeldinstituut te nuanceren en te expliciteren.

Een bijkomend voordeel van explicitering van de context is dat dit een inschatting van de externe geldigheid van het werkmodel mogelijk gaat maken. Dat wil zeggen dat in deze fase van onderzoek voorwaarden geschapen kunnen worden die dienen om in een vervolgonderzoek de externe geldigheid na te gaan.

Doordat er meerdere instituten in dit deelonderzoek betrokken gaan worden, kan dit deelonderzoek opgevat worden als een *'cross-case study'* (Herriott, Firestone, 1983; Miles, Huberman, 1984; Yin, 1984; Denzin, 1989). Dit in tegenstelling tot het eerste en het tweede deelonderzoek die als een *'single-case study'* beschouwd kunnen worden. In het eerste en het tweede deelonderzoek heeft het voorbeeldinstituut als een casus gefungeerd, in het huidige deelonderzoek zullen meerdere instituten als casus onderzocht worden en zal er vergelijking tussen de casussen mogelijk worden. Ten tijde van dit onderzoek zijn twaalf kinderspsychiatrische klinieken in aanmerking gekomen voor onderzoek. Een lijst van de twaalf bezochte klinieken is opgenomen als bijlage IV.

9.2.2 De interviews

In dit deelonderzoek zullen de opvattingen van de medewerkers van gelijksoortige instituten achterhaald gaan worden. Besloten is om de opvattingen door middel van interviews te onderzoeken. In hoofdstuk 6 is er verantwoording afgelegd met betrekking tot de beslissing waarom voor interviews gekozen is. Deze verantwoording geldt ook voor dit deelonderzoek en zal daarom hier niet herhaald worden.

De volgende vraag is welk type interview in aanmerking komt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Er is besloten om evenals in het tweede deelonderzoek gebruik te maken van *'focused'* interviews (zie paragraaf 6.2.1). De redenen hiertoe zijn dat de onderzoeksvragen gerichte vragen nodig maken en dat het onderzoek een explorerend karakter heeft waardoor het interview naast de gerichte vragen een open karakter moet hebben.

De volgende vraag is welke gerichte vragen gesteld zullen gaan worden. De categorieën van het werkmodel kennen veel aspecten en deze kunnen in interviews niet alle separaat aan de orde worden gesteld. In de hoofdstukken 3 en 4 is beargumenteerd dat de categorie coördinatie aspecten uit de andere categorieën geïncorporeerd kan hebben. Door vragen te stellen over de categorie coördinatie is het mogelijk om aspecten uit andere categorieën op het spoor te komen. Besloten is om gerichte vragen te stellen over het systeem van overleg en verslaglegging.

Vervolgens is de vraag wat het open karakter van het interview zal moeten inhouden. Zoals reeds gezegd zal het interview gestart worden met vragen naar het circuit van overleg en het circuit van verslaglegging. Terwijl de geïnterviewde een beschrijving geeft van het systeem van overleg en verslaglegging kan naar aanleiding daarvan erover doorgevraagd worden. Er kan bijvoorbeeld over doorgevraagd worden wanneer door de geïnterviewde bepaalde accenten gelegd worden in de beschrijving van het systeem van overleg en verslaglegging of wanneer bepaalde aspecten niet genoemd worden.

Door deze voorgenomen wijze van interviewen zal het mogelijk worden om opvattingen over het werkmodel waarmee de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt, te achterhalen (zie bijlage V voor lijst met aandachtspunten van het interview).

9.2.3 De geïnterviewden (de onderzoeksgroep)

De vraag is welke medewerkers van de gelijksoortige instituten geïnterviewd dienen te worden. De volgende redenering is gevolgd om de vraag te beantwoorden.

De vraagstelling van dit deelonderzoek betreft de opvattingen van de medewerkers over het werkmodel voor vormgeving van de behandeling in de leefgroep. De behandeling in de leefgroep wordt vorm gegeven door diverse medewerkers en niet alleen door leefgroepwerkers. In de hoofdstukken 3 en 4 is gebleken dat coördinatoren (behandelings- en leefgroepcoördinatoren) in het voorbeeldinstituut een belangrijke bijdrage leveren aan de sturing van de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. Degenen die sturen zullen dit doen aan de hand van een expliciet of impliciet gebleven werkmodel. Het ligt voor de hand dat getracht wordt het werkmodel van coördinatoren in andere instituten te achterhalen.

Besloten is om coördinatoren die de behandeling in de leefgroep mede vorm geven te interviewen. De keuze welke coördinatoren geïnterviewd zullen gaan worden, zal overgelaten worden aan het hoofd van het instituut zelf. Eerst zal een 'inleidende brief' vanuit het voorbeeldinstituut gestuurd worden aan het hoofd van het instituut. In de brief zal het doel van het onderzoek kort geschetst worden en het verzoek gedaan worden om een medewerker te mogen interviewen. Na ongeveer veertien dagen zal onderzoekster het hoofd van ieder instituut bellen met de vraag wie geïnterviewd zou kunnen worden. Opgemerkt moet worden dat het resultaat van de voorgenomen procedure was dat vanuit ieder instituut direct medewerking verleend is.

De volgende medewerkers zijn geïnterviewd:

- één hoofd van de orthopedagogische afdeling en creatief therapeuten;
- vijf leefgroepcoördinatoren;
- vijf (beleids)psychiaters;
- één groepsleider/orthopedagoog.

Onder de vijf leefgroepcoördinatoren zijn er drie met jarenlange ervaring als groepsleider. Alle geïnterviewden geven leiding aan teams van leefgroepwerkers (variërend van alle teams van het instituut tot één team). De interviews zijn van januari tot september 1992 afgenomen.

9.2.4 De interviewer

Evenals in het tweede deelonderzoek dient de vraag gesteld te worden wie de interviews afneemt, waartoe besluiten genomen zijn op basis van de volgende overwegingen.

De onderzoekster zal zelf onderzoeken omdat zij bekendheid bezit met systemen van overleg en verslaglegging binnen hulpverleningsinstellingen. Deze bekendheid met het onderwerp maakt het mogelijk om gericht te kunnen doorvragen daar waar nodig. Er zullen, gezien het feit dat te veel kennis invloed kan uitoefenen op de wijze van interviewen, maatregelen voor bias getroffen moeten worden. Maatregelen betreffen de controle van bias a (effecten van onderzoeker op het onderzoeksveld) en bias b (effecten van het onderzoeksveld op de onderzoeker) (zie ook hoofdstuk 6).

Maatregelen die genomen zullen worden ter *controle van bias a* zijn:

- dat aan het begin van het onderzoek het doel van het interview en de wijze van interviewen, indien nodig, kort uiteengezet wordt;
- dat onderzoekster vergezeld zal gaan worden door een onderzoeksassistente (orthopedagoog). De onderzoeksassistente zal gaan observeren en eventueel, waar nodig, aanvullende vragen stellen tijdens het interview. De rol van de onderzoeksassistente zal tijdens de telefonische afspraak en eventueel bij aanvang van het interview aan de geïnterviewden verduidelijkt worden. Na het interview zal het geobserveerde op schrift gesteld worden door de onderzoeksassistente waardoor controle van bias a mogelijk wordt.

Maatregelen die genomen zullen worden ter *controle van bias b* zijn:

- dat de onderzoeksassistente observaties hieromtrent maakt tijdens de interviews;
- dat tijdens het uittypen en de analyse van de interviews gezocht zal gaan worden naar effecten van de geïnterviewden op de interviewer.

In hoofdstuk 11 zal besproken worden hoe aan deze voornemens tot controle van bias is voldaan.

9.2.5 De analyse van de onderzoeksgegevens

Na het afnemen van de interviews luidt de vraag hoe deze te analyseren. Welke analysemethoden zullen er gevolgd worden? Vragen omtrent de interviewprotocols, het computerprogramma, de segmentering en de bewerking van de interviewtekst, de terugkoppeling naar de geïnterviewden, de samenvattingen en de analyse van de samenvattingen moesten beantwoord worden. Tevens moest een besluit genomen worden over hoe de resultaten te beschrijven. Op iedere vraag wordt ingegaan waarbij argumenten voor de besluiten gegeven worden.

De interviewprotocols

De vraag is of de interviews integraal uitgetypt moeten worden. In het tweede deelonderzoek was de ervaring dat het integraal uittypen van de interviews een zeer tijdrovende bezigheid was. Zou er niet een manier gevonden kunnen worden om dit te verminderen? Een manier is om tijdens het interview zelf het besprokene samen te vatten. Een andere manier is om achteraf het besprokene meteen samen te vatten en niet integraal uit te typen.

Besloten is om de interviews toch integraal uit te typen en niet meteen samen te vatten. De redenen daartoe zijn dezelfde als die genoemd in hoofdstuk 6, namelijk dat een steeds terugkerende analyse van de gehele tekst mogelijk blijft, de controle van bias vergemakkelijkt wordt en aan de eis van openbaarheid voldaan wordt.

Het computerprogramma, de segmentering en bewerking van de interviewtekst

Het is opnieuw de vraag of er gebruik gemaakt zal gaan worden van een computerprogramma. In tegenstelling tot het tweede deelonderzoek is besloten hier geen gebruik van te maken waarvoor de volgende redenen aan te voeren zijn.

De interviewteksten konden, nadat ze uitgetypt waren, gemakkelijk gesegmenteerd worden in drie delen: 'algemeen', 'het circuit van overleg' en 'het circuit van verslaglegging'. Vervolgens konden van ieder interview de teksten die tot de drie delen behoorden, samengevat worden. De samenvatting van ieder interview besloeg drie tot vier bladzijden. De hoeveelheid tekst is door deze manier van bewerking teruggebracht van dertig bladzijden interviewtekst naar vier à vijf bladzijden. Voor dit aantal bladzijden is geen computerprogramma nodig om ze te analyseren.

De terugkoppeling naar de geïnterviewden

De vraag is vervolgens of de samenvattingen teruggekoppeld moeten worden naar de geïnterviewden. Besloten is de samenvattingen naar de geïnterviewden terug te sturen voor commentaar en ter verklaring voor accoord. De reden voor deze beslissing is om na te kunnen gaan of de inhoud, die onder de drie aspecten valt, herkend wordt als behorend tot de opvattingen van de geïnterviewde.

Tien interviews zijn geretourneerd met verbeteringen in de tekst. De geïnterviewden verklaarden zich akkoord met de samenvatting indien verbeteringen alsnog aangebracht zouden worden in de tekst. Dit is gebeurd. De verbeteringen betroffen kleine wijzigingen in de benaming van de overleggen, in de samenstelling van de overleggen of de tijdstippen van de overleggen. Er was geen sprake van principiële veranderingen in de tekst.

De wijze van analyseren van de samenvattingen

Na het aanbrenen van de verbeteringen in de samenvattingen doet zich de vraag voor op welke wijze de samenvattingen te analyseren. De wijze van analyseren dient beantwoording van de onderzoeksvragen mogelijk te maken. Om dit te bereiken zijn de volgende stappen ondernomen.

De *eerste stap* is geweest dat er drie matrices ontworpen zijn waarin interviewdata geordend zouden worden. Er is een matrix ontworpen om gegevens betreffende het circuit van overleg te ordenen en een matrix om de gegevens betreffende het circuit van verslaglegging te ordenen. Vervolgens is een matrix ontworpen waarin gegevens omtrent de categorieën doelgerichtheid, structuur en coördinatie geordend zouden kunnen worden. Per instituut zouden de drie matrices ingevuld gaan worden. De categorie continuïteit is niet in aanmerking gekomen omdat de onderzoeksgegevens daarin niet te passen waren.

De *tweede stap* is geweest de matrices te analyseren op overeenkomsten. Vooruitlopend op de beschrijving van de resultaten in hoofdstuk 10, zullen hier de eerste conclusies omtrent de overeenkomsten genoemd worden.

Alle instituten zijn gericht op het helpen van kinderen (en hun gezin) met kinderpsychiatrische problematiek. In alle instituten wordt gewerkt in multidisciplinair verband waarbij een onderscheid gemaakt kan worden in lijn- en staffuncties. De lijnfuncties worden bezet door behandelingscoördinatoren, leefgroepcoördinatoren en leefgroepwerkers en de staffuncties door de behandelaars en de diagnostici. Alle instituten kennen een circuit van overleg en een circuit van verslaglegging. Hoewel de benamingen voor de overleggen met bijbehorende verslaglegging zeer verschillend kunnen zijn, kunnen de benamingen van de overleggen onderverdeeld worden in *beleidsbepalende*, *beleidsuitvoerende* en *beleidsondersteunende overleggen*.

Beleidsbepalende overleggen zijn overleggen gericht op het bepalen van beleidsafspraken voor de langere termijn. Deze vinden meestal in breed multidisciplinair team en verder in een twee- tot zesmaandelijks ritme per kind plaats. In dit overleg wordt voor één kind beleid bepaald.

Beleidsuitvoerende overleggen zijn gericht op het volgen en evalueren van de behandeling en van de behandelingsafspraken voor de kortere termijn. Dit kan plaatsvinden in een breed tot smal multidisciplinair verband in een dagelijks, wekelijks tot tweewekelijks ritme per aantal kinderen tegelijk. In de meeste instituten worden alle of een deel van de kinderen van de leefgroep tegelijk besproken. In deze overleggen wordt het afgesproken beleid gevolgd, geëvalueerd en/of wordt het beleid vertaald naar wat het betekent voor het behandelen in de leefgroep.

Beleidsondersteunende overleggen zijn gericht op de ondersteuning van de behandelaars. De overleggen worden begeleid door een staf- of door een lijnfunctionaris in een één-, twee- of driewekelijks ritme. Deze overleggen zijn onder te verdelen in werkbegeleiding, teambegeleiding en theoriecursussen.

In alle instituten worden verslagen geschreven ten behoeve van en voortvloeiend uit de overleggen.

Terwille van een eenduidige benaming van de overleggen zal in hoofdstuk 10 gesproken worden over beleidsbepalende, beleidsuitvoerende en beleidsondersteunende overleggen.

De *derde stap* is geweest om de matrices te analyseren op verschillen. Hierdoor werd het mogelijk om de kernverschillen tussen de instituten te vinden.

Op basis van de analysestappen is het mogelijk om typen van werkmodellen te formuleren.

De beschrijving van de resultaten

In hoofdstuk 10 zullen de resultaten als volgt beschreven worden: de typen van werkmodellen zullen omschreven worden en vervolgens zullen de categorieën per type werkmodel uitgewerkt worden.

De consequenties voor het werkmodel van het voorbeeldinstituut

Na de beschrijving van de typen van werkmodellen zullen de consequenties van de uitkomsten van het deelonderzoek voor het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut aan de orde komen. Bekeken zal worden of de schema's van het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut (zie hoofdstuk 4) aangepast dienen te worden.

9.3 Samenvatting

Het onderzoeksontwerp van het derde deelonderzoek is aan de orde geweest. De opzet heeft veel overeenkomsten met die van het tweede deelonderzoek. De vraagstelling betreft de opvattingen van coördinatoren in twaalf kinderpsychiatrische klinieken van Nederland over het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. De twaalf instituten zijn ieder als casus opgevat. De stappen in de analyse van de onderzoeksgegevens zijn besproken. Door vergelijking van de casussen moet het mogelijk worden om typen van werkmodellen te formuleren. Door middel van vergelijking van de werkmodellen met die van het voorbeeldinstituut zal het mogelijk worden om het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut te nuanceren en te complementeren.

UITKOMSTEN: TYPEN VAN WERKMODELLEN VAN TWAALF GELIJKSOORTIGE INSTITUTEN

~

In dit hoofdstuk zullen de uitkomsten van het onderzoek naar werkmodellen voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep van twaalf kinderpsychiatrische klinieken in Nederland aan de orde komen. De onderzoeksvragen die in hoofdstuk 9 geformuleerd zijn, zullen één voor één beantwoord worden.

De eerste onderzoeksvraag heeft betrekking op de vraag of er verschillende typen van werkmodellen voor de vormgeving van de behandeling te ontdekken zijn en zo ja welke. Op basis van de analyse van de interviews kunnen typen van werkmodellen onderscheiden worden. De typen van werkmodellen zullen aan de orde komen (10.1).

De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op de vraag waarin de werkmodellen onderling en in vergelijking met het voorbeeldinstituut verschillen. Om deze vraag te beantwoorden zullen eerst de categorieën doelgerichtheid, structuur en coördinatie van ieder type werkmodel beschreven worden (10.2).

Vervolgens zullen door middel van vergelijking tussen de werkmodellen de kernverschillen tussen de werkmodellen omschreven worden (10.3).

De derde onderzoeksvraag heeft betrekking op de vraag welke consequenties de uitkomsten van het deelonderzoek hebben voor het tot nu toe geformuleerde werkmodel voor de behandeling in de leefgroep. Op basis van de gevonden kernverschillen tussen de werkmodellen zullen de consequenties beredeneerd worden. Tevens zal nagegaan worden of de schema's van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep aanpassingen behoeven (10.4).

De vierde onderzoeksvraag heeft betrekking op de consequenties van de uitkomsten voor vervolgonderzoek. In hoofdstuk 12 komen de consequenties aan de orde.

10.1 De typen van werkmodellen

Uit de onderzoeksdata kunnen *twee werkmodellen* afgeleid worden. Deze twee werkmodellen worden benoemd als het inductieve en het deductieve werkmodel. In vijf instituten is er sprake van een inductief en in zeven van een deductief werkmodel. In 10.1.1 worden de twee werkmodellen nader omschreven.

10.1.1 De twee werkmodellen

Het inductieve werkmodel

Een werkmodel wordt inductief genoemd omdat de vormgeving van de behandeling primair ontstaat vanuit het delen van ervaringen en zienswijzen in het systeem van overleg en ver-

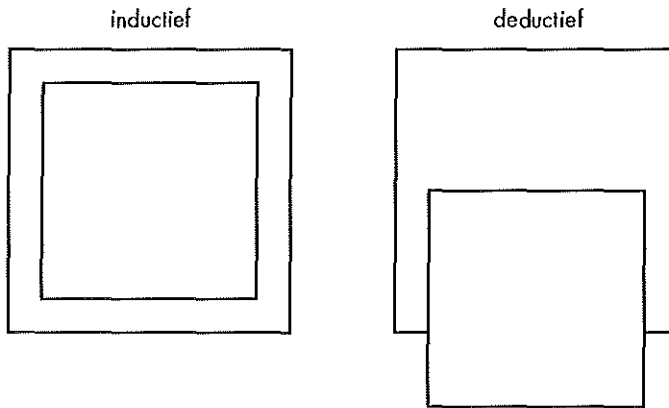
slaglegging door de groepsleiding (al dan niet) in samenwerking met het multidisciplinaire team. Er is geen duidelijk onderscheid waar te nemen tussen het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en het werkmodel van de behandeling in de leefgroep. Het werkmodel van de behandeling in de leefgroep kan derhalve niet primair afgeleid worden uit het werkmodel van de hulpverleningsinstelling. De vormgeving van de behandeling in de leefgroep vindt voornamelijk van onderop plaats.

Het deductieve werkmodel

Een werkmodel wordt deductief genoemd omdat het werkmodel van de hulpverleningsinstelling gebruikt wordt om de behandeling in de leefgroep vorm te geven en te sturen binnen het systeem van overleg en van verslaglegging. Er is een onderscheid waar te nemen tussen het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en het werkmodel van de behandeling in de leefgroep. Het werkmodel van de behandeling in de leefgroep is een afgeleide van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling. De vormgeving van de behandeling in de leefgroep vindt voornamelijk van bovenaf plaats.

De twee werkmodellen worden in de figuur weergegeven.

FIGUUR 10.1: HET INDUCTIEVE EN DEDUCTIEVE WERKMODEL



Links in de figuur wordt duidelijk dat het werkmodel van de hulpverleningsinstelling grotendeels samenvalt met het werkmodel van de behandeling in de leefgroep (het inductieve werkmodel). Rechts in de figuur valt waar te nemen dat het werkmodel van de behandeling in de leefgroep een afgeleide is van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling (het deductieve werkmodel).

10.1.2 De vijf subwerkmodellen

Binnen het inductieve en deductieve werkmodel kunnen *subwerkmodellen* onderscheiden worden.

Tot het inductieve werkmodel worden het inductieve relatie-communicatie model (in drie instituten aangetroffen) en het inductieve autonomie model (in twee instituten aangetroffen) gerekend.

Tot het deductieve werkmodel worden het deductieve doelen werkmodel (in vier instituten aangetroffen), het deductieve onvolledige werkmodel (in drie instituten aangetroffen) en het deductieve geïntegreerde werkmodel (in het voorbeeldinstituut aangetroffen) gerekend.

In het navolgende worden de subwerkmodellen omschreven.

Het inductieve relatie-communicatie model

Dit subwerkmodel wordt relatie-communicatie model genoemd omdat in het model de communicatie tussen de medewerkers centraal staat in het systeem van overleg en verslaglegging. In de communicatie en door middel van de communicatie wordt gewerkt aan de explicitering van de relatievorming van medewerkers en kinderen en tussen de medewerkers onderling. Het delen van elkaars ervaringen en zienswijzen omtrent de behandeling van het kind en diens gezin binnen de overleggen en de verslaglegging wordt als belangrijk middel gezien om de behandeling vorm te geven en te sturen.

Een theoretisch referentiekader van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling (van waaruit deductief de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt) speelt een ondergeschikte rol aan de inductieve vormgeving.

Het inductieve autonomie model

Dit subwerkmodel wordt autonomie model genoemd omdat in dit werkmodel het accent ligt op het vormgeving van de behandeling in de leefgroep door de leefgroepwerkers alleen. Er is evenals in de andere modellen sprake van multidisciplinair samenwerken en behandelen en van een multidisciplinaire overlegstructuur. De wijze van multidisciplinair samenwerken en de inrichting van het systeem van overleg en van verslaglegging is echter zodanig dat uiteindelijk de leefgroepwerkers zelf de behandeling in de leefgroep vorm geven.

Het deductieve doelen model

Dit subwerkmodel wordt doelen model genoemd omdat de formulering van doelen in het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en in het werkmodel van de behandeling in de leefgroep centraal staat. In multidisciplinair overleg worden behandelingsdoelen gesteld en deze worden daarna vertaald naar behandelingsdoelen voor de behandeling in de leefgroep. De vormgeving van de behandeling in de leefgroep wordt voornamelijk gestuurd door de geformuleerde doelen van de hulpverleningsinstelling.

Het deductieve onvolledige werkmodel

Dit subwerkmodel wordt onvolledig genoemd omdat delen van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling min of meer geëxpliciteerd zijn. Dit geldt ook voor het werkmodel van de behandeling in de leefgroep. De vormgeving van de behandeling in de leefgroep wordt gestuurd door delen uit het werkmodel van de hulpverleningsinstelling.

Het deductieve geïntegreerde werkmodel

Dit subwerkmodel wordt geïntegreerd genoemd omdat zowel de delen van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling als die van het werkmodel van de behandeling in de leefgroep vergaand geëxpliciteerd, gedifferentieerd en geïntegreerd zijn. Het werkmodel van de hulpverleningsinstelling bezit een inhoudelijk en procedureel kader van waaruit de vormgeving van de behandeling in de leefgroep kan plaatsvinden. Het werkmodel van de behandeling in de leefgroep bezit een eigen inhoudelijk en procedureel kader dat een afgeleide is van

het werkmodel van de hulpverleningsinstelling. De vormgeving van de behandeling in de leefgroep wordt gestuurd door het werkmodel van de hulpverleningsinstelling.

10.2 De categorieën van vier subwerkmodellen nader uitgewerkt

Voor vier subwerkmodellen zullen de categorieën nader uitgewerkt worden. Het deductieve geïntegreerde werkmodel zal niet uitgewerkt worden omdat dit werkmodel in het eerste en het tweede deconderzoek heeft plaatsgevonden. De uitwerking betreft de categorieën doelgerichtheid, structuur en coördinatie. Zoals in hoofdstuk 9 is aangegeven, wordt de categorie continuïteit buiten beschouwing gelaten.

In de uitwerking zal eerst het gemeenschappelijke van de instituten genoemd worden. Voor de categorie *doelgerichtheid* zal aangegeven worden welke doeleinden centraal staan: de doeleinden in termen van kind en gezin en in termen van de behandeling.

Voor de categorie *structuur* zullen de behandelingstaken van de leefgroepwerkers aan de orde komen.

Voor de categorie *coördinatie* zal nagegaan worden welke medewerkers de vormgeving van de behandeling in de leefgroep coördineren en welke rol ze hierin spelen. Hebben ze een participerende, adviserende en/of een bepalende rol in de vormgeving van de behandeling in de leefgroep? Tevens zal weergegeven worden hoe in het desbetreffende werkmodel het systeem van overleg en verslaglegging georganiseerd is. Daarbij zal de mate van formalisatie aan de orde komen.

10.2.1 Het inductieve relatie-communicatie model

Doelgerichtheid

In het inductieve relatie-communicatie model staan de doeleinden in termen van de behandeling centraal. De focus van de behandeling is weliswaar de ontwikkeling van het kind en gezin, maar het accent ligt op het behandelingsmiddel: de relatievorming tussen het kind en de medewerkers en tussen de medewerkers onderling. Aan het behandelingsmiddel, de relatievorming, wordt door de gehele behandelingsorganisatie heen veel aandacht besteed. Er is intensieve communicatie tussen de medewerkers nodig om het behandelingsmiddel te 'operationaliseren' in wat het betekent voor het dagelijkse handelen (zie onder Structuur).

Structuur

De behandelingstaken van de leefgroepwerkers liggen niet op voorhand vast. Ze worden niet opgelegd en ze zijn weinig 'standaard'. Op basis van het gezamenlijk delen van ervaringen in het werk van de leefgroepwerker in de verschillende overleggen worden de taken van de leefgroepwerkers voor een groot deel bepaald.

In één instituut is er sprake van een 'basisstructuur' van waaruit de taken inhoud krijgen. Het uitgangspunt is dat de leefgroepwerkers als een soort gezin dienen op te treden. De leefgroepwerkers met de meeste ervaring zullen met de jongste kinderen werken omdat dit een zekere vaardigheid vereist.

Coördinatie

Coördinatoren

In het inductieve relatie-communicatie werkmodel zijn de psychiaters eindverantwoordelijk voor de behandeling. De psychiaters nemen deel aan het bepalen van de behandelingslijnen in het breed multidisciplinaire beleidsbepalend overleg. Dit gebeurt op basis van consensus over welke de behandelingslijnen moeten zijn. Het zijn de orthopedagoog of de leefgroep-coördinator die tezamen met de leefgroepwerkers in één tot twee wekelijkse beleidsuitvoerende overleggen de behandeling in de leefgroep vorm geven.

De psychiaters participeren alleen in de beleidsbepalende overleggen, niet in de beleidsuitvoerende overleggen.

In één instituut participeert de psychiater tezamen met de ouder- en gezinsbegeleider en het gehele team leefgroepwerkers wel in een beleidsuitvoerend overleg. Dit overleg betreft het doornemen van alle kinderen van een groep. Er is een keur aan onderwerpen die besproken kan worden, er is geen duidelijke structuur in te herkennen. Tien minuten tot een kwartier wordt bij ieder kind stilgestaan. In dit overleg heeft de psychiater geen beleidsbepalende rol.

Overleggen

In alle overleggen wordt veel gecommuniceerd over de leefgroepwerker in relatie tot het kind, de ouders, de medewerkers, de organisatie en de bredere omgeving van de leefgroepwerker. Zowel de eigen als andermans persoon kunnen diepgaand besproken worden. Er is een grote emotionele betrokkenheid tussen de leefgroepwerkers onderling. In één instituut zijn bijna alle leefgroepwerkers in therapie. De overleggen zijn altijd teamgericht, er is geen sprake van een dyadisch overleg. Dit geldt ook voor de ondersteunende overleggen (bijvoorbeeld werkbegeleiding).

Het beleidsbepalend overleg is het meest *geformaliseerd* overleg, waarin een bepaalde structuur, die gevolgd wordt, te vinden is.

In twee instituten bestaan de beleidsbepalende overleggen enerzijds uit een 'diagnostiek'-gedeelte, waarbij het doel is te komen tot een beeldvorming over de problematiek van kind en gezin, anderzijds uit een 'behandelings'-gedeelte, waarbij de bepaling van de behandelingslijnen en het maken van afspraken het doel is. In het ene instituut is de structuur van het overleg: de beeldvorming van het kind, brainstormen over de relatievorming en de betekenis ervan voor de behandelingsafspraken. In het andere instituut wordt gediscussieerd over het verslag om tot beeldvorming en verinnerlijking van het beeld te komen.

In het derde instituut is het eerste beleidsbepalende overleg een diagnostiekstaf. Dit overleg is enerzijds gericht op de diagnostiek van de problematiek van kind en gezin en anderzijds op aanzetten tot de behandeling. Dit eerste overleg is het meest geformaliseerd en gestructureerd, de daarop volgende beleidsbepalende overleggen zijn dit minder.

De beleidsuitvoerende en beleidsondersteunende overleggen die volgen op de eerste overleggen zijn vooral gericht op het bespreken en het volgen van de behandelingsafspraken.

Verslaglegging

In de onderzochte instituten staat het communiceren met elkaar in overleg meer op de voorgrond dan de verslaglegging. De verslaglegging voor de diverse overleggen geeft aanzetten

voor het onderlinge overleg. De inhoud ervan wordt niet van bladzijde tot bladzijde nagegaan.

In het ene instituut wordt in de verslaglegging voor het beleidsbepalend overleg het kind en gezin in zijn context beschreven waarbij de beschrijving van situaties en relaties benadrukt wordt. Door deze manier van beschrijven kunnen in het overleg de verschillende relaties besproken worden.

In het andere instituut wordt in de verslaglegging voor het beleidsbepalend overleg de ontwikkeling van het kind beschreven. Aan de hand van de beschrijvingen ontstaat er een zodanige discussie dat de leefgroepwerkers betekenis kunnen verlenen aan wat er aan de hand is met het kind en diens gezin. Door deze betekenisverlening weten de leefgroepwerkers vervolgens hoe te handelen.

In het volgende instituut wordt voor het eerste beleidsbepalend overleg een beeld van kind en gezin geschetst. Het is een vrij kort verslag (één bladzijde). Voor het daaropvolgend beleidsbepalend overleg wordt er geschreven over de behandelingsafspraken die gemaakt zijn.

In twee instituten is er een *formalisatie* van de uitgangspunten van de behandeling in de verslaglegging voor het eerste beleidsbepalend overleg. In het ene instituut geldt deze formalisatie ook voor de daarop volgende beleidsbepalende overleggen, in het andere instituut niet.

In het volgende instituut is er geen formalisatie van de uitgangspunten van de behandeling in de verslaglegging te herkennen. Er gaat wel geprobeerd worden om de beleidsafspraken als actiepunten door de verslaglegging heen te vlechten, maar dit gebeurt nog niet systematisch.

In de drie onderzochte instituten met dit type werkmodel worden er geen plannen voor de behandeling in de leefgroep geschreven. Er wordt wel overwogen om deze plannen te gaan maken. De behandelingslijnen die op de beleidsbepalende overleggen geformuleerd en in notulen vastgelegd worden, vormen het behandelingsplan.

De problemen die in het ene instituut gesignaleerd worden bij het maken van behandelingsplannen voor de behandeling in de leefgroep bestaan hieruit dat het een lange tijd duurt voordat de informatie eruit iedereen bereikt. Hierdoor kan geen snelle informatieuitwisseling plaatsvinden. In het andere instituut zou een behandelingsplan te abstract zijn. Er is altijd een vertaling nodig naar de praktijk en daar moet over gesproken worden. In het volgende instituut wordt er wel een plan voor de behandeling in de leefgroep geschreven door de leefgroepcoördinator. Dit plan speelt tijdens de behandeling op de achtergrond een rol. Er worden geen subadviezen in neergelegd. Het wordt gebruikt om op diverse momenten tijdens de behandeling (bijvoorbeeld in overleggen en tijdens het schrijven van verslagen) op terug te grijpen.

10.2.2 Het inductieve autonomie model

Doelgerichtheid

In het inductieve autonomie model staan, eveneens als in het inductieve relatie-communicatie model, de doeleinden in termen van de behandeling centraal. De nadruk ligt hierbij op het feit dat de behandeling in de leefgroep opgevat wordt als het 'centrum van de totale behandeling'. De behandeling in de leefgroep wordt primair door de leefgroepwerkers zelf

vorm gegeven, ook al is er ondersteuning vanuit de andere disciplines. De leefgroepwerkers worden als behandelaars opgevat en niet alleen als verzorgers. De leefgroepwerkers zijn zelf verantwoordelijk voor de vormgeving van de behandeling.

In het ene instituut geldt dat alleen wanneer er grote problemen zijn de leefgroepwerkers aan de andere disciplines advies vragen. De leefgroepwerkers hebben vooral behoefte aan achtergrondinformatie omtrent de problematiek van het kind en niet aan informatie over hoe te handelen. Er is geen geëxpliciteerde behandelingsvisie over de behandeling in de leefgroep.

In het andere instituut wordt aan de behandeling in de leefgroep wel vorm gegeven door een geëxpliciteerde behandelingsvisie over de behandeling in de leefgroep. De vormgeving aan de behandeling vindt vanuit een gedragstherapeutische visie plaats. Daarnaast zijn de goede en de zwakke kanten van het kind de uitgangspunten van de behandeling.

Structuur

In dit werkmodel worden per kind in beleidsbepalend overleg behandelingsafspraken gemaakt. De leefgroepwerkers maken een vertaling van de behandelingslijnen die in een breed multidisciplinair beleidsbepalend overleg afgesproken zijn.

In het ene instituut worden de behandelingstaken tijdens het dagelijkse handelen geformuleerd. Gesteld wordt dat de overdracht van de ene dienst van leefgroepwerkers naar de andere dienst de 'kiem van de behandeling' is. De dagelijkse gang van zaken van de leefgroep wordt tijdens de overdracht besproken en nieuwe ideeën worden uitgewisseld over de problematiek van de kinderen en over hoe te handelen.

In het andere instituut geven de gedragstherapeutische principes richting aan de behandelingsstaken van de leefgroepwerkers.

Coördinatie

Coördinatoren

In het inductieve autonomie model hebben de psychiaters meer een participerende en adviserende dan een bepalende rol wat betreft de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. Dit geldt ook voor de leefgroepcoördinatoren.

Overleggen

In dit werkmodel is er in het ene instituut om het jaar een beleidsbepalende staf, in het andere instituut ongeveer drie keer per jaar. Hierin participeert de psychiater. In het ene instituut schrijft de orthopedagoog de notulen van deze beleidsbepalende vergaderingen, in het ander instituut de psychiater. Het brede multidisciplinair beleidsbepalend overleg betreft enerzijds de diagnostische beeldvorming en anderzijds het uitstippelen van behandelingslijnen. Beslissingen in deze vergaderingen worden volgens het consensusmodel genomen.

In de beleidsuitvoerende overleggen krijgen de 'beeldvorming' en de 'behandelingslijnen' een vervolg. De vergaderingen worden eens per drie weken gehouden, waarbij de 'beeldvorming' en de 'behandelingslijnen' die kort tevoren in de beleidsbepalende staf afgesproken zijn aan de orde komen. De 'beeldvorming' en 'behandelingslijnen' worden per kind verder uitgewerkt. In het ene instituut is het gehele behandelingssteam aanwezig, in het andere instituut de leefgroepwerkers, de leefgroepcoördinator, de ouder- en gezinsbegeleider en de arts-assistent. De psychiaters participeren niet of een enkele keer in deze overleggen.

Verslaglegging

In dit werkmodel is de verslaglegging van de leefgroepwerkers weinig geformaliseerd. De verslaglegging van de groepsleiding voor het beleidsbepalend overleg kent een summiere formalisatie. In ieder instituut wordt door de leefgroepwerkers één à anderhalve bladzijde geschreven voor de beleidsbepalende overleggen. De beleidsbepalende overleggen worden in notulen vastgelegd. Deze notulen bevatten een samenvatting van de verslagen van de verschillende disciplines en de behandelingsafspraken.

In dit werkmodel mogen de verslagen niet al te veel bladzijden in beslag nemen om redenen van efficiëntie. Een reden is bijvoorbeeld dat wanneer het verslag te lang is het lezen door de andere disciplines te veel tijd in beslag gaat nemen. De verslaglegging van de leefgroepwerkers voor de volgende beleidsbepalende en beleidsuitvoerende overleggen is dezelfde als de eraan voorafgaande overleggen, maar kan een vrijwillige basis hebben. Het kan voorkomen dat sommige teams van leefgroepwerkers niets vastleggen. Iedere dag wordt er dagrapportage geschreven door de leefgroepwerkers. Deze heeft geen bepaalde structuur.

In dit werkmodel sluit de verslaglegging voor de verschillende overleggen op elkaar aan. De behandelingslijnen van het beleidsbepalend overleg worden vertaald naar de behandeling in de leefgroep en deze vertaling is de basis voor de verslaglegging voor de beleidsuitvoerende overleg.

In het ene instituut wordt door de leefgroepwerkers een aantal ontwikkelingsaspecten beschreven zoals contact, gedrag, spel, vrije tijd, omgang met volwassenen en met kinderen. Voor ieder aspect is een bepaalde ruimte op een formulier ingeruimd. Deze ruimte bepaalt de hoeveelheid informatie waarover geschreven kan worden. Wanneer de ruimte vol is, wordt er niet meer geschreven. Voor het beleidsbepalend overleg is de verslaglegging door de leefgroepwerkers dezelfde als voor de beleidsuitvoerende overleg, maar ieder team leefgroepwerkers bepaalt zelf of het wel of niet een verslag maakt en wat het opschrijft.

In het andere instituut wordt alleen voor het beleidsbepalend overleg een verslag gemaakt en niet voor de beleidsuitvoerende overleggen. De plannen die in de beleidsuitvoerende overleggen gemaakt worden, worden soms geschreven door de stagiaire orthopedagogiek. De afspraken van de plannen worden door de leefgroepcoördinator genotuleerd.

10.2.3 Het deductieve doelen model**Doelgerichtheid**

In het deductieve doelen model staan de doeleinden in termen van de behandeling centraal. De formulering van de behandelingsdoelen neemt een belangrijkere plaats in dan de formulering van problematiek van de kinderen. Het stellen van behandelingsdoelen voorafgaand en/of tijdens de gehele behandeling wordt benadrukt. De behandelingsdoelen worden afgeleid uit het diagnostisch onderzoek dat vooraf of tijdens de opname van het kind gedaan is. De behandelingsdoelen worden door de beleidspsychiater bepaald en beschreven. Voor de formulering van de behandelingsdoelen kunnen verschillende theoretische referentiekaders gebruikt worden. Deze referentiekaders worden in drie instituten eclectisch gekozen tijdens de behandeling. In het vierde instituut staat het theoretisch referentiekader op voorhand al vast. In één instituut worden de behandelingsdoelen mede bepaald door de functiedifferentiatie van de leefgroepen (observatie, kort- en langdurende behandeling, leefgroepen voor kinderen en voor adolescenten).

Structuur

In dit werkmodel worden de behandelingstaken voor de leefgroepwerkers afgeleid uit de behandelingsdoelen die door de psychiater geformuleerd zijn en die tijdens het werk vertaald gaan worden door de orthopedagoog (in twee instituten), de afdelingscoördinator (in één instituut), of door het multidisciplinaire team (in één instituut). Deze vertaling vindt in drie instituten in samenspraak met de leefgroepwerkers plaats. In één instituut stellen de leefgroepwerkers naast het algemene behandelingsplan een eigen plan op (een verpleegplan) waarin de dagelijkse activiteiten opgenomen worden.

Coördinatie

Coördinatoren

In het deductieve doelen model is de psychiater als eindverantwoordelijke voor de behandeling manifest aanwezig. Hij formuleert de grote lijnen voor de behandeling. De psychiater participeert in zowel de beleidsbepalende als de beleidsuitvoerende overleggen. Aan beleidsondersteunende overleggen worden door de psychiaters niet deelgenomen. De orthopedagogen en/of psychologen (in twee instituten) en de afdelingscoördinator (in één instituut) maken in een beleidsuitvoerend overleg de vertaalslag van de behandelingsdoelen naar wat ze betekenen voor de behandeling in de leefgroep. Door deze gang van zaken hebben deze medewerkers een bepalende rol in de vormgeving van de behandeling in de leefgroep naast de psychiater.

In dit werkmodel wordt de vertaling door psychiaters gevolgd in een beleidsuitvoerend overleg dat per één à twee tot vier weken voor alle kinderen van de leefgroep gehouden wordt. De leefgroepwerkers participeren eveneens in de multidisciplinaire beleidsbepalende en multidisciplinaire beleidsuitvoerende overleggen. Ze hebben daarin meer een informerende rol. In een monodisciplinaire uitvoerend overleg worden 'regelzaken' besproken en de leefgroepwerkers hebben hierin een bepalende rol.

Overleg

In het deductieve doelen model worden in de beleidsbepalende overleggen doelen gesteld nadat er eerst is stilgestaan bij de beeldvorming over de problematiek van kind en gezin. Tijdens de daarop volgende vergadering komen de doelen opnieuw ter sprake, de diagnostici nemen dan geen deel meer aan de vergaderingen.

In twee instituten hebben de volgende beleidsbepalende vergaderingen dezelfde opbouw als de eerste: de formulering van de doelen worden op basis van de beeldvorming van kind en gezin gemaakt. In één instituut is niet het gehele team leefgroepwerkers aanwezig, maar een deel ervan.

In dit werkmodel hebben de beleidsbepalende overleggen een volgende structuur. In dit werkmodel worden de verslagen doorgenomen waarna er gediscussieerd wordt om tot een beeldvorming te komen. Vervolgens worden de behandelingsdoelen geformuleerd. Belangrijk is dat er aan de orde komt wat er gebeurd is en wat er bereikt is. De doelen die gesteld worden komen in de beleidsuitvoerende vergaderingen weer aan de orde, maar hoeven niet centraal te staan.

Verslaglegging

In dit werkmodel worden dagrapportage, wekrapportage (over een groep kinderen of per

kind), verslag voor beleidsbepalende overleggen en behandelingsplannen voor de behandeling in de leefgroep (in twee instituten) geschreven.

In het deductieve doelen model komen de behandelingsdoelen als rode draad terug in alle verslagen en nemen hierdoor een belangrijke plaats in. De doelen die bepaald zijn in het eerste beleidsbepalend overleg krijgen zowel een vervolg in weekverslaglegging ten behoeve van de beleidsuitvoerend overleg, als in de dagrapportage waarop de weekverslagen geënt zijn. Hierna komen de doelen opnieuw terug in het verslag voor de beleidsbepalende overleg.

In twee instituten komen de doelen terug in behandelingsplandocumenten voor de behandeling in de leefgroep. De doelen die daarin geformuleerd staan zijn op te vatten als 'vertaalslagen' van de doelen geformuleerd op de beleidsbepalende vergaderingen.

In één instituut stagneert het stellen van doelen in het circuit van verslaglegging. De doelen komen niet meer terug in de verslagen die door de leefgroepwerkers geschreven worden. Er worden afspraken gemaakt om de doelen terug te laten komen in de rapportage.

In dit werkmodel is de verslaglegging een *geformaliseerd* instrument voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep gezien het feit dat de doelen als rode draad door de verslaglegging lopen of gaan lopen.

10.2.4 Het deductieve onvolledige model

Doelgerichtheid

In het deductieve onvolledige model worden zowel de doeleinden in termen van kind en gezin als de doeleinden in termen van de behandeling centraal gesteld. Het streven is om van de verschillende behandelingsgebieden een goed beeld te verkrijgen en deze op elkaar af te stemmen. Er is een streven om een samenhangende behandeling te bewerkstelligen.

In het eerste instituut staat het biopsychosociale behandelingsmodel centraal. Iedere behandelingsdiscipline heeft een 'deel' van het model onder zijn 'hoede'. De individuele therapeut richt zich op het psychologische deel, de leefgroepwerkers en de leerkrachten op het psychosociale deel, de ouderbegeleider eveneens op het psychosociale deel inclusief het thuismilieu. De psychiater en de kinderarts richten zich op het biologische (somatische deel) van het model. De grote behandelingslijnen staan al vast: de kinderen zijn op de groep of gaan naar school. De behandeling is individu-gericht. Per kind worden de behandelingslijnen tijdens de behandeling verder bepaald en uitgewerkt.

In de leefgroep wordt er gewerkt volgens een vast programma. In grote lijnen ligt het programma van de leefgroep al vast. Er wordt een pleeggezinachtige behandeling in de leefgroep nagestreefd. Activiteiten zijn belangrijk, lege tijd van de kinderen wordt ingevuld met activiteiten.

In het tweede instituut wordt de nadruk gelegd op de behandeling van kinderen met neurotische problematiek. Kinderen met andersoortige kinderpsychiatrische problematiek worden meestal voor een observatieperiode opgenomen, waarin de nadruk op de diagnostiek komt te liggen en op de bepaling van hoe het best met het kind omgegaan kan worden. In de behandeling van de neurotische problematiek wordt de nadruk gelegd op de behandeling van de emotioneel-sociale aspecten en niet op de cognitieve aspecten. Aan de relatievorming tussen leefgroepwerker en kind wordt in overleggen veel aandacht besteed.

In het derde instituut wordt enerzijds het accent gelegd op de ontstaansgeschiedenis van de problematiek van het kind en gezin en anderzijds op de formulering van de behande-

lingslijnen. Er wordt een samenhangende multidisciplinaire behandeling nagestreefd, waarbij de behandeling in de leefgroep als belangrijkste behandelingsvorm in de totale behandeling opgevat wordt.

Structuur

In het deductieve onvolledige model zijn de taken vooraf vastgesteld en/of worden tijdens de behandeling vastgesteld.

In het eerste instituut liggen de behandelingslijnen en het programma voor de behandeling in de leefgroep al vast voordat de behandeling wordt gestart. In de twee andere instituten worden de taken vastgesteld tijdens de behandeling. De psychiaters en de leefgroepcoördinatoren stellen tezamen met de leefgroepwerkers de behandelingsstaken vast.

Coördinatie

Coördinatoren

In het deductieve onvolledige werkmodel geldt dat de psychiaters een sturende functie hebben in de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. De sturende functie houdt in dat ze in nagenoeg alle overleggen participeren waarbij ze adviseren en bepalen welke taken de meest geschikte zijn voor de behandeling in de leefgroep. De leefgroepcoördinatoren en de leefgroepwerkers hebben een ondergeschikte rol in de sturing van de vormgeving van de behandeling in de leefgroep.

De sturende taken van de psychiaters komen in de volgende activiteiten tot uiting. De psychiater bepaalt en beslist welk kind opgenomen wordt en in welke groep het kind komt. Hij brengt samenhang aan tussen de behandelaars. Hij stelt en legt de behandelingslijnen vast in notulen. Hij levert kennis aan de leefgroepwerkers hoe in de leefgroep binnen het vaststaande programma te handelen. Hij volgt de behandeling in de beleidsuitvoerende overleggen waarbij hij een grote stem heeft wat betreft de uitvoering van bepaalde taken.

Overleggen

In het deductieve onvolledige werkmodel is er voorafgaande aan de opname van het kind een overleg om te bepalen of het kind wel of niet opgenomen wordt. De leefgroepwerkers nemen hier geen deel aan. De behandelings- en/of leefgroepcoördinatoren vertellen de leefgroepwerkers dat een kind opgenomen gaat worden.

In de instituten met het deductieve onvolledige werkmodel worden ongeveer om de drie maanden beleidsbepalende vergaderingen voor ieder kind belegd. In één instituut wordt het drie-maandelijks ritme niet altijd gevolgd. Een beleidsbepalend overleg kan opgeschort worden omdat er nog onvoldoende verschuiving in de problematiek van het kind en het gezin te constateren is.

Opvallend is dat in dit werkmodel kort na opname een beleidsbepalend overleg plaatsvindt waarin de diagnostiek van de problematiek van het kind en het gezin aan de orde komt. Dit 'diagnostiek-beleidsbepalend' overleg wordt in het ene instituut niet meer of in het andere instituut na anderhalf jaar herhaald. In het volgende instituut is er geen verschil tussen de beleidsbepalende overleggen, ze hebben iedere keer eenzelfde structuur. Het hangt van de psychiater af of de nadruk op de diagnostiek of op de bepaling van de behandelingslijnen komt te liggen.

Tussen de beleidsbepalende overleggen door worden in beleidsuitvoerende overleggen

de behandelingslijnen die in de beleidsbepalende vergaderingen vastgesteld zijn, vertaald naar wat ze betekenen voor de behandeling in de leefgroep. In het instituut waarin het programma van de leefgroep al vaststaat wordt er in het beleidsuitvoerend overleg geen vertaling gemaakt van de behandelingslijnen, maar informeren de leefgroepwerkers de behandelingscoördinator hoe het de afgelopen periode gegaan is met de behandeling in de leefgroep.

Verslaglegging

In de instituten met het deductieve onvolledige werkmodel is de verslaglegging in beperkte mate *geformaliseerd*. In het navolgende komt dit tot uiting. De notulen van de beleidsbepalende vergadering kennen wel een vast omschreven indeling. In de notulen wordt de nagestreefde biopsychosociale behandeling teruggevonden. De notulen worden opgevat als het behandelingsplan. De behandelingslijnen van dit plan worden in beleidsuitvoerende vergaderingen vertaald in wat ze betekenen voor de behandeling in de leefgroep.

De verslaglegging voor het beleidsbepalend overleg is minder geformaliseerd en is vrijblijvender in vergelijking met de notulen van het beleidsbepalend overleg. De verslaglegging voor de beleidsuitvoerende vergadering volgt geen bepaalde structuur. Ze kunnen opgevat worden als vrijblijvende beschrijvingen. Dit geldt ook voor de notulen van de beleidsuitvoerende vergadering.

In het ene instituut wordt in de verslaglegging voor het beleidsbepalend overleg de nadruk gelegd op de beschrijving van de behandelingsdoelen, de middelen en hoe het met de behandeling gaat. Dit geldt voor iedere behandelingsdiscipline.

In het andere instituut wordt een aantal kopjes betreffende het kind beschreven. De hoeveelheid beschrijving is vrijblijvend.

In het volgende instituut worden korte verslagen geschreven.

10.3 Kernverschillen tussen de werkmodellen

De vraag is welke de kernverschillen tussen de in 10.1 beschreven werkmodellen zijn. In de analyse van de kernverschillen is het werkmodel van het voorbeeldinstituut, het deductieve geïntegreerde werkmodel, mede betrokken. Kernverschillen zijn aan te treffen tussen:

- de overlappings van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en het werkmodel van de behandeling in de leefgroep (10.3.1);
- het centraal stellen van de doeleinden in termen van kind en gezin en/of in termen van de behandeling (10.3.2);
- de hiërarchie van doeleinden en planning (10.3.3);
- de formalisering van het systeem van overleg en verslaglegging (10.3.4);
- de wijze van sturing (10.3.5).

De kernverschillen zullen als volgt besproken worden. Eerst zal het kenmerkende van het voorbeeldinstituut aan de orde gesteld worden en vervolgens komen de verschillen tussen het inductieve en deductieve werkmodel aan de orde.

10.3.1 De overlappingsen tussen het werkmodel van de hulp-verleningsinstelling en dat van de behandeling in de leefgroep

In het eerste en tweede deelonderzoek is duidelijk geworden dat in het voorbeeldinstituut twee werkmodellen waar te nemen zijn, dat van de hulpverleningsinstelling en dat van de behandeling in de leefgroep. Tussen de twee werkmodellen zijn overlappingsen te constateren. De overlappingsen betreffen aspecten van de categorie doelgerichtheid: de doelstelling, de visie op de doelgroep, de doeleinden in termen van kind en gezin en de doeleinden in termen van de behandeling. Een verschil tussen de twee werkmodellen van het voorbeeldinstituut is dat de behandeling in de leefgroep een eigen taakstelling heeft, namelijk opvoeden, verzorgen en behandelen van het kind in de leefgroep. Het werkmodel van de hulpverleningsinstelling geeft richting aan hoe de taken van de leefgroepswerkers inhoud krijgen.

In het derde deelonderzoek is duidelijk geworden dat er in een aantal van de gelijksoortige instituten eveneens een onderscheid te maken is tussen het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en het werkmodel van de behandeling in de leefgroep. Dit geldt met name voor de instituten waar gesproken kan worden van het onvolledige deductieve werkmodel en het deductieve doelen werkmodel. In een aantal instituten is voornoemd onderscheid niet aan te treffen. In deze instituten valt het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en dat van de behandeling in de leefgroep voor een groot deel samen. Het betreft de instituten met de inductieve communicatie-relatie model en met het inductieve autonomie model (zie ook figuur 10.1).

10.3.2 Centraal stellen van de doeleinden in termen van kind en gezin en/of in termen van de behandeling

In het voorbeeldinstituut vallen de aspecten van de categorie doelgerichtheid: de visie op de doelgroep en de doeleinden van het werkmodel van de behandeling in de leefgroep voor een groot deel samen met die van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling. De visie op de doelgroep is dat de doelgroep kinderen betreft met vroegkinderlijke ontwikkelingsproblemen. De doeleinden in termen van kind en gezin betreffen de daadwerkelijke persoonlijkheidsbeïnvloeding en de doeleinden in termen van behandeling betreffen de hiërarchie van ontwikkelingsbehoeften. Zoals in paragraaf 10.3.1. aangegeven gelden voor de behandeling in de leefgroep als doeleinden in termen van de behandeling: opvoeden, verzorgen en behandelen.

In de gelijksoortige instituten is er sprake van een minder verregaande explicietie van de doeleinden in vergelijking met het voorbeeldinstituut. De doeleinden worden veelal ad hoc, tijdens de behandeling zelf geformuleerd. De vraag is welke doeleinden dan centraal staan.

In het inductieve werkmodel staan de doeleinden in termen van de behandeling centraal in het systeem van overleg en verslaglegging. Communiceren en relatievorming zijn belangrijke doeleinden in termen van de behandeling. De diagnostiek van kind en gezin staat meer op de achtergrond en krijgt relatief minder aandacht in het inductieve werkmodel dan in het deductieve werkmodel. Het voorgaande geldt ook voor de deductieve werkmodellen (met uitzondering van het deductieve geïntegreerde werkmodel).

De vraag dringt zich vervolgens op in hoeverre in het inductieve werkmodel de geformuleerde doeleinden in termen van de behandeling specifiek voor de kinderpsychiatrische behandeling zijn. De psychiaters treden in dit model niet op als beleidspsychiaters zoals in de instituten met het deductieve werkmodel, maar als psychiaters. Zij volgen minder de behan-

deling in de leefgroep vanwege het feit dat ze minder vaak in beleidsbepalende en beleidsuitvoerende overleggen participeren. Tevens wordt er in deze overleggen veelal gewerkt volgens het consensusmodel waarin iedere discipline een stem heeft in het bepalen van de doeleinden in termen van de behandeling. Deze constatering doet de uitspraak rechtvaardigen dat de doeleinden in termen van de behandeling niet specifieke kinderpsychiatrische doeleinden zijn.

In het deductieve werkmodel is er eveneens sprake van centraal stellen van de doeleinden in termen van de behandeling. Dit komt tot uiting in de vormgeving van de circuits van overleg en verslaglegging. Aanvankelijk wordt er gesproken over diagnostiek van de problematiek van kind en gezin. Hieruit kunnen doeleinden in termen van kind en gezin afgeleid worden. In de daarop volgende overleggen krijgen de behandelingsafspraken de meeste aandacht en is er weinig gerichtheid op de diagnostiek van kind en gezin. Het kan voorkomen dat pas na een jaar de diagnostiek weer herhaald wordt. In de instituten met het deductieve werkmodel zijn de doeleinden in termen van de behandeling wel specifieke kinderpsychiatrische doeleinden. De psychiaters kunnen in de instituten met het deductieve werkmodel beleidspsychiaters genoemd worden waarbij zij doeleinden in termen van de behandeling formuleren. Tevens participeren zij meer in beleidsbepalende en beleidsuitvoerende overleggen dan de psychiaters van instituten met het inductieve model. Zij vinden het belangrijk om veel contact te hebben met de leefgroepwerkers en streven in het dagelijks werk daarnaar. Wanneer er wegens tijdgebrek hieraan niet toegekomen wordt, delegeren zij taken aan orthopedagogen en psychologen als tussenschakels.

10.3.3 Hiërarchie van doeleinden en planning

In het werkmodel van het voorbeeldinstituut is een hiërarchie van doeleinden en van planning geconstateerd (zie hoofdstuk 3).

In het inductieve model is deze hiërarchie van doeleinden en planning anders georganiseerd. Er is sprake van een 'omgekeerde' weg: niet de behandelingslijnen of het behandelingsplan zoals bepaald in het beleidsbepalend overleg zullen de strategische doeleinden en uitgangspunten voor de vertaling naar wat ze betekenen voor het (be)handelen in de leefgroep zijn, maar datgene wat in beleidsondersteunende en beleidsuitvoerende besprekingen bepaald wordt, vormt de strategische uitgangspunten. Op deze uitgangspunten wordt in beleidsbepalende overleggen gereflecteerd en beleid bepaald. Anders gezegd: in het inductieve model draaien het circuit van overleg en het circuit van verslaglegging in een andere richting dan in het deductieve werkmodel.

10.3.4 Formalisatie van het systeem van overleg en verslaglegging

In het voorbeeldinstituut is het systeem van overleg en verslaglegging in de loop der tijd steeds verdergaand geformaliseerd. In de onderzochte instituten is er ten tijde van onderzoek sprake van een veel mindere mate van formaliseren. Dit geldt met name het circuit van verslaglegging en minder het circuit van overleg.

10.3.5 Sturing van bovenaf of van onderop

In het voorbeeldinstituut kan gesproken worden van sturing van bovenaf van de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. In 4.2 zijn redenen aangevoerd waarom er sprake is van sturing van bovenaf (deductieve sturing). In de gelijksoortige instituten met de deductieve werkmodellen kan er eveneens gesproken worden van sturing van bovenaf. In de

gelijksoortige instituten met de inductieve werkmodellen is er sprake van sturing van onderop in de vormgeving van de behandeling in de leefgroep (inductieve sturing).

10.4 De consequenties van de uitkomsten op het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut

Op basis van de kernverschillen tussen de werkmodellen is het mogelijk om de consequenties van de uitkomsten op het werkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut na te gaan. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van veronderstelde spanningsvelden die de verschillende werkmodellen in de praktijk oproepen en de betekenis hiervan voor het werkmodel van het voorbeeldinstituut.

De leefgroepwerkers die de behandeling in de leefgroep vorm geven volgens het inductieve werkmodel zullen een grotere mate van zelfstandigheid in de vormgeving van de behandeling hebben dan de leefgroepwerkers die dit doen volgens het deductieve model. In het eerste geval is er sprake van meer zelfsturing dan in het tweede geval. Grubben (1994) deed in haar proefschrift de aanbeveling dat de leefgroepwerkers in hulpverleningsinstellingen naar zelfregulering dienen te streven. Hiermee pleitte ze voor het inductieve werkmodel.

Aan beide wijzen van vormgeving van de behandeling in de leefgroep zijn gevaren verbonden. Wanneer de leefgroepwerkers meer zelfsturend te werk gaan, is het mogelijk dat ze te veel autonomie in de vormgeving krijgen. Te veel autonomie brengt het gevaar met zich mee dat er te weinig afstemming met andere behandelingsdisciplines en in het verlengde daarvan onvoldoende samenhang in de behandeling kan ontstaan. Van een samenhangende multidisciplinaire behandeling is dan geen sprake meer, laat staan dat er gewerkt wordt vanuit gedeelde diagnostische en behandelingsvisies.

Wanneer de leefgroepwerkers werken volgens het deductieve model en minder zelfsturend zijn, is er het gevaar dat er te veel door anderen voorgeschreven wordt hoe de leefgroepwerkers dienen te (be)handelen. Dit voorschrijven kan door de leefgroepwerkers ervaren worden als een keurslijf. De voorschriften kunnen te ver verwijderd staan van het dagelijkse handelen in de leefgroep waardoor ze terzijde worden gelegd. Voorschriften van bovenaf over hoe te handelen moeten vertaald worden naar het (be)handelen in de leefgroep. De vertaalslag wordt in het deductieve model niet altijd gemaakt en hierdoor wordt het mogelijk dat de afspraken 'papieren'-afspraken worden en in de praktijk niet nagekomen worden.

De vraag is of voornoemde spanningsvelden in het voorbeeldinstituut aan te treffen zijn en zo ja wat dit voor het werkmodel van het voorbeeldinstituut betekent. In het tweede deelonderzoek zijn opvattingen nagegaan van de medewerkers over behandelingsplanning. In het tweede deelonderzoek zijn voornoemde spanningen gesignaleerd. Duidelijk werd dat de leefgroepwerkers het eens zijn met deskundigheid en sturing van bovenaf (zie hoofdstuk 7). Anderzijds wensen de leefgroepwerkers meer te participeren in de behandelingsplanning. Dit kan uitgelegd worden als wens tot meer zelfsturing. In het voorbeeldinstituut is deze wens beantwoord doordat de leefgroepwerkers in het systeem van overleg en verslaglegging hun handelen zijn gaan expliciteren. Door deze explicitering ontstaat er (be)handelingskennis van onderop in wisselwerking met (be)handelingskennis van bovenaf.

In paragraaf 10.3.2 zijn de verschillen in het centraal stellen van doeleinden van het inductieve en deductieve werkmodel beschreven. Wanneer de leefgroepwerkers volgens het inductieve model de behandeling in de leefgroep vorm geven zullen zij zelf de strategische doeleinden formuleren en deze voor het dagelijkse (be)handelen operationaliseren. De psychiaters hebben minder een beleidsbepalende rol dan in instituten met het deductieve werkmodel. Hoewel er multidisciplinaire overleggen zijn, zijn er in het inductieve werkmodel geen overkoepelende doeleinden van de behandeling 'voorradig', bijvoorbeeld in de vorm van een geëxpliciteerd behandelingskader. Door deze stand van zaken is het gevaar groot dat er geen samenhangende multidisciplinaire behandeling vanuit gedeelde diagnostische en behandelingsvisie tot stand komt.

In de instituten met het deductieve werkmodel wordt deze samenhang voor een deel expliciet nagestreefd. De vraag is of er ook daadwerkelijk samenhang in de multidisciplinaire behandeling aangebracht wordt in instituten die werken volgens het deductieve werkmodel. Deze vraag geldt ook voor het voorbeeldinstituut. In het tweede deelonderzoek is naar voren gekomen dat de medewerkers voorwaarden in de behandelingsplanning misten om tot een samenhangende multidisciplinaire behandeling te komen. Tevens is naar voren gebracht dat meer samenhang tussen de behandelingsvormen in de behandelingsplanning gewenst wordt, wil er sprake zijn van een samenhangende multidisciplinaire behandeling. In het voorbeeldinstituut is gewerkt om meer samenhang tussen de behandelingsvormen aan te brengen door de structuur van de beleidsbepalende overleggen en de notulen ervan zodanig in te richten dat zichtbaar wordt hoe de verschillende behandelingsvormen samenhangen en op elkaar afgestemd worden.

In paragraaf 10.3.3 is aan de orde gekomen dat in het inductieve werkmodel het circuit van overleg en het circuit van verslaglegging een andere kant op draait (tegen de klok in) dan in het deductieve werkmodel (met de klok mee). Dit heeft te maken met een verschil in sturing; sturing primair van bovenaf en sturing primair van onderop. Spanningsvelden die deze tweedeling bewerkstelligen zijn reeds aan de orde geweest. De spanningsvelden betreffen de sturing van bovenaf en van onderop waarbij in het inductieve model te weinig van bovenaf en in het deductieve model te veel van bovenaf gestuurd kan worden. Ook de betekenis hiervan voor het werkmodel van het voorbeeldinstituut is aan de orde geweest.

In paragraaf 10.2.4 is gesteld dat de formalisering van het systeem van overleg en verslaglegging minder ver gaat in de gelijksoortige instituten dan in het voorbeeldinstituut. Uit de interviews komt naar voren dat er meer formalisering van de verslaglegging gewenst wordt en dat hiertoe stappen genomen gaan worden. De vraag is tot hoever formalisering van het systeem van overleg en verslaglegging moet gaan. In de literatuur wordt een kritieke grens aangegeven wanneer formalisering wel en niet meer efficiënt is (Mintzberg, 1994). De formalisering van het systeem is efficiënt wanneer het denken van de praktijkwerkers erdoor ondersteund en bevorderd wordt en de formalisering wordt minder efficiënt wanneer de formalisering controle van de praktijkwerkers gaat inhouden en het denken van de praktijkwerkers gaat vervangen of zelfs gaat definiëren (Mintzberg, 1994).

In het tweede deelonderzoek is naar voren gekomen dat het behandelingsplandocument gediend heeft als controle op de behandeling in de leefgroep. Deze controlefunctie van het behandelingsplan is in de loop der tijd vervangen door de sturingsfunctie van het behandelingsplan (zie paragraaf 7.3.3). Daarnaast zijn maatregelen in het systeem van overleg en verslaglegging getroffen waardoor de leefgroepwerkers meer hun eigen handelen zijn gaan

expliciteren en beschrijven, waarbij de formalisering van het systeem van overleg en verslaglegging ondersteunend werkt in de explicitering en planning van de behandeling in de leefgroep in plaats van controlerend.

De vraag is of de schema's van de categorieën van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep die in de hoofdstukken 4 en 7 gepresenteerd zijn aanpassingen behoeven naar aanleiding van de uitkomsten van het derde deelonderzoek. In het voorgaande is op basis van de kernverschillen tussen de werkmodellen en de veronderstelde spanningsvelden die de werkmodellen in de praktijk oproepen de betekenis nagegaan voor het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep. Geconcludeerd kan worden dat het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep 'aanpassingen' heeft ondergaan. Deze aanpassingen geven echter geen aanleiding tot het aanbrengen van veranderingen in de schema's van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep.

Tot zover de uitkomsten van het derde deelonderzoek. In het volgende hoofdstuk wordt het derde deelonderzoek geëvalueerd.

11

EVALUATIE VAN HET DERDE DEELONDERZOEK

~

Nadat in hoofdstuk 9 het onderzoeksontwerp en in hoofdstuk 10 de uitkomsten van het deelonderzoek aan de orde zijn geweest, zal in dit hoofdstuk het derde deelonderzoek geëvalueerd worden. In navolging van de evaluaties van het eerste en het tweede deelonderzoek zal besproken worden welke kennis dit deelonderzoek opgeleverd heeft en toevoegt aan de opgeleverde kennis uit het eerste en het tweede deelonderzoek (11.1).

Evenals in de hoofdstukken 5 en 8 zullen opnieuw de onderzoeksprocedures (11.2) en de kwaliteitseisen besproken worden (11.3).

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek zullen in hoofdstuk 12 uitgebreid aan de orde worden gesteld.

11.1 De toegevoegde kennis

In het eerste deelonderzoek is het werkmodel zoals bedoeld van het voorbeeldinstituut beschreven, terwijl in het tweede deelonderzoek het werkmodel zoals bedoeld onderzocht is op hoe het in de praktijk gebruikt wordt. In het derde deelonderzoek is er een stap verder gezet. De onderzoeksvragen betroffen niet één instituut, maar twaalf gelijksoortige instituten. De vraag die gesteld dient te worden is welke kennis dit deelonderzoek toevoegt aan de reeds ontwikkelde kennis. Een onderscheid kan gemaakt worden tussen gedetailleerde en globale kennis. Daarnaast kan het empirische gehalte van de kennis nagegaan worden en tenslotte de inhoud van de kennis.

Het eerste en het tweede deelonderzoek heeft *gedetailleerde kennis* opgeleverd gezien de beschrijving van vele aspecten van de werkmodellen. Het derde deelonderzoek heeft in tegenstelling tot het eerste en het tweede deelonderzoek *globale kennis* opgeleverd gezien de beschrijving van de categorieën op globale aspecten. Dit verschil in kennis heeft te maken met de onderzoeksvragen en -procedures. In het eerste en het tweede deelonderzoek zijn de onderzoeksvragen gericht op deelaspecten van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en van de behandeling in de leefgroep en is er sprake van een 'single-case' onderzoek, terwijl in het derde deelonderzoek de onderzoeksvragen gericht zijn op globale aspecten van het werkmodel. Er is sprake van onderzoek in meerdere hulpverleningsinstellingen en er kan gesproken worden van een 'cross-case' onderzoek.

De kennis die het onderzoek heeft opgeleverd kan *empirische kennis* genoemd worden. Deze empirische kennis weerspiegelt werkelijkheid * en werkelijkheid **. (zie ook paragraaf 8.1). Het empirische gehalte van het product van het derde deelonderzoek, de werkmodellen, is minder groot omdat de modellen een verdergaande abstractie inhouden dan de begrippen van de werkmodellen die in het eerste en het tweede deelonderzoek geformuleerd zijn.

Er is verschil in *inhoud* te onderkennen betreffende de uitkomsten van het eerste, het tweede en het derde deelonderzoek.

De inhoud van het eerste werkmodel kan getypeerd worden als ideografische beschrijving van het voorbeeldinstituut, weergegeven in schema's.

De inhoud van het tweede deelonderzoek kan getypeerd worden als verbijzondering van de ideografische beschrijving, waardoor het schema van het voorbeeldinstituut verbeterd kon worden.

De inhoud van het derde deelonderzoek tenslotte kan getypeerd worden als veralgemenisering en verbijzondering van de ideografische beschrijving van het werkmodel van het voorbeeldinstituut. De uitkomsten van het derde deelonderzoek wijzen uit dat er sprake is van typen van werkmodellen die in verschillende instituten zijn aan te treffen. Er kan gesproken worden van twee werkmodellen waarbinnen submodellen te onderscheiden zijn. Door de twee werkmodellen te vergelijken op kernverschillen werd het mogelijk conclusies te trekken ten aanzien van spanningsvelden in het werkmodel van het voorbeeldinstituut. Ook kan verduidelijkt worden welke consequenties er getrokken kunnen worden voor het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en het werkmodel van de behandeling in de leefgroep.

In de literatuur kunnen de typen van werkmodellen en enkele kernverschillen tussen de beide modellen teruggevonden worden. Donkers (1993) onderscheidde drie vergelijkbare modellen: het persoonlijk groeimiddel, het technologisch model en het kritisch-rationeel model. Lammers (1993) sprak over vergelijkbare modellen toen hij een tweedeling in organiseren maakte: 'organiseren van bovenaf' en 'organiseren van onderop'. Deze literatuurgegevens ondersteunen de uitkomsten van dit deelonderzoek en daarmee de interne geldigheid van de resultaten.

Een beperking van de tot nu toe opgeleverde kennis is dat deze voor het voorbeeldinstituut en voor 'gelijksoortige instituten' die tot het veld van de GGZ behoren, geldt. De vraag is in hoeverre deze kennis voor andere vormen van hulpverlening geldt (externe geldigheid). Onder de paragraaf kwaliteitseisen zal op de externe geldigheid nader ingegaan worden. In het volgende hoofdstuk zal de reikwijdte van de resultaten van de deelonderzoeken voor andere vormen van hulpverlening nagegaan worden.

11.2 De onderzoeksprocedures

Evenals in het eerste en het tweede deelonderzoek zullen de onderzoeksprocedures geëvalueerd worden. De evaluatie betreft de keuze van gelijksoortige instituten, de interviewer en de onderzoeksassistente, de geïnterviewden, het analyseproces (waaronder de samenvattingen van de interviews), de conclusies en de interpretaties van het deelonderzoek.

Twaalf gelijksoortige instituten onderzocht; in paragraaf 9.2.1 is aangegeven waarom voor twaalf gelijksoortige instituten is gekozen om het werkmodel voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep na te gaan. Verondersteld werd dat de context van de instituten nagenoeg identiek zou zijn. De uitkomsten van het deelonderzoek wijzen echter uit dat binnen de instituten verschillende typen van werkmodellen voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep vast te stellen zijn. Op basis hiervan moet geconcludeerd worden dat er verschillende contexten binnen de gelijksoortige instituten waar te nemen zijn.

De interviewer, de onderzoeksassistente en de geïnterviewden; de geïnterviewden brachten geen bezwaar in tegen de onderzoeksassistente. De interviewer en de onderzoeksassistente hebben een werkverdeling gemaakt. De interviewer heeft het interview geleid en het gesprek gevoerd. De assistente heeft vragen gesteld wanneer de interviewer vragen liet liggen. Ter controle van bias b heeft de onderzoeksassistente de interviewsituatie geobserveerd en deze observaties na het interview uitgewerkt. De interviewer en de onderzoeksassistente hebben ieder een deel van de interviews uitgetypt en samengevat. Door deze verdeling was controle op de samenvatting door de ander mogelijk. De beschrijving van de interviewsituatie heeft een kader opgeleverd waartegen de onderzoeksgegevens afgezet konden worden.

De interviewer en de onderzoeksassistente hebben maatregelen genomen ter controle van bias a (effecten van onderzoeker op het onderzoeksveld) en bias b (effecten van het onderzoeksveld op de onderzoeker).

Een maatregel ter controle van bias a is geweest dat het doel van het onderzoek van tevoren en tijdens het interview uiteengezet zou worden. Iedere geïnterviewde had behoefte om bij aanvang van het interview het doel van het onderzoek nogmaals uitgelegd te krijgen. De omschrijving van het doel van onderzoek leverde geen problemen op. Ieder interview leverde een gesprek op met accenten die typerend zijn voor het betreffende instituut. Opvallend hierbij is dat de meeste geïnterviewden vol overtuiging over het systeem van overleg en verslaglegging vertelden. Ze vertelden over hoe het systeem van overleg en verslaglegging op dat moment draaide en welke veranderingen gewenst worden. Probleempunten en oplossingen betreffende het systeem van overleg en verslaglegging werden genoemd. Zo werden problemen met het eigen circuit van verslaglegging, met de positie van coördinator in relatie met de vormgeving van de behandeling en met de positie van leefgroepwerkers als behandelaren binnen de behandelingsorganisatie naar voren gebracht. Er werden waardeoordelen over het systeem van overleg en verslaglegging van het voorbeeldinstituut gegeven, variërend van een goed systeem naar een systeem dat niet 'alleen zalig makend is'. Er zijn ook andere systemen mogelijk.

Gezien de grote mate van instemming met de samenvattingen van de interviews door de geïnterviewden kan gesteld worden dat de samenvattingen de opvattingen van de geïnterviewden weerspiegelen.

Sommige geïnterviewden zeiden dat het prettig is om het systeem van overleg en verslaglegging te verwoorden. In tegenstelling tot het tweede deelonderzoek is er slechts een enkele keer opgemerkt dat door het interview meer bewustwording over het systeem van overleg en verslaglegging tot stand gekomen is. In het tweede deelonderzoek naar behandelingsplanning is aan de orde gekomen dat een deel van de geïnterviewden naar voren bracht dat er door over behandelingsplanning te praten meer bewustwording tot stand komt over behandelingsplanning (zie paragraaf 8.2). Mogelijk heeft het verschil tussen het tweede en het derde deelonderzoek te maken met het feit dat vragen naar de opvattingen over de vormgeving van de behandeling in de leefgroep in het systeem van overleg en verslaglegging minder een beroep doet op onderliggende kennis. Daarbij is het mogelijk dat het onderwerp meer neutraal is dan behandelingsplanning.

Tijdens de analyse van de interviews drong de vraag zich op of er sprake kon zijn van 'elite-bias'. De geïnterviewden van de instituten met het inductieve werkmodel waren leefgroep-

coördinatoren en die van instituten met het deductieve werkmodel psychiaters. Wellicht is het niet toevallig dat deze medewerkers geïnterviewd zijn. In ieder instituut is de vraag voorgelegd een coördinator te mogen interviewen die dichtbij de behandeling in de leefgroep staat en helpt vorm geven. De keuze is gedaan door het hoofd van het instituut (psychiater) en deze keuze weerspiegelt de nadruk op wat belangrijk gevonden wordt in het instituut: sturing van bovenaf of van onderop.

De analyse van de data en van de samenvattingen; de voorgenomen analysestappen zijn in paragraaf 9.2.5 besproken. De vraag is of het besluit om de interviews integraal uit te typen gerechtvaardigd is geweest. Het antwoord luidt bevestigend omdat een steeds terugkerend vergelijken van de instituten noodzakelijk was en hiervoor de gehele tekst, naast de gemaakte samenvattingen van de interviews, nodig was. Achteraf laat het steeds weer vergelijken van de interviews zien, dat het gebruik van een kwalitatief analyserend computerprogramma op zijn plaats zou zijn geweest.

Het maken en invullen van de matrices heeft een rol gespeeld in het vinden van overeenkomsten in de werkmodellen. Zoals reeds gezegd heeft het steeds weer vergelijken van de interviews en de samenvattingen ertoe geleid om het 'proces' in het werkmodel te vinden.

Conclusies en interpretaties van het deelonderzoek; in hoofdstuk 10 zijn de typen van werkmodelen samengevat voor een aantal instituten tegelijk. Deze samenvattingen bevatten een globale typering van de werkmodellen. Ze dienen niet als ideaaltypen beschouwd te worden. Hiervoor zijn ze ook niet ontwikkeld. Er heeft geen terugkoppeling plaatsgevonden naar de instituten waar geïnterviewd is. De onderzoeksvraag had betrekking op de interne geldigheid van de werkmodellen voor het voorbeeldinstituut en niet van de gelijksoortige instituten. Interne geldigheid van de typen van werkmodellen van de gelijksoortige instituten is derhalve niet nagestreefd, maar kan in een eventueel vervolgonderzoek wel nagestreefd worden. De typen van werkmodellen en termen als inductie en deductie, sturing en dergelijke zouden voorgelegd kunnen worden aan de instituten met de vraag in hoeverre deze te herkennen zijn.

De omschrijving van de typen van werkmodellen bezit een vrij hoog abstractieniveau. In deze dissertatie ontbreekt de ruimte om de verschillende instituten met bijbehorende werkmodellen één voor één te beschrijven. Tijdens de analyse van de data is dit wel gedaan.

11.3 De kwaliteitseisen

Interne geldigheid en externe geldigheid; interne en externe geldigheid worden hier tezamen besproken. Evenals in het eerste en het tweede deelonderzoek betreft de *interne geldigheid* zowel de onderzoeksdata als de onderzoeksresultaten. In paragraaf 11.2 is reeds aan de orde geweest welke verhouding de data hebben tot de werkelijkheid.

Het onderzoeksresultaat betreft de omschrijving van de werkmodellen met bijbehorende subwerkmodellen voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep en de kernverschillen tussen de werkmodellen.

Tijdens het onderzoek is er een moment geweest waarop de interne geldigheid aan de orde is gesteld, namelijk het voorleggen van de samenvattingen van de interviews aan de

geïnterviewden. Dit voorleggen en het akkoord verklaren door de geïnterviewden moet opgevat worden als tussenstap om de interne geldigheid na te gaan. Yin (1989) stelde dat de interne geldigheid van het onderzochte niet zozeer betrekking heeft op of het in werkelijkheid voorkomt, maar op het feit of de uitkomsten steun kunnen verlenen aan een reeds geformuleerde theorie of op theoretische begrippen.

De externe geldigheid heeft in dit deelonderzoek niet expliciet op de voorgrond gestaan, wel impliciet. De vraag of het werkmodel van het voorbeeldinstituut in andere instituten aan te treffen is, is geen onderzoeksvraag geweest. Door steeds de instituten te vergelijken op de typen van werkmodellen is het evenwel mogelijk om te constateren dat delen van het werkmodel van het voorbeeldinstituut aangetroffen zijn in andere instituten.

Betrouwbaarheid; de volgbaarheid ('trackability') is in dit deelonderzoek nagestreefd door de analysestappen te beschrijven. Kort samengevat zijn de analysestappen: de interviews zijn uitgetypt, er zijn samenvattingen van de interviews gemaakt en aan de hand van de samenvattingen zijn de matrices ingevuld. De inhoud van de matrices is vergeleken op overeenkomsten en verschillen. Vervolgens zijn op basis van de in de matrices gevonden overeenkomsten en verschillen de samenvattingen en de interviewteksten geanalyseerd op overeenkomsten en verschillen. Ieder instituut is vervolgens als casus uitgewerkt. Hierna zijn de casussen inclusief die van het voorbeeldinstituut met elkaar vergeleken. Tenslotte zijn de consequenties van deze vergelijking voor het werkmodel van het voorbeeldinstituut bepaald.

Bruikbaarheid; de vraag naar de bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten zal hier kort beantwoord worden. In hoofdstuk 12 zal op de vraag naar bruikbaarheid uitgebreid ingegaan worden. Hier kan genoemd worden dat in het voorbeeldinstituut de uitkomsten van het deelonderzoek als ondersteuning hebben gediend voor de veranderingen die in de behandelingsorganisatie van tijd tot tijd ingezet werden. Veranderingen betreffen functiedifferentiatie van de behandeling in de leefgroepen en de posities van de leefgroepcoördinatoren.

Tot zover de evaluatie van het derde deelonderzoek. In het volgende hoofdstuk zal er een nabeschuiving van het gehele onderzoek aan de orde komen.

TERUGBLIK, DISCUSSIE EN VOORUITBLIK

~

Dit onderzoek is een zoektocht geweest naar een werkmodel voor de behandeling van kinderen in de leefgroep. Bij de start van deze tocht is geconstateerd dat een systematische procesbeschrijving van de behandeling in de leefgroep nagenoeg ontbreekt. De voorwaarde werd gesteld dat dit zou gebeuren aan de hand van een zo globaal mogelijk begrippenkader. *Werkmodel* is zo'n globaal begrip en is als basisbegrip voor de systematische beschrijving van de behandeling in de leefgroep gekozen.

Tevens is als uitgangspunt genomen dat een zo breed mogelijke werkelijkheid van de behandeling in de leefgroep geanalyseerd wordt. Om dit te bereiken is een *theoretisch raamwerk* geconstrueerd. Het theoretisch raamwerk bevatte de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit. De gegevens uit de werkelijkheid zijn in de categorieën van het raamwerk geplaatst. Vanuit een ingevuld theoretisch raamwerk zijn vervolgens werkmodellen afgeleid. Dit raamwerk heeft tijdens de zoektocht als ordeningskader van de verzamelde data gediend. De tocht is in drie deelonderzoeken onder te verdelen, die na elkaar in de tijd zijn verricht.

Het *eerste deelonderzoek* richtte zich op het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep. Het beperkte zich tot één instituut, namelijk de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. De zoektocht betrof publicaties van het voorbeeldinstituut. Verondersteld werd dat in de publicaties elementen van het werkmodel aan te treffen zouden zijn. Het in schema's weergegeven werkmodel als resultante werd opgevat als een werkmodel 'zoals bedoeld'.

Het *tweede deelonderzoek* is een zoektocht geweest in het voorbeeldinstituut naar een deel van het werkmodel. Er kan namelijk een spanningsveld zijn tussen het model 'zoals bedoeld' en 'zoals gebruikt'. Hiertoe zijn de praktijkwerkers van het voorbeeldinstituut geïnterviewd.

Het eerste en het tweede deelonderzoek hebben zich afgespeeld op 'lokaal' niveau, dat wil zeggen binnen één instituut. Met het *derde deelonderzoek* heeft de zoektocht zich uitgebreid naar 'landelijk' niveau. De onderzoekshorizon werd hierdoor verbreed naar de andere kinderpsychiatrische klinieken. In de gelijksoortige instituten werden functionarissen geïnterviewd naar een deel van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep.

De afgeronde zoektocht heeft een werkmodel voor de behandeling in de leefgroep opgeleverd dat zo dicht mogelijk tegen de dagelijkse behandelingspraktijk aanligt.

Nu de zoektocht voltooid is, kan teruggeblikt worden op de resultaten van en de bevindingen tijdens het onderzoek. Vervolgens kunnen de resultaten bediscussieerd worden. Tenslotte kunnen terugblik en discussie uitmonden in een vooruitblik op hoe de zoektocht voort te zetten is.

In de *terugblik* zullen de resultaten kort weergegeven worden (12.1). De resultaten

betreffen de aan de doelstelling van het onderzoek beantwoorde resultaten (12.1.1), de verwachte, maar niet uit het onderzoek voortkomende resultaten (12.1.2) en de uit het onderzoek voortkomende onverwachte resultaten (12.1.3).

In de *discussie* (12.2) zal ingegaan worden op het belang van de resultaten van het onderzoek voor het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld en het voorbeeldinstituut in het bijzonder (12.2.1), het bredere veld van de jeugdzorg (12.2.2) en de maatschappij (12.2.3).

In de *vooruitblik* zullen de relevantie voor de wetenschap en aanbevelingen voor vervolgonderzoek aan de orde komen (12.3).

12.1 Terugblik

12.1.1 Resultaten die aan de doelstelling van dit onderzoek beantwoorden

De doelstelling van dit onderzoek, namelijk een werkmodel expliciteren aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep vormgegeven wordt, is bereikt. De resultaten van dit onderzoek laten dit zien. Het heeft een werkmodel voor de behandeling in de leefgroep opgeleverd. Er is een onderscheid vastgesteld tussen een werkmodel 'zoals bedoeld' en een werkmodel 'zoals gebruikt'. Tevens konden in elkaars verlengde een werkmodel van de hulpverleningsinstelling en een werkmodel voor de behandeling in de leefgroep onderscheiden worden. Tot slot zijn er typen van werkmodellen voor de behandeling in de leefgroep geformuleerd.

12.1.2 Verwachte, maar niet ingeloste resultaten

Inherent aan een zoektocht naar een werkmodel is dat er verwachtingen omtrent resultaten aanwezig zijn die tijdens de zoektocht niet vervuld kunnen worden. Per deelonderzoek zullen deze onvervulde verwachtingen kort besproken worden.

Tijdens het *eerste deelonderzoek* ontstond de verwachting dat in de publicaties meer gegevens te vinden zouden zijn wat betreft de categorie continuïteit. Deze gegevens werden niet gevonden. Tevens ontstond de verwachting dat er denkbeelden en opvattingen zouden zijn over hoe continuïteit in de behandeling in de leefgroep te waarborgen is. Dit onderwerp is tijdens dit onderzoek verder met rust gelaten omdat andere delen van het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep voorrang hadden om te onderzoeken. Dit betrof bijvoorbeeld het deel 'behandelingsplanning'.

Een andere verwachting die tijdens dit onderzoek ontstond en niet ingelost werd was dat bepaalde elementen van het werkmodel voldoende in de publicaties uitgewerkt zouden zijn. Er zullen enkele voorbeelden gegeven worden. Zo werd geconstateerd dat de leefgroepswerkers een drieledige taak hebben (verzorgen, opvoeden en behandelen), deze drieledige taak werd niet in samenhang verder uitgewerkt. Ook werd geconstateerd dat de verschillende behandelingsdisciplines elkaar tijdens de behandeling dienen te ondersteunen en te faciliteren. Deze constatering is in de publicaties eveneens niet in detail uitgewerkt. Eveneens werd geconstateerd dat de doelstelling van de behandeling, daadwerkelijke beïnvloeding van de persoonlijkheidsontwikkeling, nog weinig in concrete stappen is uitgewerkt. Tot slot werd geconstateerd dat er sprake is van fasen van de behandeling in de leefgroep om de doelstelling te bereiken. De behandelingsstappen die binnen de fasen genomen worden zullen worden om de doelstelling te bereiken, zijn eveneens niet terug te vinden in de publicaties.

Tijdens het *tweede deelonderzoek* werd de verwachting gewekt dat er tussen de behande-

laars meer afstemming en samenhang te constateren zou zijn wat betreft ieders behandeling(splanning). Dit bleek veel minder het geval te zijn dan van te voren werd aangenomen.

Tijdens het *derde deelonderzoek* was er de verwachting dat er in de gelijksoortige hulpverleningsinstellingen sprake zou zijn van overeenkomstige systemen van overleg en verslaglegging. Deze verwachting moest genuanceerd worden. Zoals reeds geschreven (zie hoofdstuk 10) zijn er inductieve en deductieve werkmodellen vastgesteld. De verwachting dat het systeem van overleg en verslaglegging van gelijksoortige instituten evenzo samenhangend en geformaliseerd zou zijn als binnen het voorbeeldinstituut is niet uitgekomen.

12.1.3 Onverwachte resultaten

Inherent aan een zoektocht is dat deze onverwachte resultaten oplevert. Van tevoren is niet te voorzien welke resultaten zo'n zoektocht aan het licht zal brengen. De resultaten zijn afhankelijk van wat, waar, wanneer en hoe er gezocht wordt. Per deelonderzoek zullen de onverwachte resultaten gerubriceerd worden.

In het *eerste deelonderzoek* werden de publicaties van het voorbeeldinstituut geanalyseerd. De categorieën van het theoretisch raamwerk konden door middel van de analyse steeds beter omschreven en gedefinieerd worden. De categorieën van het theoretisch raamwerk verdwenen niet in dit onderzoek, maar kregen meer inhoud dan verwacht. De categorieën werden als praktijkcategorieën opgevat. In de omschrijving van de begrippen van de categorieën werd een ontwikkeling geconstateerd. Door de beschrijvingen van de categorieën te interpreteren konden samenhangen binnen en tussen de categorieën vastgesteld worden. Tevens konden begrippen als integratie en differentiatie, sturing, lerend systeem, hiërarchie van doeleinden en planning als hogere abstractiebepgrppen van de werkmodellen vastgesteld worden.

In het *tweede deelonderzoek* werden opvattingen van de praktijkwerkers van het voorbeeldinstituut nagegaan. De opvattingen betroffen een deel van het werkmodel 'zoals bedoeld' en 'zoals gebruikt'. Geconstateerd werd dat opvattingen neergelegd in het werkmodel 'zoals bedoeld' terug te vinden zijn in het werkmodel 'zoals gebruikt'. Er konden werkzame elementen in het werkmodel 'zoals gebruikt' achterhaald worden die niet verwoord waren in de publicaties van het voorbeeldinstituut. Een voorbeeld betreft de opvattingen van de geïnterviewden over hoe zij menen dat behandelingsplanning in de praktijk plaatsvindt. Een belangrijke constatering tijdens dit onderzoek was dat de praktijkwerkers vaststelden dat ze zich door de interviews, de samenvattingen van de interviews en de nabespreking van de uitkomsten van de analyse van de interviews meer bewust zijn geworden van het proces van behandelingsplanning. De discussie van de praktijkwerkers over behandelingsplanning werd door dit onderzoek geïntensiveerd. In de wandelgangen werd er gesproken over diverse aspecten van behandelingsplanning, bijvoorbeeld hoe zijn behandelingsplandocumenten te gebruiken, zijn de plannen wel up-to-date, moeten de plannen niet korter worden en moet de behandelingsdiscipline niet zelf het behandelingsplan schrijven?

Een niet voorzien gevolg van dit onderzoek was dat het systeem van overleg en verslaglegging aangepast werd mede op basis van de onderzoeksbevindingen. Deze aanpassing betekende dat het werkmodel 'zoals bedoeld' en het werkmodel 'zoals gebruikt' als gevolg van de onderzoeksresultaten dichter naar elkaar toe werden gebracht.

Het *derde deelonderzoek* speelde zich af in gelijksoortige instituten als het voorbeeldinstituut. Praktijkwerkers werden aldaar geïnterviewd over het systeem van overleg en verslag-

legging in hun instituut. Er zijn naar verwachting typen van werkmodellen vastgesteld. Van te voren stond niet vast welke typen van werkmodellen er aan te treffen zouden zijn in de gelijksoortige instituten. Het inductieve en het deductieve werkmodel werden vastgesteld. Inductief wil zeggen dat de behandeling in de leefgroep vormgegeven wordt door de organisatie van onderop en deductief door de organisatie van bovenaf. Binnen deze twee werkmodellen konden subwerkmodellen vastgesteld worden. Door de typen van werkmodellen te vergelijken op kernverschillen werd het mogelijk conclusies te trekken ten aanzien van spanningsvelden in het werkmodel van het voorbeeldinstituut. Een voorbeeld van een spanningsveld is dat (be)handelen aan de hand van een deductief werkmodel met zich mee kan brengen dat de leefgroepswerkers in de vormgeving van de behandeling in de leefgroep te veel van bovenaf bepaald worden waardoor de vormgeving van onderop in gedrang komt.

Vastgesteld kon worden dat het totale onderzoek gevolgen heeft gehad voor de praktijk van het voorbeeldinstituut. Het eerste deelonderzoek heeft een geëxpliciteerd werkmodel opgeleverd. Naar aanleiding van het tweede en derde deelonderzoek is het werkmodel van het voorbeeldinstituut bediscussieerd, gerelativeerd en bijgesteld. Gesproken kan worden van bewustwording en implementatie en 'continue ontwikkeling' van het werkmodel door de werkers van het voorbeeldinstituut.

Op basis van de hiervoor besproken resultaten die of aan de doelstelling beantwoorden of onverwacht en niet voorzien optraden, is het mogelijk de discussie over de relevantie van de onderzoeksresultaten aan te gaan.

Welke relevantie hebben de resultaten voor de bredere zorg van de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg inclusief het voorbeeldinstituut, voor het bredere veld van de jeugdzorg, voor de maatschappij en, tenslotte, voor de wetenschap?

12.2 Discussie

12.2.1 De relevantie van dit onderzoek voor het voorbeeldinstituut en het bredere kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld

Algemene functie van explicitering van werkmodellen

In dit onderzoek zijn er werkmodellen, zowel inductieve als deductieve, voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep geëxpliciteerd. Met dit onderzoek is aangetoond dat het mogelijk is om werkmodellen voor de behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek te ontwikkelen. Door het onderzoeksproces heeft er aanpassing en implementatie van een deel van het werkmodel plaatsgevonden. Over het aangepaste werkmodel zijn publicaties verschenen (onder andere Verheij, 1993; Verheij, 1995). De geëxpliciteerde werkmodellen kunnen gebruikt worden voor kwaliteitscontrole.

Met dit praktijkgericht onderzoek binnen een hulpverleningsinstelling is het mogelijk geworden om praktijkkennis te verkrijgen over werkmodellen voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep en is het mogelijk een verdere ontwikkeling van de werkmodellen te bewerkstelligen. In de literatuur wordt benadrukt dat hulpverleningsinstellingen hun werkmodellen zullen moeten gaan expliciteren omdat dit tot nu toe nog onvoldoende heeft plaatsgevonden (Hermanns, 1994; De Ruyter, 1994). Dit onderzoek heeft aldus een bijdrage

geleverd aan het voorzien in deze geconstateerde behoefte aan te ontwikkelen werkmodellen.

Voorgaande geldt ook voor het bredere veld van de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg. Explicitering van werkmodellen door praktijkgericht onderzoek is, evenals in het voorbeeldinstituut, ook aldaar mogelijk (conform het tweede deelonderzoek) en relevant.

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot het kinderpsychiatrische zorgveld. In dit zorgveld worden kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek door multidisciplinaire teams binnen een behandelingsorganisatie behandeld. In het navolgende zal het belang van explicitering van werkmodellen voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek aangegeven worden. Vervolgens zal de noodzaak van explicitering van werkmodellen voor de leefgroepwerkers, voor de coördinatoren en voor de andere behandelaars bediscussieerd worden.

Behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek maakt behandeling aan de hand van geëxpliciteerde werkmodellen noodzakelijk

Met dit onderzoek is vastgesteld dat het ontwikkelen van werkmodellen voor de behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek mogelijk is. Werkmodellen voor de behandeling van kinderen zijn niet als vanzelfsprekend voorradig. Behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek verlangt doordachte en welbewuste behandeling die slechts gestalte kan krijgen wanneer hiertoe werkmodellen geëxpliciteerd zijn.

Een van de redenen dat werkmodellen onmisbaar zijn is, zo blijkt uit dit onderzoek en soortgelijk onderzoek (Van Doorn, 1993, 1995), dat voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek pas tijdens de behandeling de daadwerkelijke behandelingsstrategieën vastgesteld kunnen worden en niet van te voren. De behandeling zal voor deze kinderen van dag tot dag gevolgd dienen te worden. De behandeling in de leefgroep zal daarbij in fasen plaatsvinden. Het voorgaande vereist dat iedere keer weer aan de hand van werkmodellen de strategieën bepaald dienen te worden. Werkmodellen zijn hiertoe onontbeerlijk. De werkmodellen dienen zowel inhoudelijk als procesmatig te zijn, wat in het navolgende verduidelijkt zal worden.

De geëxpliciteerde werkmodellen van het voorbeeldinstituut bieden enerzijds inhoud en geven door de inhoud richting aan de formulering van de daadwerkelijke strategieën tijdens de behandeling. De categorieën van de werkmodellen hebben inhoudelijk invulling gekregen en de inhoud dient als kader van waaruit de daadwerkelijke behandelingsstrategieën geformuleerd kunnen worden. De geëxpliciteerde werkmodellen zijn anderzijds als procesmatig te karakteriseren. Er is een systeem van overleg en verslaglegging ontwikkeld waarin stappen die genomen moeten worden om de behandeling vorm te geven, opgenomen zijn. Hierdoor kan de behandeling in de leefgroep van dag tot dag gevolgd worden. De inhoudelijke en procesmatige werkmodellen zijn in samenhang met elkaar gebracht. Deze samenhang is af te lezen uit het feit dat de behandelingsfilosofie (verwoord in de categorie doelgerichtheid van het werkmodel) opgenomen is in het systeem van overleg en verslaglegging. Aan de hand van deze geïntegreerde werkmodellen kunnen tijdens de behandeling de daadwerkelijke behandelingsstrategieën steeds weer opnieuw geformuleerd worden en kan iedere keer weer gepland worden.

Een andere reden dat geëxpliciteerde werkmodellen voor de behandeling van kinderen

met meervoudige ontwikkelingsproblematiek onmisbaar zijn, is het feit dat planning van de behandeling in de leefgroep voor deze kinderen niet eenmalig is, maar op gezette tijden terug dient te keren. Er kan geen sprake zijn van een eenmalig behandelingsplanning voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek. Voor de steeds terugkerende planning zullen werkmodellen ontwikkeld moeten zijn om behandelingsplanning voor het kind in de leefgroep mogelijk te maken. Voor het voorbeeldinstituut zijn deze werkmodellen in dit onderzoek verder ontwikkeld en geëxpliciteerd.

Leefgroepwerkers zullen, indien ze professioneel willen behandelen, met geëxpliciteerde werkmodellen moeten werken

Niet alleen vereist de meervoudige ontwikkelingsproblematiek van de ter behandeling opgenomen kinderen geëxpliciteerde werkmodellen, ook de leefgroepwerkers zelf zullen aan de hand van geëxpliciteerde werkmodellen de behandeling in de leefgroep vorm moeten geven. Een reden is dat ze hierdoor in plaats van vanzelfsprekend (be)handelen, doordacht en daardoor professioneel (be)handelen.

In dit onderzoek is door de leefgroepwerkers duidelijk aangegeven aan de hand van geëxpliciteerde werkmodellen te willen werken. Leefgroepwerkers hechten belang aan geëxpliciteerde werkmodellen. Hiermee geven zij aan doordacht en daardoor professioneel te willen (be)handelen. De leefgroepwerkers kunnen dan in plaats van vanzelfsprekend (be)handelen professioneel (be)handelen.

De leefgroepwerkers hebben recht op geëxpliciteerde werkmodellen om professioneel te kunnen (be)handelen. Een probleem is echter dat er nog weinig volledig geëxpliciteerde en samenhangende werkmodellen voorhanden zijn. Met dit onderzoek is een aanzet gegeven om werkmodellen voor de behandeling in de leefgroep te expliciteren. Aan de hand van de werkmodellen kunnen leefgroepwerkers professioneel (be)handelen.

Ook in de recente literatuur wordt het belang van expliciteren van werkmodellen in het kader van professionalisering van zowel leefgroepwerkers als zorg aangegeven (Gieles, 1992; Ligthart, Daal, 1992; De Bree, 1992; Van Houten, 1993). Hierbij wordt benadrukt dat het professionele handelen van leefgroepwerkers doordacht en welbewust handelen aan de hand van werkmodellen inhoudt. In plaats van werkmodellen wordt in de literatuur gesproken over methodieken. Het belang van methodiekontwikkeling wordt in de literatuur de laatste jaren benadrukt (Van der Kamp, 1993; Van der Laan, 1993; Hesser, 1993). Het probleem is evenwel voor leefgroepwerkers dat methodieken nog onvoldoende geëxpliciteerd zijn (De Ruyter, 1994). Verdergaande explicitering en ontwikkeling van methodieken casu quo werkmodellen voor leefgroepwerkers zijn derhalve nodig.

Leefgroep- en behandelingscoördinatoren zullen, indien ze professioneel willen handelen, hun werkmodellen voor wat betreft de behandeling in de leefgroep moeten expliciteren

In dit onderzoek blijkt dat leefgroepcoördinatoren vitale posities innemen ten aanzien van de coördinatie van de behandeling in de leefgroep. De leefgroepcoördinatoren dienen opgevat te worden als middle-managers, de behandelingscoördinatoren als hoger-managers. Middle- en hoger management in hulpverleningsinstellingen zijn in de literatuur relatief weinig beschreven in vergelijking tot andere onderwerpen betreffende behandeling in hulpverleningsinstellingen (Connor, Mack, Handelman, 1983; Gravesteijn, Verheij, 1989; Dalton, Forman, 1992). Ook voor coördinatoren geldt dat ze de behandeling in de leefgroep vanuit

werkmodellen dienen vorm te geven, wil er sprake zijn van professioneel behandelen. Derhalve dienen zij hun werkmodellen te expliciteren.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de behandelings- en leefgroepcoördinatoren verschillende rollen en taken vervullen binnen de instituten. Wanneer er sprake is van inductieve werkmodellen hebben de coördinatoren een minder sturende functie in de vormgeving van de behandeling dan wanneer er sprake is van deductieve werkmodellen. Voor de coördinatoren is het belangrijk om hun keuzen van hoe te sturen te verduidelijken. Dit geeft duidelijkheid voor henzelf en voor de leefgroepwerkers, waardoor er afstemming kan ontstaan tussen leefgroepwerkers en coördinatoren wat betreft de vormgeving van de behandeling in de leefgroep. Over en weer moet er kennis zijn van de werkmodellen die gehanteerd worden in de vormgeving van de behandeling in de leefgroep.

Het belang van geëxpliciteerde werkmodellen van andere behandelingsdisciplines

Wat voor de leefgroepwerkers geldt, geldt ook voor de andere behandelaars in de instituten. Deze dienen eveneens de eigen werkmodellen te expliciteren en wel om de volgende redenen.

Behandelen aan de hand van een geëxpliciteerd werkmodel betekent voor de behandelaars, evenals voor de leefgroepwerkers, professioneel behandelen. Tevens wordt het mogelijk dat anderen, die bij de behandeling betrokken zijn, kennis krijgen over de geëxpliciteerde werkmodellen van de ander. Hierdoor wordt een doordachte afstemming van de diverse vormen van behandelingen op elkaar mogelijk, die vervolgens resulteert in interdisciplinaire diagnostische visies en in het verlengde daarvan interdisciplinaire behandelingsvisies.

Tenslotte is het mogelijk dat de verschillende behandelingsdisciplines elkaar als gelijken gaan waarden. In de interviews is naar voren gekomen dat de leefgroepwerkers zich ondergewaardeerd kunnen voelen ten opzichte van andere behandelaars. Deze gevoelens van onderwaardering kunnen te maken hebben met onvoldoende bekendheid van de behandelaars met elkaars werkmodellen. Wanneer iedere behandelingsdiscipline zijn werkmodel geëxpliciteerd heeft, zou dit kunnen bewerkstelligen dat onderwaardering verandert in gelijke waardering voor elkaar.

Binnen de hulpverleningsinstituten is doorlopend onderzoek naar werkmodellen een noodzaak

In dit onderzoek zijn er in de werkmodellen onvolkomenheden en discrepanties te constateren die nader onderzoek behoeven. Om deze onvolkomenheden en discrepanties te onderzoeken zal iedere keer weer de dagelijkse behandelingspraktijk betrokken moeten worden in het onderzoek. De dagelijkse behandelingspraktijk ontwikkelt zich en hierdoor kunnen er gemakkelijk nieuwe discrepanties ontstaan tussen het werkmodel 'zoals bedoeld' en 'zoals gebruikt'. Met andere woorden: door middel van praktijkgericht onderzoek zal de vinger aan de pols van de behandelingspraktijk gehouden moeten worden. Hierdoor wordt praktijkkennis over de behandeling in de leefgroep verder gesystemiseerd en geëxpliciteerd.

12.2.2 De relevantie voor het bredere veld van jeugdzorg

Algemeen

Wat voor het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld geldt, geldt ook voor het bredere veld van de hulpverlening. Werkmodellen voor de behandeling in de leefgroep zijn nog onvol-

doende uitgewerkt en onvoldoende in relatie tot elkaar geplaatst. In de literatuur zijn voor voorgaande uitspraken aanwijzingen te vinden. De Ruyter (1992) merkte op dat met name de explicitering van de hulpverleningsvisie nog onvoldoende geconcretiseerd is in het handelen van de leefgroepwerkers. Uit grootschalig empirisch onderzoek lijkt het handelen van leefgroepwerkers meer op vanzelfsprekend handelen dan op hulpverlenend handelen (Van der Ploeg, Scholte, 1988; Winnubst, 1989; Vlaskamp, 1993; Grubben, 1994). Het is nodig dat de hulpverleningsvisie van de leefgroepwerkers vertaald wordt in het hulpverleningsaanbod van de leefgroepwerkers.

In de literatuur wordt aangegeven dat systemen van overleg en verslaglegging nog weinig gebaseerd zijn op de behandelingsfilosofie van de hulpverleningsinstelling (Reid, 1982; Vlaskamp, 1993). Multidisciplinair behandelen vanuit een gemeenschappelijke overkoepelende behandelingsfilosofie is moeilijk uit te voeren als de gemeenschappelijke, overkoepelende behandelingsfilosofie nog weinig in het dagelijkse werken verweven is, wordt geconstateerd.

In de literatuur wordt relatief weinig aandacht besteed aan continuïteit van de behandeling binnen hulpverleningsinstellingen. Inzicht in hoe continuïteit van de behandeling nagestreefd wordt, is belangrijk om continuïteit in de totale behandeling te kunnen waarborgen (Joha, 1994).

Uit het voorgaande volgt dat de categorieën doelgerichtheid, structuur, coördinatie en continuïteit van de werkmodellen nog onvoldoende van inhoud voorzien zijn voor wat betreft het bredere veld van jeugdzorg en dat er nog te weinig samenhang tussen de categorieën aangebracht is.

In het navolgende zal in discussie een aanzet gegeven worden om inhoud aan en samenhangen tussen de categorieën van het werkveld van de jeugdzorg te geven.

Invulling van het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en het werkmodel van de behandeling in de leefgroep

Het is mogelijk dat hulpverleningsinstellingen in het bredere veld van jeugdzorg gebruik maken van het geëxpliciteerde werkmodel van het voorbeeldinstituut om hun eigen werkmodellen te expliciteren en te ontwikkelen. De elementen van het werkmodel kunnen gebruikt worden om deze vanuit praktijkgegevens inhoud te laten krijgen.

In het navolgende wordt een poging ondernomen om de in de vorige paragraaf in de literatuur geconstateerde lacunes (explicitering van de hulpverleningsvisie, afstemming van hulpvraag op hulpaanbod en dergelijke) een plaats te geven in de werkmodellen van het bredere veld van jeugdzorg. Het werkmodel van de hulpverleningsinstelling en dat van de behandeling in de leefgroep zullen tegelijkertijd besproken worden.

De categorie doelgerichtheid

In dit onderzoek werd de categorie doelgerichtheid als kerncategorie opgevat. Wanneer deze categorie invulling verkrijgt is het mogelijk om vertalingen van elementen eruit te maken naar de andere categorieën van het werkmodel. Voor deze categorie is het belangrijk dat de hulpverleningsvisie op de behandeling van de kinderen verwoord wordt. Deze visie zal zowel de doeleinden van de behandeling in termen van het kind en gezin als de doeleinden in termen van de behandeling moeten bevatten. Dit onderscheid is noodzakelijk om zowel te weten op welke problematiek van kind en gezin de behandeling zich richt (hulpvraag) als

om te weten wat nodig is in de behandeling zelf (hulpaanbod). Wanneer deze twee soorten doeleinden uit elkaar gehouden worden, is het mogelijk om de hulpvraag en het hulpaanbod op elkaar te betrekken. Om een verband te leggen tussen de hulpvraag en het hulpaanbod is het belangrijk dat er diagnostische werkmodellen en in het verlengde daarvan behandelingsgerichte werkmodellen ontwikkeld worden.

De categorie structuur

In de vorige paragraaf is aangegeven dat de taken van leefgroepwerkers vaak nog niet verbonden zijn met een hulpverleningsvisie. Belangrijk is dat in de explicitering van het werkmodel vanuit praktijkervaringen deze wel geoperationaliseerd worden. Hetzelfde geldt voor de taken van andere behandelaars. De taken van de andere behandelaars zullen in samenhang gebracht moeten worden met die van de leefgroepwerkers. Wanneer dit niet gebeurt zal er ook geen sprake zijn van een samenhangende, multidisciplinaire behandeling.

De categorie coördinatie

In de literatuur wordt, zoals in de vorige paragraaf reeds is aangegeven, weinig ingegaan op systemen van overleg en verslaglegging waarin elementen vanuit de categorie doelgerichtheid en de categorie structuur verweven zijn (Reid, 1982; Vlaskamp, 1993). De behandelingsfilosofie van de respectievelijke hulpverleningsinstellingen en van de behandeling in de leefgroep zijn nog te weinig 'vertaald' naar de inrichting van het systeem van overleg en verslaglegging. In het voorbeeldinstituut wordt er wel een vertaling nagestreefd. In de explicitering van werkmodellen zou hieraan aandacht besteed moeten worden.

Uit dit onderzoek blijkt dat er sprake is van verschillende wijzen van sturing van de behandeling in de leefgroep. Er is zowel deductieve als inductieve sturing gevonden. Behandelingscoördinatoren en leefgroepcoördinatoren hebben, wanneer ze deductief of inductief sturen, verschillende rollen. Belangrijk is dat de wijze van sturing en de rollen van de coördinatoren geëxpliciteerd worden om inzichtelijk te kunnen maken hoe de behandeling in de leefgroep tot stand komt.

De categorie continuïteit

Voor deze categorie zijn weinig gegevens voorradig om in te vullen. Nader onderzoek is nodig.

Inductieve en/of deductieve werkmodellen?

Met dit onderzoek is aangetoond dat er in het kinderpsychiatrische zorgveld zowel sprake is van deductieve als van inductieve werkmodellen. De vraag kan gesteld worden welke hulpverleningsinstellingen van het bredere zorgveld het inductieve of deductieve werkmodellen behoeven. Dit onderzoek laat zien dat aan inductieve en deductieve werkmodellen voor- en nadelen verbonden zijn. De voor- en nadelen zullen nogmaals op een rij gezet worden. Daarna zal beargumenteerd worden dat deductieve werkmodellen meer op hun plaats zijn voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek, terwijl inductieve werkmodellen meer van toepassing zijn bij behandeling van kinderen met enkelvoudige ontwikkelingsproblematiek.

De voor- en nadelen van inductieve werkmodellen

De leefgroepwerkers die werken volgens het inductieve werkmodel hebben een grotere

mate van zelfstandigheid in de vormgeving van de behandeling dan collega's die dit doen volgens het deductieve model. Er is binnen het inductieve werkmodel meer sprake van zelfsturing. De behandelaars bepalen hoofdzakelijk zelf de hulpvraag en het hulpverleningsaanbod, eventueel ondersteund door andere disciplines. Ze werken niet primair vanuit een overkoepelende hulpverleningsvisie.

Een nadeel kan zijn dat de leefgroepwerkers te veel autonomie verkrijgen in de vormgeving van de behandeling en dat er te weinig afstemming is op de andere behandelingsdisciplines. Er is dan geen sprake meer van een samenhangende multidisciplinaire behandeling. Het ontbreekt immers aan een overkoepelende behandelingsvisie die multidisciplinair behandelen mogelijk maakt.

De voor- en nadelen van deductieve werkmodellen

De leefgroepwerkers die volgens het deductieve werkmodel de behandeling in de leefgroep vormgeven doen dit in multidisciplinair verband en vanuit een overkoepelende behandelingsfilosofie.

Een nadeel kan zijn dat de leefgroepwerkers ervaren dat hen te veel voorgeschreven wordt hoe te behandelen. De voorschriften kunnen te ver verwijderd staan van het dagelijkse handelen in de leefgroep.

Met deze voor- en nadelen kan rekening gehouden worden om te bepalen wat nu geschikt is voor hulpverleningsinstellingen in het bredere veld van jeugdzorg.

Inductieve werkmodellen zijn primair geschikt voor instellingen waarin kinderen met enkelvoudige problematiek (en hun gezin) in behandeling genomen worden, met name wanneer:

- de problematiek gemakkelijk te doorzien is door de leefgroepwerkers;
- er weinig multidisciplinair overleg nodig is, omdat er geen interdisciplinaire diagnostische visie en in het verlengde daarvan interdisciplinaire behandelingsvisie nodig is.

Deductieve werkmodellen zijn primair geschikt voor instellingen waarin kinderen met meervoudige problematiek (en hun gezin) in behandeling genomen worden, met name wanneer:

- de problematiek niet alleen door de leefgroepwerkers doorzien kan worden, maar multidisciplinaire diagnostiek behoeft;
- er veelvuldig multidisciplinair overleg nodig is om een interdisciplinaire diagnostische visie en in het verlengde daarvan een interdisciplinaire behandelingsvisie te formuleren;
- de behandeling van dag tot dag gevolgd dient te worden om tot deze visies te geraken, waarbij de doeleinden in termen van het kind en de doeleinden in termen van de behandeling steeds opnieuw aan de orde moeten komen;
- de verschillende behandelingsdisciplines afstemming op elkaar behoeven.

12.2.3 De relevantie van dit onderzoek voor de maatschappij

De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor diverse geledingen van de maatschappij.

Voor *hulpverleningsinstellingen* zijn de werkmodellen belangrijk omdat ze behulpzaam zijn in het waarmaken van datgene wat hulpverleningsinstellingen voorstaan. Tevens leveren de werkmodellen kwaliteitscriteria waardoor interne en externe kwaliteitstoetsing mogelijk gemaakt worden. Bovendien kunnen aan hand van de werkmodellen de werkzaamheden binnen de hulpverleningsinstellingen worden verantwoord.

Voor *ouders en opvoeders* van kinderen met problemen is het belangrijk dat ze inzicht hebben in hoe hulpverleningsinstellingen georganiseerd zijn en welke verschillen er zijn tussen de diverse hulpverleningsinstellingen. Voor hen is het belangrijk dat ze weten dat er door leefgroepwerkers doordacht, bewust en daardoor professioneel behandeld wordt binnen de hulpverleningsinstellingen. De ouders en verzorgers hebben recht om inzicht te hebben in de werkmodellen van de hulpverleningsinstellingen.

Voor de overheid is het belangrijk om te weten welke de werkmodellen van de hulpverleningsinstellingen zijn. Wanneer deze bekend zijn, kan de organisatie van de hulpverlening daarop afgestemd worden. Implementatie van werkmodellen of methodieken kunnen dan beter aansluiten op de werkmodellen voor de vormgeving van de behandeling van dat moment.

Voor opleidingen tot leefgroepwerkers (SPH-opleidingen) is belangrijk dat er werkmodellen geëxpliciteerd zijn en verder ontwikkeld worden vanuit de hulpverleningsinstellingen zelf. Belangrijk is dat er systematische kennis ontstaat van werkmodellen van de behandeling in de leefgroep. Het is van belang dat er verschillen tussen de diverse werkmodellen van de verschillende hulpverleningsinstellingen aangebracht worden. Wanneer werkmodellen geëxpliciteerd zijn, worden ze overdraagbaar tijdens de opleidingen en tijdens het lopen van stages door toekomstige leefgroepwerkers. Op deze manier ontstaat er een integratie tussen de hulpverleningspraktijk en de opleidingen.

Voor de verwijzers van problematische kinderen naar hulpverleningsinstellingen is het belangrijk dat ze kennis hebben van het proces van hulpverlening binnen de hulpverleningsinstellingen. Verwijzers hebben er belang bij om te weten welke hulpverleningsvorm geschikt is voor en aansluit bij de problematiek van de kinderen die ze gaan verwijzen. Tevens is het belangrijk dat ze de behandeling in de leefgroep kunnen volgen en weten waarom er behandelingskeuzen worden gemaakt.

12.3 De relevantie van dit onderzoek voor de wetenschap, een vooruitblik

Dit onderzoek is een bijdrage geweest tot ontwikkeling van systematische kennis over het proces van behandeling van kinderen in de leefgroep. Aangevoerd is dat door middel van praktijkgericht onderzoek kennis kan worden ontwikkeld. Deze kennis is overdraagbaar en bruikbaar voor de werkers van de instelling waar praktijkgericht onderzoek heeft plaatsgevonden.

Uit de resultaten van dit onderzoek valt af te leiden dat nog veel praktijkgericht onderzoek naar werkmodellen van de behandeling in de leefgroep noodzakelijk is voordat er sprake kan zijn van effectonderzoek. Met deze constatering wordt teruggegaan naar de inleiding van deze dissertatie.

In de inleiding van deze dissertatie is gesteld dat effectonderzoek naar de behandeling in de leefgroep pas mogelijk is wanneer er kennis bestaat over het proces van de behandeling in de leefgroep. Met dit onderzoek wordt aangetoond dat er nog nader onderzoek naar het proces van de behandeling in de leefgroep nodig is en daarvoor is nu een basis gelegd. Voor de hulpverleningsinstelling is in dit hoofdstuk onder paragraaf 12.1.2 'Verwachte, maar niet ingeloste resultaten' aangegeven wat verder onderzoek behoeft.

Bijlagen

Bijlage I

Behorend bij paragraaf 3.1.2

De categorie structuur

De behandelingsvormen

In het navolgende zal de categorie structuur aan de hand van de doelstelling, de organisatie, de taken en het proces besproken worden. Voor de doelstelling geldt dat ingegaan zal worden op de typering van de doelgroep, de doeleinden in termen van het kind en gezin en op de doeleinden in termen van de behandeling. Daarna zal de samenhang tussen de behandelingsvormen beschreven worden. Vervolgens zal ingegaan worden op het denk-/werkmodel van iedere behandelingsvorm.

Behandeling in de leefgroep

Doelgerichtheid

Doelgroep; de typering van de doelgroep waar de behandeling in de leefgroep zich op richt luidt dezelfde als de typering die door de hulpverleningsinstelling is geformuleerd. Dit is af te leiden uit de wijze waarop Verheij (1989d) de doelgroep van de leefgroep typeerde:

'De kinderen die in de leefgroep worden behandeld, zijn kinderen met vroegkinderlijke behoeften'. Doeleinden in termen van kind; de doeleinden in termen van het kind liggen in het verlengde van de doeleinden die door de hulpverleningsinstelling zijn geformuleerd. Dit blijkt uit het volgende citaat (Verheij, 1989d):

'Bij opname van een kind in een kinderpsychiatrische kliniek en aldus ook bij diens komst in een kinderpsychiatrische leefgroep wordt behandeling beoogd en staat het kind in al zijn ontwikkelingsaspecten centraal. De aanpak is niet gericht op symptomen en probleemgedrag, maar stelt zich tot doel kinderlijke gedragingen te herleiden tot dat wat deze in het geheel van ontwikkeling betekenen. Vervolgens kan daarop afgestemd hanteerbaar beleid ontstaan Behandeling casu quo beïnvloeding van kinderlijke ontwikkeling dient te resulteren in structurele veranderingen binnen het kind, dat wil zeggen in diens persoonlijkheidsontwikkeling'.

Doeleinden in termen van de behandeling; voor iedere behandelingsvorm zullen doeleinden in termen van de behandeling geformuleerd dienen te worden, die specifiek zijn voor de behandelingsvorm. De doeleinden in termen van de behandeling moeten gerelateerd worden aan de doeleinden van de specifieke behandelingsvorm in termen van het kind. In de publicaties is in het denken hierover een ontwikkeling waar te nemen die parallel loopt aan de ontwikkeling in het denken over deze doeleinden door de hulpverleningsinstelling. De doeleinden in termen van de behandeling betreffen de vroegkinderlijke behoeften die primair een gezinsachtig milieu nodig maken. De leefgroep is de plaats waar een gezinsachtig milieu nagestreefd moet worden (Stelder-Houben, Verheij, 1984; Verheij, De Boer, 1987a; Verheij, 1989d). In dit milieu dienen betrouwbare en veiligheid biedende mensen gestalte te geven aan het groepsklimaat (Sonnema-Diemont e.a., 1982; Stelder-Houben, Verheij, 1984). Binnen het klimaat zullen de kinderen verzorgd, opgevoed en behandeld worden (Verheij, De Boer, 1987a; Verheij, 1989d).

In de publicaties komt naar voren dat de behandeling in de leefgroep als kern van de totale behandeling opgevat wordt. Deze opvatting dient als doeleinde in termen van de behandeling beschouwd te worden en geeft een samenhang met de andere behandelingsvormen weer.

Organisatie

Omtrent de organisatie van de leefgroepbehandeling zijn er verschillende vragen die beantwoord moeten worden. De vraag is hoeveel leefgroepen het voorbeeldinstituut kent en hoeveel kinderen er voor hoe lang in opgenomen zijn. Tevens is er de vraag door hoeveel personen de behandeling in de leefgroep vorm gegeven wordt. Tenslotte is er de vraag welke redenen er genoemd worden betreffende de gekozen organisatievorm.

In 1987 noemden Verheij en De Boer dat er drie dag-en-nachtgroepen met ieder zeven kinderen van beide geslachten, variërend in de leeftijd van drie tot vijftien jaar aanwezig zijn (Verheij, De Boer, 1987c). In 1989 is het aantal kinderen 27 (Verheij, 1989d). Er is op dat moment sprake van drie dag-en-nachtgroepen en één dagbehandelingsgroep. De grootte van de dag-en-nachtgroepen is zeven kinderen, die van de daggroep zes. Reeds is vermeld dat de opnameduur gemiddeld meer dan twee jaar zal duren.

In de publicaties wordt over de samenstelling van het team pedagogische medewerkers geschreven (in het vervolg worden de pedagogische medewerkers leefgroepwerkers genoemd). Sonnema-Diemont en collega's (1982):

'Per leefgroep beschikken wij over zeven pedagogische medewerkers (p.m.'s) en twee nachtwachten. Eén van de p.m.'s fungeert als coördinatrice van het team; zij werkt in dagdienst. De andere p.m.'s werken twee aan twee gedurende een vroege of een late dienst. De beide nachtwachten wisselen elkaar wekelijks af voor waakdiensten'.

Stelder-Houben en Verheij (1984) schreven:

'.... er (zijn) steeds twee pm's gelijktijdig voor de kinderen aanwezig'.

Verheij (1989d) voegde toe:

'Voor meerdere maanden werken deze twee in een vast koppelverband'.

Hoewel niet zo genoemd, kan verondersteld worden dat er in koppelverband gewerkt wordt vanwege het nastreven van een gezinsachtig klimaat en de intensiteit van de nagestreefde behandeling van de kinderen.

Er worden geen redenen genoemd waarom er gekozen is voor gemiddeld zeven kinderen per groep.

Taken

De taken van de leefgroepwerkers zullen voortvloeien uit de doeleinden in termen van de behandeling van de hulpverleningsinstelling en die van de behandelingsvorm. Uit de publicaties blijkt dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen taken die direct handelen naar de kinderen toe betreffen (directe taken) en taken die hiermee samenhangen (indirecte taken).

Directe taken; reeds is gesteld dat alle opgenomen kinderen vroegkinderlijke behoeften hebben en dat aan deze behoeften zal voldaan moeten worden door middel van een gezinsachtig leefklimaat. Een taak van de leefgroepwerkers is derhalve het creëren van een gezinsachtig leefklimaat (Verheij, De Boer, 1987a,b,c). Taken die in het creëren van het leefklimaat vervat zitten, zijn structureren, orde aanbrengen, consequent zijn en warmte uitstralen. Daarbij zal consistentie en continuïteit nagestreefd moeten worden. Een eenduidige omgang

tussen de leefgroepwerkers is nodig (Verheij, De Boer, 1987a; Verheij, 1989d). Geredeneerd vanuit de vervulling van de vroegkinderlijke behoeften van de opgenomen kinderen en het nastreven van een gezinsachtig klimaat, wordt als *hoofdtak* van de leefgroepwerkers verzorgen, opvoeden en behandelen genoemd. In hetgeen Stelder-Houben en Verheij (1984) en Verheij en De Boer (1987a) schreven, komen de directe taken duidelijk naar voren:

'De pedagogisch medewerksters hebben ten aanzien van hen een drieledige taak: zij verzorgen hen, voeden hen op én behandelen hen In de leefgroep wordt gestreefd naar een gezinsachtig leefklimaat. De belangrijkste hoofdtaken voor de pedagogisch medewerksters zijn verzorging van de kinderen in alle denkbare vormen, de verantwoorde opvoeding van de kinderen en de kindgerichte behandeling'.

Ook in 1989 noemde Verheij verzorgen, opvoeden en behandelen als de drie hoofdtaken van de leefgroepwerkers.

In het voorgaande wordt er enerzijds gesproken van een drieledige hoofdtak en anderzijds van drie taken. Hieruit valt af te leiden dat enerzijds de drie taken als één hoofdtak beschouwd worden, terwijl anderzijds de drie taken van elkaar te onderscheiden zijn en in relatie tot elkaar staan. In hoofdstuk 4 zal op het verband tussen de drie taken ingegaan worden.

Indirecte taken; naast de drieledige hoofdtak wordt het maken van de dagrapportage als een taak van de leefgroepwerker beschouwd. Het maken van dagrapportage is nodig om continuïteit in en consistentie van het groepsklimaat te bewerkstelligen. Sonnema-Diemont en collega's (1982) stelden dat continuïteit en consistentie van het leefklimaat bepaald worden door een goede overleg- en overdrachtstructuur.

Het schrijven van verslagen voor en het participeren in de acht- à negenwelijkse multidisciplinair stafoverleg worden als taken genoemd. Tevens worden het participeren in overdrachten van de ene dienst naar de andere dienst, deelname aan de pm-staf en deelname aan werkbegeleiding als taken genoemd.

In de loop der jaren is voor de behandeling in de leefgroep de overleg- en verslagleggingsstructuur steeds verder uitgewerkt.

In hoofdstuk 4 zal nader ingegaan worden op hoe aan de directe en indirecte taken vorm gegeven worden binnen het voorbeeldinstituut.

Proces

De vraag is welke fasen er in de behandeling in de leefgroep onderscheiden worden door het voorbeeldinstituut. Uit bestudering van publicaties blijkt dat er geen eenduidige fase-indeling geformuleerd is. Er is sprake van twee fase-indelingen:

- Verheij en De Boer (1987a) relateerden de *fasen* van de behandeling in de leefgroep aan de hiërarchische opbouw van de vroegkinderlijke behoeften waaraan voldaan zal gaan worden in de behandeling (zie voor de hiërarchische opbouw paragraaf 3.1.1). De behandeling in de leefgroep kent door het na elkaar vervullen van deze behoeften derhalve eveneens een hiërarchische opbouw. Iedere fase is gericht op de vervulling van andersoortige klein-kinderlijke behoeften. In de eerste fase is er gerichtheid op het zich veilig laten voelen in de leefgroep, in de tweede fase op de relatievorming met de volwassenen, in de derde fase op de relatievorming met de kinderen, in de vierde fase op de ingroei in de omgeving en in de laatste fase op zich leeftijdsadequaat gedragen (Verheij, De Boer, 1987a);

- Verheij (1989d) noemde *drie hoofdlijnen van de opvoeding*:
'In het geheel van de opvoeding in een kinderpsychiatrische leefgroep zitten drie bepalende hoofdlijnen ingesloten:
 - *angstreductie en vermijding worden nagestreefd;*
 - *activiteiten en interacties die de ontwikkeling belemmeren of schaden worden vermeden, afgeremd, onderbroken en/of gestaakt;*
 - *activiteiten en interacties die groei en ontwikkeling bevorderen en stimuleren worden gezocht, ingeroosterd en krachtig ondersteund'.*

Denkmodel voor de behandeling in de leefgroep

In 1992 werkten Rietdijk en Verheij een denkmodel voor de behandeling van jeugdigen met multidimensionele problematiek uit (zie figuur b.1 aan het einde van deze bijlage). Dit overkoepelend denkmodel bevat enerzijds een denkmodel gericht op de diagnostiek en anderzijds (in het verlengde van het eerste denkmodel) een denkmodel gericht op de behandeling in de leefgroep. Het denkmodel voor de diagnostiek heeft eenzelfde structuur als die voor de andere behandelingsvormen geformuleerd is. De lichamelijke, de cognitieve, de emotionele en de sociale ontwikkeling staan in wisselwerking met elkaar weergegeven in het denkmodel gericht op de diagnostiek. Verzorging, opvoeding en behandeling en stimulatie door de pedagogische medewerkers worden in wisselwerking met elkaar weergegeven in het denkmodel gericht op de behandeling. In het denkmodel valt op dat de uitgangspunten van de behandeling er niet in vervat zijn. Het denkmodel is derhalve geen alles omvattend denkmodel van de behandeling in de leefgroep van het voorbeeldinstituut.

Samenvattend: de doelstelling, de organisatie, de taken en het proces van de behandeling in de leefgroep zijn besproken.

De typering van de doelgroep van deze behandelingsvorm is dezelfde als die van de hulpverleningsinstelling. De doeleinden in termen van het kind zijn in het verlengde van die van de hulpverleningsinstelling geformuleerd. De organisatie is aan de orde gekomen. De taken kunnen onderverdeeld worden in directe en indirecte taken. Vanuit de doeleinden in termen van de behandeling in de leefgroep is het mogelijk de taken van de behandeling in de leefgroep te formuleren. De directe taken betreffen het creëren van een gezinsachtig leefklimaat waarbinnen verzorgen, opvoeden en behandelen als drieledige taak gestalte geeft aan het leefklimaat. De fasen van de behandelingsvorm zijn besproken. Gebleken is dat er een onderscheid gemaakt kan worden in een fase-indeling die doeleinden in termen van het kind betreft en een fase-indeling die zowel de doeleinden in termen van het kind als van de behandeling betreft.

Een denkmodel voor de behandeling in de leefgroep is geformuleerd. Hierbij valt op dat in het denkmodel de uitgangspunten van de behandeling niet verwerkt zijn. Het denkmodel is derhalve een deel van het totale werkmodel van de behandeling in de leefgroep.

Tot zover de behandeling in de leefgroep. In het navolgende zullen de individuele therapieën aan de orde komen.

Individuele therapieën

Ingegaan zal worden op doelstelling, taken en proces van de individuele therapieën: psychotherapie, bewegingstherapie en creatieve therapie.

Doelgerichtheid

De Boer en Verheij (1989) vatten de doelen van de individu-gerichte therapieën samen: *'Individu-gerichte therapieën zijn in de kinderspsychiatrische kliniek als noodzakelijke en specifieke katalysatoren voor de kinderlijke ontwikkeling te beschouwen. In elke vorm van therapie staat 'helen' centraal. Hetgeen de kinderlijke ontwikkeling vereist, wordt geboden. Dit betekent dat de karakteristieke techniek van de therapie hieraan ondergeschikt is. een therapeut (is) iemand die je kunt vertrouwen op vaste uren eigenlijk altijd terecht kunt de therapeut vormt zich tot een milieu De therapeutische relatie beoogt een vertrouwensrelatie te zijn waarbinnen probleemverwerking én probleemoplossing kan plaatsvinden én ontwikkeling geëntameerd én gestimuleerd wordt'.*

Organisatie

Bij oprichting van het voorbeeldinstituut (1970) waren de eerste therapieën 'on analytic lines'. In 1977 werd een creatief therapeut aangesteld, in 1979 een bewegingstherapeut, in 1988 een muziektherapeut en in 1992 een dramatherapeut. Verheij en De Boer (1987c) schreven:

'Het duurde verscheidene jaren eer de activiteitentherapieën hun plaats gevonden hadden'.

De therapieën worden opgevat als noodzakelijke en specifieke katalysatoren voor de kinderlijke ontwikkeling. De therapieën hebben eenzelfde doel: 'helen'. Ze vullen elkaar aan en zijn niet elkaars gelijke. De karakteristieke techniek van de therapie is aan 'helen' ondergeschikt.

Wat betreft de indicatiestelling zijn de drie therapievormen gelijkwaardig in de organisatie opgenomen. De therapeuten zijn verantwoordelijk voor het proces binnen de individuele therapie en de beleidspsychiater is verantwoordelijk voor de coördinatie van het geheel van de behandeling (Verheij, De Boer, 1987c; Verheij, 1989b).

Voor de individuele psychotherapie wordt opgemerkt (en dit geldt ook voor de andere vormen van therapie) dat facilitatie in en vanuit de omgeving van de therapie een noodzaak is. Dit houdt het volgende in (Verheij, De Boer, 1987c):

'.... een duidelijke geordende structuur in het dagelijks leefklimaat in de kliniek bevordert het gevoel van veiligheid van het structuurarme kind. Deze externe factoren helpen de 'egocontrole' van het kind te bevorderen en kunnen langzamerhand getransformeerd worden tot innerlijke 'egocontrole'....'.

In tegenstelling tot de behandeling in de leefgroep is er in de individuele therapieën sprake van een één-op-één situatie. De kinderen krijgen na opname één, een enkele keer twee vormen van therapie.

Overleg tussen therapeut en leefgroepcoördinator is een vereiste (Verheij, De Boer, 1987a):

'Hoofdgroepsleider en psychotherapeut informeren elkaar eens in de week of per veertien dagen. Niet de inhoud van de therapie staat centraal, maar de regelzaken en het functioneren van het kind in het dagelijks milieu'.

Er vindt op deze manier afstemming plaats tussen de therapie en de behandeling in de leefgroep. Op het multidisciplinaire stafoverleg vindt er eveneens afstemming plaats.

Taken en proces

Zoals reeds vermeld, is er voor iedere therapievorm geschreven over het procesverloop van de therapie met daarbinnen de kenmerkende taken van de therapeut. Ieder proces wordt in

fasen ingedeeld. Verheij heeft deze fasen samengevat (De Boer, Verheij, 1989). Er is sprake van een beginfase, een middenfase en een eindfase:

- in de beginfase staan de vestiging van een werkzame relatie en (zo mogelijk) analyse van de problemen en oorzaken centraal. Geliciedelijk gaat deze fase over in de middenfase;
- in de middenfase staan de bewerking en verklaring van de problemen centraal en worden de formules tot verandering gevestigd;
- in de eindfase zijn een toegroei naar een nieuw perspectief en de afbouw van de therapie kenmerkend.

Opgemerkt kan worden dat in deze fase-indeling met name de doeleinden in termen van de behandeling benadrukt worden.

Directe en indirecte taken; de directe taken zijn onder 'taken en proces' samengevat. Voor de therapeuten geldt daarnaast, evenals voor de leefgroepwerkers, dat ze verslagen schrijven en in het circuit van overleg participeren (De Boer, Verheij, 1989) (zie paragraaf 3.3).

Denkmodel voor de individuele therapieën

Evenals voor de behandeling in de leefgroep is voor de individuele therapieën een denkmodel geformuleerd (zie figuur b.2 aan het einde van deze bijlage). Het denkmodel gericht op de diagnostiek is hetzelfde als dat voor de behandeling in de leefgroep. Het denkmodel gericht op de individuele therapieën omvat dat de interventies van de therapeut gericht zijn op correctief emotioneel ervaren, cognitieve herstructurering en toename van sociale competentie. Dit denkmodel moet, evenals dit het geval is voor het denkmodel voor de behandeling in de leefgroep, opgevat worden als onderdeel van het totale werkmodel.

Samenvattend: de individuele therapieën dienen opgevat te worden als noodzakelijke en specifieke katalysatoren voor de kinderlijke ontwikkeling. De emotioneel-sociale ontwikkeling staat centraal. De doeleinden in termen van de behandeling zijn gericht op helen. De therapeutische techniek wordt ondergeschikt gemaakt aan de doelstelling van de therapie. De therapievormen zijn wat betreft de indicatiestelling in de organisatie gelijkwaardig aan elkaar.

De noodzaak van facilitatie in en vanuit de omgeving van de therapie wordt benadrukt. Facilitatie wordt bevorderd door een duidelijke geordende structuur in het dagelijks leefklimaat. Tussen de individuele therapieën en de behandeling in de leefgroep dient afstemming te ontstaan door middel van overleg en verslaglegging. Het therapeutisch proces wordt evenals de behandeling in de leefgroep als proces met een begin-, midden- en eindfase opgevat. Er is een denkmodel gericht op de diagnostiek en op de behandeling voor de individuele therapieën geformuleerd. Dit denkmodel moet opgevat worden als onderdeel van het totale werkmodel van de individuele therapieën.

Remediërend onderwijs

Doelgerichtheid

De doelstelling voor intern onderwijs staat in nauwe relatie met die voor de leefgroep en de individuele therapie (Verheij, 1989e):

'.... dat zowel in de leefgroep als in de individuele therapie de emotioneel-sociale ontwikkeling van het kind in de behandeling centraal staat. Intern onderwijs dient parallel hieraan de plaats te zijn waar de cognitieve ontwikkeling expliciet bevorderd wordt'.

Vanuit het ontbreken van sociale vaardigheden van de kinderen wordt door Verheij (1989e) beredeneerd dat een *volledig individuele beïnvloeding* in de klas nagestreefd wordt. Daarbij moet de emotioneel-sociale problematiek door de leerkracht ondervangen worden en de cognitieve ontwikkeling bevorderd. Verheij (1989e) vat het primaire doel als volgt samen:

'Het primaire doel van het interne onderwijs is niet het in een bepaald tempo opdoen van didactische vaardigheden, veeleer de bevordering van een zodanige cognitieve en emotioneel-sociale ontwikkeling dat een succesvol didactisch leerproces mogelijk gaat worden. Er wordt een succesvol educatief therapeutische situatie voor het individuele kind gecreëerd. Geleidelijk worden hieraan eisen toegevoegd, verschuift het accent, waardoor het kind qua klasgedrag en qua didactisch niveau aansluiting verwerft op een school voor regulier onderwijs'.

Opgemerkt kan worden dat in deze formulering de organisatie en de fasen van het onderwijs vervat zitten.

Er vindt een afstemming in school plaats op de inherente kinderlijke behoeften (Verheij, 1989e):

'Op een eigen, maar voor de kinderen vanuit hun andere leefsituaties herkenbare wijze komt ook de interne school tegemoet aan de inherente behoeften van het vroeg in zijn ontwikkeling gestoorde kind'.

Organisatie

Het onderwijs kent een variabele opbouw. Deze opbouw wordt afgestemd vanuit en op de leefgroep. Het kind zal nadat het gewend is in de groep gestimuleerd worden om te vragen of het naar school mag. Het kind krijgt schooltijden die het aankan. Het gaan naar en komen van school naar de leefgroep kent vaste rituelen. De school functioneert derhalve in het verlengde van de leefgroep. De regels van school zijn de leefgroepwerkers bekend en omgekeerd kent de leerkracht de regels van de groep. Leerkrachten en leefgroepwerkers moeten elkaar informeren. De leefgroepwerkers zullen de kinderen dagelijks moeten motiveren en ondersteunen om naar school te gaan en te gaan leren. Dit is beslissend voor geslaagd schoolbezoek (Verheij, 1989e). Gedragsproblemen mogen op school nauwelijks een rol spelen. School is een expliciete plaats om te leren.

Er is sprake van een diversiteit aan onderwijssituaties. Een globale indeling is die in de speelleerklas, middenbouwklas en bovenbouwklas en de mogelijkheid tot remedial teaching.

De praktische organisatie van de klas houdt rekening met de stapsgewijze opbouw van het schoolbezoek per kind en van het niet te combineren zijn van sommige kinderen. Een vaste classesamenstelling bestaat niet. De organisatie is zeer gestructureerd. Er wordt structuur in de tijd (roosters), in regels en in het werk aangebracht.

Er is een uitgewerkt schoolwerkplan toegespitst op leren per vak voor bepaalde groepen kinderen (het pervasief gestoorde kind, het taalzwakke, verwaarloosde kind, het aandachts-gestoorde kind, enzovoorts).

Taken

De taken van de leerkrachten vloeien voort uit de doelstellingen en de organisatie van het interne onderwijs. Het creëren van een classesituatie die gericht is op aanpassing aan de inherente behoeften van het kind zal een basale taak zijn van de klasseleerkracht. De didactische aanpak is ondergeschikt gemaakt aan de basale taak. Verder is overleg met de leefgroep één van de belangrijke taken om een goed afgestemd behandelingsproces voor het

kind te bewerkstelligen. De leerkracht zal een praktische klasseorganisatie creëren waarin duidelijke regels en structuur in tijd, plaats en werk geboden worden.

Het maken van rapportage en verslagen en deelname aan overleggen zijn eveneens taken van de leerkracht.

Proces

Verheij (1989e) onderscheidde *drie fasen* in het verblijf van het kind op school. In iedere fase kan er gesproken worden van een overheersend accent:

- in de eerste fase is er een overheersend therapeutisch accent;
- in de tweede fase is er een gecombineerd therapeutisch-didactisch accent;
- in de derde fase is er een overwegend didactisch-schools accent'.

Denkmodel

Voor het remediërend onderwijs is eveneens een denkmodel geformuleerd (zie figuur b.3 aan het einde van deze bijlage).

Samenvattend: in het remediërend onderwijs staat de cognitieve ontwikkeling centraal. Er wordt een volledig individuele beïnvloeding nagestreefd. De emotioneel-sociale ontwikkeling moet ondervangen worden en de cognitieve ontwikkeling bevorderd. De didactische aanpak van de leerkracht is aanvankelijk ondergeschikt aan de basale, ondervangende taak.

Tussen onderwijs en leefgroep dient er afstemming plaats te vinden. Vanuit de leefgroep wordt het kind gestimuleerd en gemotiveerd naar school te gaan. De regels van school en van de groep worden door de behandelaars en de kinderen over en weer geleerd en gekend. De leerkrachten en de pedagogisch medewerkers moeten elkaar informeren in overleg en door middel van verslaglegging. Het remediërend onderwijsproces kent drie fasen. Er is een denkmodel geformuleerd dat opgevat moet worden als onderdeel van het totale werkmodel.

Farmacotherapie

Doelgerichtheid

In de kinderpsychiatrie is er nooit medicatie nodig om een crisis te couperen, zo schreven Van Loon en De Boer (1989). Er kan wat betreft farmacotherapie gesproken worden van een tweeledige doelstelling:

- het *eerste doel* luidt dat het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen met vroeg in hun leven verworven ontwikkelingsproblemen de reductie van zeer hinderlijke symptomen tot doel heeft. Het betreft symptomen die verhinderen dat het kind nieuwe en corrigerende ervaringen op kan doen. Van het psychofarmaca wordt verwacht dat het de kinderlijke ontwikkeling niet belemmert door een te sterk sederend effect of door vermindering van de cognitieve functies. Vele psychofarmaca zijn dan ook voor toepassing bij kinderen ongeschikt. Het middel dient ruimte voor ontwikkeling te creëren. 'Target symptoms' zijn: hyperactiviteit, agressiviteit, agitatie, aandachtsproblemen, angsten en tics.

Verheij en De Boer schreven in 1987 over farmacotherapie dat deze nooit genezend is, hoogstens ondersteunend. Het zal nooit leiden tot het leren van nieuwe dingen. De behandeling met psychofarmaca geschiedt op empirische basis.

Het kind zal medicijnen gebruiken totdat andersoortige, therapeutische beïnvloeding de redenen tot het symptoom ondervangt of wegneemt. Het is om deze reden van belang

dat de toediening van het medicament en de erdoor beoogde effecten bekeken blijven tegen de achtergrond van het individuele ontwikkelingsprofiel, de leeftijd en het behandelingsplan van elk kind;

- het *tweede doel* is het meer gericht raken van het kind op opvoeding, onderwijs en therapie. Medicijnen mogen nooit gegeven worden met als doel het werk van de medewerkers te vergemakkelijken. Medicatie heeft een katalyserend effect als het kind gaat ervaren dat het helpt ter vermindering van een vervelend symptoom (Van Loon, De Boer, 1989).

Met de titel van het hoofdstuk dat Van Loon en De Boer in 1989 schreven 'Farmacotherapie, een bescheiden plaats op het therapeutisch palet' is de doelstelling van de farmacotherapie treffend weergegeven.

Organisatie

Van Loon en De Boer (1989) beschreven een aantal stappen om vorm te geven aan het beleid betreffende het voorschrijven van de medicatie. De deelgedragingen moeten vastgesteld gaan worden waarop het medicijn gericht moet zijn. Er moet een 'base-line'-meting verricht worden en er moet een registratiesysteem ontworpen en bijgehouden worden, de medicatie zal op vaste tijden aan de hand van een vastliggend doseringsschema gegeven worden, er zal regelmatig evaluatie plaatsvinden. Ouders en kind worden betrokken bij het besluit medicatie te geven.

Taken

In het geven van medicatie zitten taken vevat die voortvloeien uit de doelstelling en organisatie van de farmacotherapie. Een belangrijke taak is de verantwoording naar ouders en kind, het op gang brengen van een registratiesysteem en de evaluatie van de beïnvloeding van de medicatie door de arts.

Proces

Er wordt nergens expliciet geschreven over het proces van deze behandelingsvorm. Verondersteld kan worden dat er sprake is van een fase van opbouw, fase van gebruik en fase van afbouw.

Denkmodel

Hierover wordt in de publicaties niets vermeld.

Samenvattend: farmacotherapie dient als ondersteuning van de behandeling. Het heeft een tweeledige doelstelling: de reductie van zeer hinderlijke symptomen en het kind meer gericht maken op het ontvangen van opvoeding, onderwijs en therapie. Medicatie heeft een katalyserend effect als het kind gaat ervaren dat het helpt ter vermindering van een voor het kind vervelend symptoom.

Ouder- en gezinsbegeleiding

Doelgerichtheid

Van Loon (1989) schreef:

'De behandeling van kinderen met vroeg in hun leven verworven ontwikkelingsproblematiek kan niet succesvol zijn zonder dat er ook veranderingen optreden bij ouders en resterend gezin.

Interventies zijn slechts als zinvol te beoordelen wanneer alle relevante betrokkenen (het gehele systeem) in ogenschouw genomen worden Gelijktijdige behandeling van het gehele systeem (gezinstherapie) ligt voor de hand, maar is in de regel niet mogelijk aangezien kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek ons inziens een op hun individuele behoeften en mogelijkheden gerichte omgang en behandeling nodig hebben. Het is om deze reden dat geen gebruik gemaakt wordt van groepstherapieën en dat er voor gezinstherapieën eigenlijk alleen in de eindfase van behandeling soms indicaties ontstaan'.

Vervolgens formuleerde Van Loon drie basale doelstellingen:

- *'de ontwikkeling van een werkrelatie, waarbinnen de groei van het kind in behandeling ondersteund wordt;*
- *het mogelijke maken van de noodzakelijke uitwisseling van informatie betreffende het kind;*
- *het tot stand brengen van veranderingen in het thuismilieu en de omgeving van het kind, zodat verdere groei en ontwikkeling mogelijk is'.*

Van Loon formuleerde eveneens een impliciet doel:

'Zonder dat dit een expliciet doel is, kan er in de ouderbegeleiding gewerkt worden aan de modificatie van de persoonlijkheid van de ouders door het bespreekbaar maken van gevoelens die ouders zich al dan niet bewust zijn'.

Vervolgens wordt er een onderscheid gemaakt tussen de begeleiding van ouders die 'vrijwillig' tot behandeling van hun kind besluiten en de begeleiding van ouders die de ouderlijke macht verloren en van de daarmee samengaande contacten met (gezins)voogden of -voogdessen.

Organisatie

Van Loon (1989) besprak de organisatie van de ouderbegeleiding in samenhang met de organisatiestructuur. Over de frequentie van de contacten stelde ze ze:

'Uitsluitend geredeneerd vanuit de doelstelling 'informatie-uitwisseling' is het geen overbodige luxe wanneer er tussen ouders en ouderbegeleider tenminste één keer per week langdurig bijgepraat wordt Het gegeven dat de ouderbegeleider of diens plaatsvervanger altijd bereikbaar is, geeft op zich reeds geruststelling en sluit olopemde ongerustheid en paniecreacties (bijna) uit'.

Om redenen van efficiëntie verdient ouderbegeleiding binnen het voorbeeldinstituut de voorkeur. Het is de gewoonte binnen het voorbeeldinstituut dat de ouderbegeleider met de ouders het multidisciplinaire 'kind-en-gezin' gerichte overleg voor en na bespreekt. De ouderbegeleider dient geïnformeerd te blijven rond de actuele gang van zaken van het kind. Hiertoe zal hij de dagrapportages van de leefgroep lezen en bij de overdracht van de vroege naar de late dienst aanwezig zijn. Tevens voert hij met de leefgroeppoördinator wekelijks overleg daartoe. De beleidspsychiater, leerkracht en therapeut zullen hem informeren over belangrijke feiten en gebeurtenissen met betrekking tot het kind.

Taken

Van Loon (1989) somde als taken van de ouderbegeleider op:

- *'de verzameling en evaluatie van belangrijk materiaal uit de diverse bronnen ten behoeve van de planning van het behandelingsprogramma;*
- *het ter discussie stellen van het materiaal met de overige stafleden;*
- *het onderhouden van een continue relatie met het kind;*
- *het onderhouden van een continue relatie met het gezin en de familieleden en met andere sociale instanties;*
- *de participatie als staf lid in op kind en ouder gerichte overlegsituaties'.*

Opgemerkt wordt dat er taken zullen differentiëren afhankelijk van of het de begeleiding betreft van ouders die vrijwillig behandeling van hun kind zochten of ouders met betrekking tot wie een juridische maatregel is uitgesproken en van de daarmee samengaande contacten met hun juridische vervangers. De verschillen worden groot genoemd. Deze behoeven hier niet uitgewerkt te worden.

Proces

Het proces van de ouder- en gezinsbegeleiding valt uiteen in vier fasen, te weten de kennismakingsfase, de behandelingsfase, de afbouwfase en de nazorgfase.

- in de kennismakingsfase staat de creatie van een werkrelatie tussen de ouders en de ouderbegeleider centraal;
- in de behandelingsfase staat de relatie tussen ouders en kind op de voorgrond;
- in de afbouwfase wordt de ouderbegeleiding gekenmerkt door de voorbereiding van de ouders op de thuiskomst van het kind;
- in de nazorgfase staat als doel de voortgang van de groei van het kind en diens gezin centraal.

Denkmodel

Voor de ouder- en gezinsbegeleiding is eveneens een denkmodel geformuleerd (zie figuur b.1 aan het einde van deze bijlage).

Samenvattend: ouderbegeleiding en begeleiding van het resterend gezin vindt parallel aan de behandeling van het kind plaats. In de doelstelling van de ouder- en gezinsbegeleiding zit ondersteuning van de groei van het kind vervat. Een impliciet doel is, indien noodzakelijk, de modificatie van vaste patronen van omgang van de ouders.

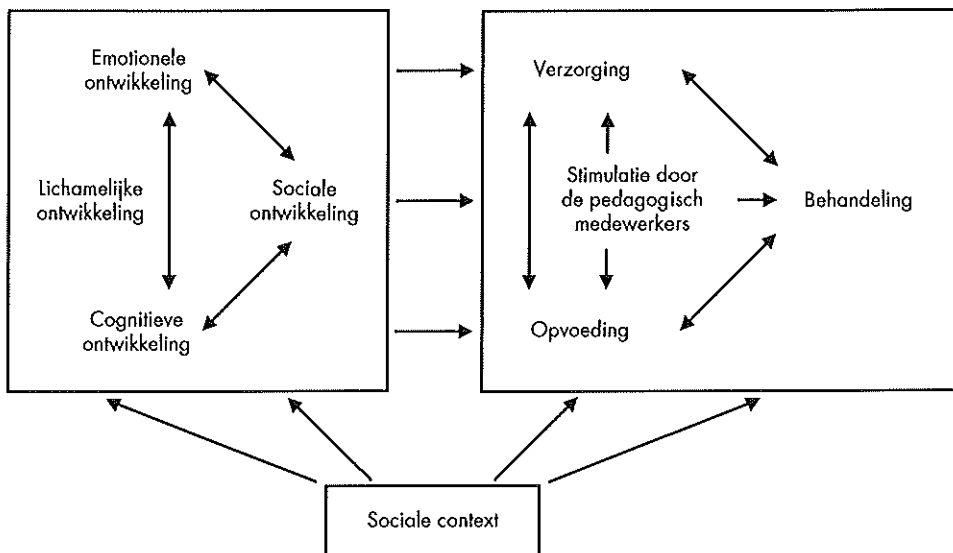
De ouder- en gezinsbegeleider dient geïnformeerd te zijn rond de actuele zaken wat betreft het kind. Dit wordt mogelijk gemaakt door rapportages te lezen en door deelname aan overleggen.

Evenals de andere behandelingsvormen kent het proces van ouder- en gezinsbegeleiding fasen in de begeleiding en is er een denkmodel geformuleerd.

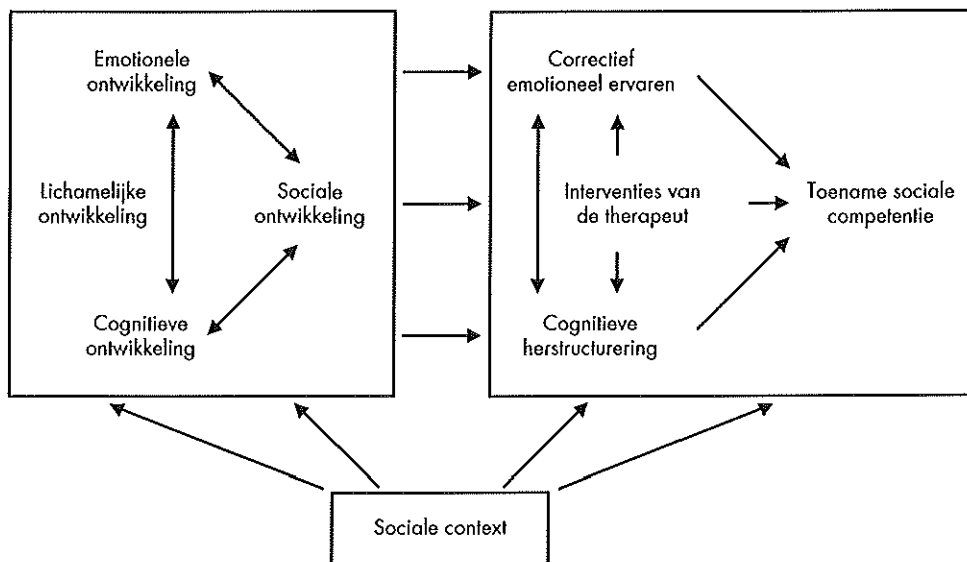
In de volgende figuren worden weergegeven:

- het denkmodel voor behandeling in de leefgroep alsook voor ouder- en gezinsbegeleiding (b.1);
- het denkmodel voor individugerichte therapie (b.2);
- het denkmodel voor het onderwijs (b.3);
- het op diagnostiek gericht denkmodel (b.4);
- het op (be)handeling gericht denkmodel (b.5);
- het gemeenschappelijk denkmodel (b.6).

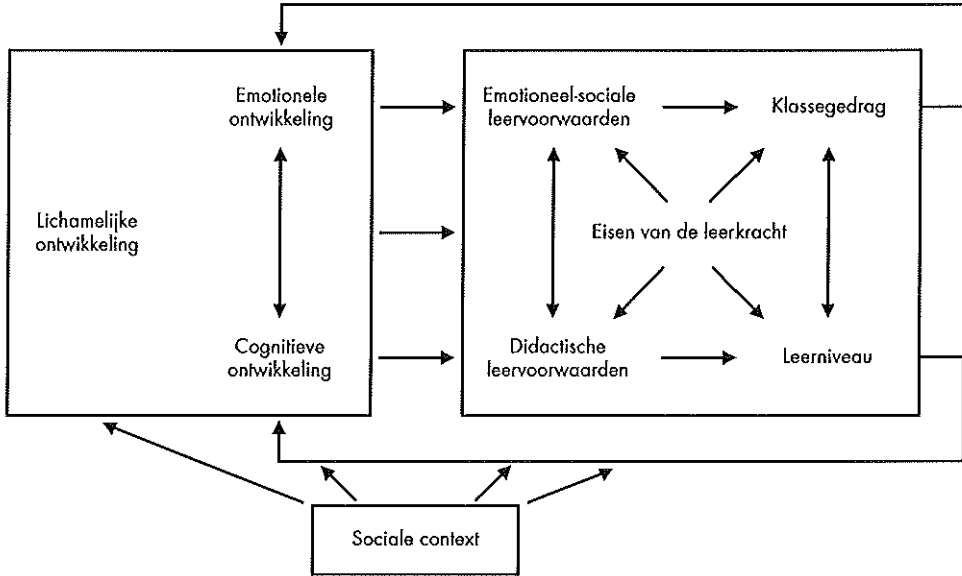
FIGUUR B.1 HET DENKMODEL VOOR BEHANDELING IN DE LEEFGROEP ALSOOK VOOR OUDER- EN GEZINS-BEGELEIDING



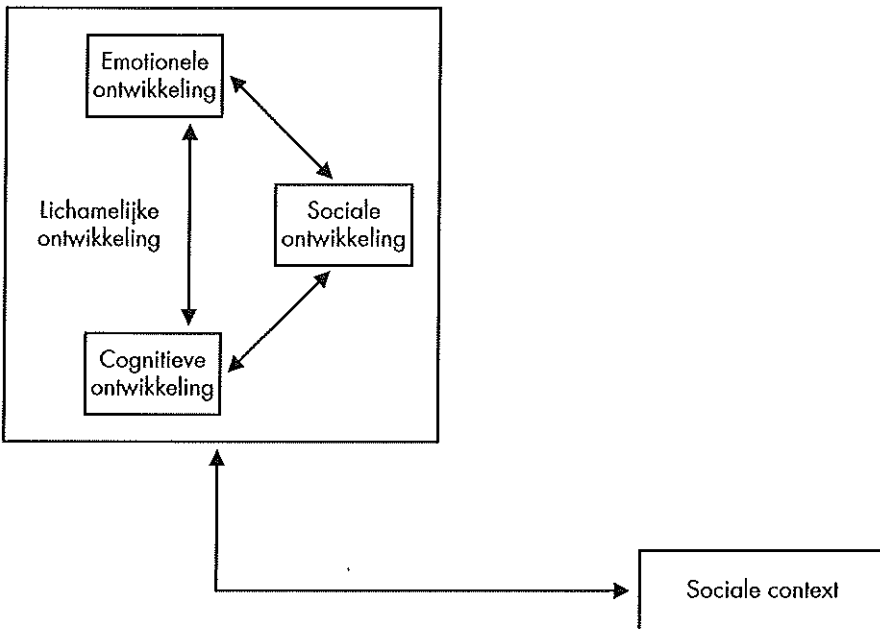
FIGUUR B.2 HET DENKMODEL VOOR INDIVIDUGERICHTE THERAPIE



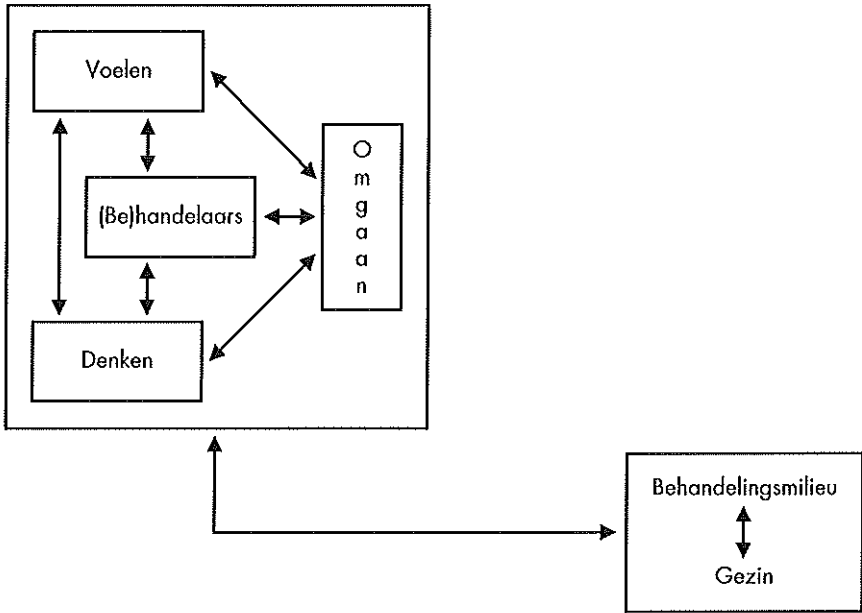
FIGUUR B.3 HET DENKMODEL VOOR HET ONDERWIJS



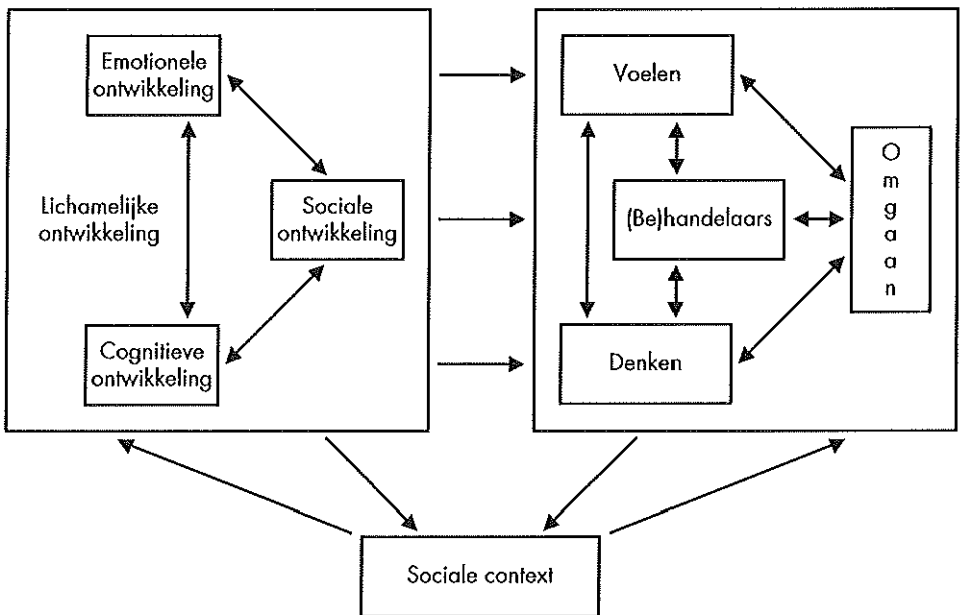
FIGUUR B.4 HET OF DIAGNOSTIEK GERICHT DENKMODEL



FIGUUR B.5 HET OP (BE)HANDELING GERICHT DENKMODEL



FIGUUR B.6 HET GEMEENSCHAPPELIJK DENKMODEL



Bijlage II

Behorend bij paragraaf 6.2.1

De interviews

Vragenlijst

- Naam?
- Hoe lang werk je in de kliniek?
- Wanneer maakte je kennis met het behandelingsplan?
- Voor welk kind was dat behandelingsplan?
- Hoe ging je kennismaking met dat plan in zijn werk? Wie introduceerde het plan? Gebeurde dit in een overlegsituatie? Zo ja, welke overlegsituatie?
- Welke functie had dat behandelingsplan voor jou voor je werk?
- Heb je het eerste plan herlezen? Zo ja, hoe vaak ongeveer en op welk tijdstip deed je dit?
- Sprak je met andere leefgroepwerkers en disciplines over het plan? Zo ja, op welk tijdstip, hoe vaak en waar ging de discussie over?
- Welk gedeelte van het plan was duidelijk voor je en welk gedeelte niet? Had je nadere uitleg nodig?
- Maakte je mee dat het eerste plan herzien werd? Zo ja, wie introduceerde het, wanneer en hoe? Werd erover gediscussieerd? Zo ja, geef een korte inhoud van de discussie weer.
- Hoe vaak las je het herziene plan?
- Welke inbreng had je ten aanzien van de herziening?
- Welke (on)duidelijkheden leverde de herziening van het plan voor je op?
- Welke wensen leefden er bij je ten aanzien van het (herziene) behandelingsplan?
- Welke functie had het herziene plan voor jouw werken met of behandeling van de kinderen?
- Welke rol zijn de behandelingsplannen voor je dagelijks handelen met de kinderen gaan spelen?
- Welke rol speelde het plan bij het maken van rapportage?
- Welke rol speelde het plan in overlegsituaties?
- Welke rol speelde het plan bij het verkrijgen van inzicht in de problematiek van het kind (dus het gedeelte van de probleemomschrijving)?
- Welke rol speelde het plan om je in de problematiek van het kind te kunnen inleven (dus het gedeelte van de vraagstellingen vanuit het kind)?
- Welke rol speelde het gedeelte gezinsinteractiepatronen?
- Welke rol speelde het gedeelte condities voor het handelen?
- Welke rol speelde het gedeelte 'hoofdpijnen' van de behandeling?
- Welke rol speelde leefgroep algemeen?
- Welke rol speelde de chronologie van de behandeling?
- Welke rol speelde doelstellingen van de verschillende disciplines?
- Welk gedeelte las je vaak, welk gedeelte minder vaak en welk gedeelte nooit?

- Kende je de formele doelen en subdoelen van het behandelingsplan? Weken deze af van de doelen die jou voor ogen stonden?
- Welke wensen had je ten aanzien van eventuele verandering van het behandelingsplan 'oude stijl'?
- Hoe ervoer je het dat de leefgroepcoördinator, de beleidspsychiater en de orthopedagoog het plan opstelden? Was je het ermee eens of had je het anders gehad willen hebben?
- Heeft het lezen en werken van behandelingsplannen er toe bijgedragen dat je een totaal overzicht hebt gekregen in de behandeling van de kinderen?
- Je hebt een eerste kennismaking gehad met het nieuwe algemene behandelingsplan en het leefgroepbehandelingsplan. Kan je jouw eerste indrukken weergeven over deze plannen? Heb je wensen ten aanzien van de behandelingsplanning 'nieuwe stijl'?
- Zijn er nog aspecten die niet besproken zijn?

Bijlage III

Behorend bij paragraaf 7.1.3

Het behandelingsplandocument

(derde onderzoeksvraag)

Omschrijving van de subdoelen van de delen van het behandelingsplandocument gevolgd door de inhoud van de opvattingen van de geïnterviewden over de delen

Het subdoel van het deel *probleemomschrijving* werd geformuleerd als: 'in plaats van een diagnose wordt de ontstaanswijze en cumulatie van de problematiek omschreven'. Het subdoel kan als vertaalfunctie van het behandelingsplan opgevat worden.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* is dat door dit subdeel:

- een snelle oriëntatie kan plaatsvinden;
- de problematiek wordt verwoord;
- de problemen op een rij gezet worden;
- er anders tegen de kinderen aangekeken kan gaan worden;
- er verdieping van de problematiek verkregen wordt;
- er meer begrip voor het kind verkregen wordt;
- de evaluatie van de problematiek bekeken kan worden;
- het geheugen opgefrist wordt.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* luidt dat dit subdeel:

- kan dienen om 'handelingen' te verrichten;
- nodig is als kinderen vragen stellen;
- nodig is om te weten waar op gelet moet worden;
- als basis dient om de doelstelling te schrijven.

Er zijn geen *emotioneel gerichte opvattingen* naar voren gebracht.

Het subdoel *gezonde aspecten* werd geformuleerd als: 'naast de problemen van het kind worden expliciet zijn ontwikkelingsmogelijkheden en zijn gezonde aspecten vermeld. Voor en kort na de opname kan bij de gezinsleden en soms ook bij de medewerkers het idee leven dat alles mis is met dit kind'.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* is dat dit subdeel dient:

- om de gezonde delen niet te vergeten;
- als tegenwicht voor de ongezonde delen;
- om het kind beter te begrijpen.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* is dat dit subdeel bewerkstelligt dat:

- het kind op goede mogelijkheden aangesproken kan worden;
- gauw overgeslagen kan worden;
- de ouders hiermee gesteund kunnen worden.

De inhoud van de *emotioneel gerichte opvattingen* is dat het subdeel:

- een schrijnend gevoel teweeg kan brengen;

- een tegenwicht vormt voor het feit dat alles aan het kind gauw raar gevonden kan worden;
- een sympathiek deel is;
- tragisch is, omdat vaak weinig gezonds gevonden kan worden.

Het *subdoel* van het deel *gezinsinteractiepatronen* werd geformuleerd als: 'Er wordt expliciet stilgestaan bij het gezin als sociaal-relationeel netwerk en bij de eventuele rol die het gezin speelt in de (ontwikkeling) van de kinderlijke problematiek'.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- pure informatie is;
- achtergrondinformatie is;
- verklaring van de problemen geeft;
- verduidelijking bewerkstelligt;
- herkenning geeft;
- meer begrip aanbrengt;
- afwegingen laat maken;
- vergeleken kan worden met wat in de praktijk gezien wordt;
- laat zien hoe ouderbegeleiding werkt.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* is dat door dit subdeel:

- er beter naar het kind toe gehandeld kan worden.

De inhoud van de *emotioneel gerichte opvatting* is dat dit subdeel:

- als gevaarlijk beleefd kan worden omdat het denken ongewild beïnvloed kan worden (hetgeen niet nagestreefd wordt).

De inhoud van de *negatieve opvattingen* is dat dit subdeel:

- onderbelicht is;
- niet belangrijk is voor het werk;
- voor het werk in de leefgroep niet belangrijk is, omdat je daar niets met het gezin te maken hebt;
- een gevaarlijk stuk is.

Het subdoel van *vraagstelling vanuit het kind* werd geformuleerd als: 'Het dient als logische overgang van denken naar handelen'.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- een duidelijk deel is;
- meer begrip bewerkstelligt;
- meer inlevingsvermogen laat verkrijgen;
- het mogelijk maakt om een vertaalslag naar het handelen te maken.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- aanwijzingen voor het handelen geeft;
- kennis aanreikt over hoe met het kind om te gaan.

De inhoud van de *emotioneel gerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- niet als prettig ervaren wordt;
- vreemd gevonden wordt;
- 'moeilijk' is;
- goed is voor tegenoverdracht;
- dicht bij jezelf komt.

De inhoud van de *negatieve opvattingen* over dit subdeel is dat:

- het omslachtig en niet prettig is;
- het dubieus en moeilijk is.

Het deel *condities voor het handelen* bestaat uit als eerste deel de visie van het kind op de opname en de uitleg aan het kind van de reden van opname en als tweede deel de basishouding naar kind en ouders.

Visie van het kind op en uitleg aan het kind van de reden van opname. Voor dit deel is geen *subdoel* geformuleerd.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- een geheugenfunctie heeft;
- een belangrijk deel is om te onthouden omdat de medewerker dient te weten wat er aan het kind is uitgelegd over de reden van opname;
- vergeleken kan worden wat er afgesproken is met wat de eigen idee hierover is;
- verwording en formuleringen bewerkstelligt.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* luidt dat dit subdeel gebruikt wordt om:

- de reden van opname aan het kind duidelijk te maken;
- op één lijn met andere behandelaars te komen;
- het kind als volwaardig te kunnen benaderen.

Basishouding naar kind en ouders; het subdoel van dit deel werd geformuleerd als: 'Een gedeelde attitude ten opzichte van ieder individueel kind en diens problematische gedragingen'.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* luidt dat dit subdeel:

- gelezen wordt en herkenning geeft.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* luidt dat dit subdeel:

- handelingsaanwijzingen naar kind en ouders geeft;
- kort en krachtig uitleg geeft;
- bewerkstelligt dat op één lijn gekomen wordt met de anderen.

De inhoud van *negatieve opvattingen* luidt dat dit subdeel:

- een herhaling is;
- niet indrukwekkend is.

Het subdoel van *hoofddlijnen voor de behandeling* is: 'In deze hoofddlijnen (strategieën) wordt het handelen met betrekking tot verzorging, opvoeding en behandeling op een overeenkomstige wijze als onder vraagstelling vanuit het kind geformuleerd ('Let op dat het kind...'). Ten dele loopt dit deel parallel aan de vraagstellingen. Ze worden in een vaste volgorde gegroepeerd'.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* luidt dat het subdeel:

- ordening geeft, op een rij zet en het plan hierdoor completer maakt;
- verdieping van de basishouding bewerkstelligt;
- dient om te laten bekliven.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* luidt dat dit subdeel:

- het meest praktische voor het handelen naar kinderen toe is;
- aangeeft hoe dagelijks handelen vorm gegeven wordt;
- je in je handelen kort kan ondersteunen
- een kleine rol speelt naar ouders;
- handig is.

De inhoud van de *negatieve opvattingen* luidt dat het subdeel:

- een herhaling is en niets nieuws oplevert;
- vanuit de vraagstelling moeilijk om te zetten is;
- in moeilijke taal geschreven is;
- niet goed geordend is;
- niet gelezen wordt;
- geen consequentie heeft voor therapie;
- overeenkomt met het subdeel vraagstellingen uit het kind. De vraagstelling is al een hoofdlijn.

Het subdoel van het deel *leefgroep* luidt: 'Leefgroep algemeen is een deel dat uitwerking van de hoofdlijnen naar de leefgroep beoogt'.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvatting* is dat dit subdeel:

- herkenning geeft.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- bewerkstelligt dat er daadwerkelijk iets voor de praktijk uitgehaald kan worden;
- omgezet kan worden naar handelen in de praktijk;
- houvast geeft voor het handelen;
- getoetst moet worden aan wat er in de praktijk gebeurt.

De inhoud van de *negatieve opvattingen* is dat dit subdeel:

- een herhaling is en het niets nieuws brengt;
- uitgebreider had gemogen;
- veel verwatering oplevert;
- een minder belangrijk onderdeel is.

Het subdoel van het deel *chronologie* luidt: 'Dit deel betreft de uitwerking van de hoofdlijnen naar de chronologie van de dag'.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* luidt dat dit subdeel:

- de vraag doet stellen of het klopt;
- herkenning geeft en gelezen wordt.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- bewerkstelligt dat er dingen aan opgehangen kunnen worden;
- bewerkstelligt dat als team één lijn getrokken kan worden;
- aanwijzingen voor ouders oplevert.

De inhoud van de *negatieve opvattingen* is dat dit subdeel:

- geen rol speelt;
- weinig of helemaal niet herinnerd wordt;
- eigenlijk niet in een behandelingsplan thuis hoort omdat het zo snel verandert;
- eigenlijk al in het hoofd zit;
- overgeslagen wordt.

Voor het deel *doelstellingen van de verschillende behandelingsdisciplines* is geen subdoel geformuleerd. Het is een deel waarin behandelaars (uitgezonderd de leefgroepwerkers) hun doelstellingen voor onderwijs, therapie en ouder- en gezinsbegeleiding beschrijven.

De inhoud van de *cognitief gerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- nieuwsgierigheid bewerkstelligt en interesse opwekt;

- ter kennisgeving aangenomen wordt;
- gelezen wordt;
- de doelstellingen op een rij zet;
- het geheugen opfrist;
- belangrijk is om te weten welke de doelstelling van de ander is.

De inhoud van de *handelingsgerichte opvattingen* is dat dit subdeel:

- belangrijk is voor het handelen naar het kind (bijvoorbeeld over therapie iets kunnen zeggen);
- bewerkstelligt dat met de andere disciplines gesproken kan worden om doelstellingen te laten sporen.

De inhoud van de *negatieve opvattingen* is dat dit subdeel:

- een kleine rol speelt;
- niet meer voor de geest gehaald kan worden;
- al bekend is;
- een beperkte informatie bezit;
- meer inhoud krijgt op stafoverleg en vanuit stafverslagen.

Bijlage IV
Behorend bij paragraaf 9.2.1
Twaalf kinderspsychiatrische klinieken
onderzocht

Lijst van geïnterviewden (twaalf klinieken)

Fornhese, Amersfoort
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
Pedologisch Instituut, Amsterdam
De Mark, Breda
Academisch Ziekenhuis Groningen, Groningen
Welterhof, Heerlen
Curium, Oegstgeest
RMPI, Rotterdam
Ruyterstee, Smilde
Vosseveld/AZU, Utrecht
't Hoekske, Venlo
Herlaarhof, Vught

Bijlage V

Behorend bij paragraaf 9.2.2

De interviews

Aandachtspunten interviews kinderpsychiatrische klinieken

Algemeen

- checken bekendheid met het onderzoek;
- doel van het onderzoek;
- samenvatting na afloop wordt opgestuurd.

Centraal

- hoe wordt de behandeling van kinderen in de leefgroep vormgegeven aan de hand van het systeem van overleg en verslaglegging?

Verslaglegging

- welke vormen van verslaglegging zijn er;
- door wie gemaakt, hoe vaak, wanneer, waartoe;
- doelen van verslaglegging;
- rationale/behandelingsfilosofie achter de verslaglegging;
- functie van de verslaglegging in het werk;
- gelezen?;
- over gesproken?;
- inbreng van anderen;
- hoe ervaart de groepsleiding het systeem van verslaglegging?;
 - w.b. de informatie;
 - up-to-date zijn;
- hoe ervaren anderen het systeem van verslaglegging?;
- structuur van de verslagen;
 - inhoud;
 - lengte;
 - handleiding;
- inzien;
- op elkaar aansluiten wat betreft structuur;
- knelpunten, bijvoorbeeld;
 - op tijd af;
 - andere vorm;
 - lezen van elkaar;
 - handvatten voor de behandeling;
 - evaluatie mogelijk;
 - totaal overzicht;
 - begeleiding.

Overleg

- welke soorten;
- welke doelen;
- rationale achter overleg;
- functie in de praktijk;
 - samenstelling;
 - wat wordt besproken/agenda?;
 - wensen tot verandering;
- hoe worden de overleggen ervaren;
- structuur;
 - aansluiten van overleggen op elkaar;
 - verhouding behandelingsdisciplines;
 - tijd/frequentie, vervolg;
 - notuleren;
 - voorzitter;
- knelpunten, bijvoorbeeld;
 - besluitvorming;
 - afspraken;
 - nakomen van afspraken.



LITERATUUR

~

- A**endekerk, E.W.C., & Verheij, F. (1989). Het bewegingstherapeutisch proces van kinderen met gedragsstoornissen en agressiviteit vanuit een psychodynamisch kader. *Bewegen & Hulpverlening*, 6, 280-298.
- Aendekerk, E.W.C. (1993). Groeien naar meer geïntegreerd bewegen; het bewegingstherapeutische proces met kinderen met een aan autisme verwante stoornis. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie* (pp. 130-140). Assen: Van Gorcum.
- Aendekerk, E.W.C. (1994). Groeien naar meer integratie in bewegen; het bewegingstherapeutisch proces met kinderen met een aan autisme verwante stoornis. *Bewegen & Hulpverlening*, 20, 50-64.
- Ackoff, R.L. (1974). *Redesigning the future*. New York: Wiley.
- Ackoff, R.L. (1981). *Creating the corporate future*. New York: Wiley.
- Ainsworth, F., & Walker, M. (1983). *A practice curriculum for group care, paper 14.2*. London: CCETSW.
- Ashby, W.R. (1951). *Introduction to cybernetics*. London: Chapman and Hall.
- Ashby, W.R. (1952). *Design for a brain*. London: Chapman and Hall.
- B**abbie, E. (1989). *The practice of social research*. Belmont CA: Wadsworth.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory. Foundations Development Applications*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. In L. Bickman (Ed.), *Using program theory in evaluation*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Boer, J.E. de, Gunning, C., & Verheij, F. (1987). Het behandelingsplan in een kinderpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26, 131-144.
- Boer, J.E. de, & Verheij, F. (1989). Therapieën, ondersteuning, erkenning en hantering. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 115-149). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Bree, J. de (1992). *De professionele inrichtingswerker. Profilering van de specifieke deskundigheid*. Baarn: H. Nelissen.
- C**assell, C., & Symon, G. (1994). Qualitative research in work contexts. In C. Cassell & G. Symon, *Qualitative methods in organizational research. A practical guide* (pp. 1-14). London: Sage Publications.
- Chen, H.T. (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park CA: Sage Publications.

- Chen, H.T., & Rossi, P.H. (1983). Evaluating with sense: The theory-driven approach. *Evaluation Review*, 7, 283-302.
- Churchman, C.W. (1975). *De systeem-benadering*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Clark, G.K. (1967). *The critical historian*. London: Heinemann Educational Books.
- Connor, M., Mack, G., & Handelman, B. (1983). *Dynamics of utilization management*. Chicago: American Hospital Publishing.

- D**alton, R., & Forman, M.A. (1992). *Psychiatric hospitalization of school-age children*. Washington: American Psychiatric Press.
- Dekker, M., & Verheij, F. (1983). Creatieve therapie in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 83, 77-86.
- Denzin, N.K. (1989). *Interpretive interactionism* (Applied Social Research Methods Series, Vol. 16). Newbury Park CA: Sage Publications.
- Diederiks, J., & Verheij, F. (1990). De specificiteit van creatieve therapie beeldend met ontwikkelingspsychotische kinderen. In *10 jaar Sectie Beeldend, jubileumstudiedag* (pp. 35-47). Nijmegen: Nederlandse Vereniging Creatieve Therapie.
- Donkers, G. (1993). *Veranderkundige modellen. Inleiding in de agogische theorie en praktijk*. Baarn: Nelissen.
- Doorn, E.C. van (1993). Praktijkgericht onderzoek in een klinische setting. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 18, 126-134.
- Doorn, E.C. van (1995). *Behandelen op school. Een zoektocht naar educatieve therapie*. Dissertatie BUR. Assen: Van Gorcum.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1988). Psychotherapie en onderwijs. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 15, 172-182.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1989). Onderwijs aan kinderen met een aan autisme verwante contactstoornis. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 3; Aan autisme verwante contactstoornissen* (pp. 68-86). Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.
- Dungen, M.G.M. van den, & Plooi, F.X. van (1985). Algemene discussie. In F.X. Plooi & M.G.M. van den Dungen (Red.), *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek. Handlingsplannen en directe observatie van opvoeder-kind interactie* (pp. 161-179). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dijk, J., & Teunissen, J. (1991). De onderzoeksituatie in praktijkonderzoek. In J. van Dijk, M. de Goede, H. 't Hart, & J. Teunissen (Red.), *Onderzoeken & Veranderen. Methoden van praktijkonderzoek* (pp. 66-101). Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Dijkum, C. van (1988). *Spelen met onderzoek. Naar een nieuwe methodologie*. Meppel/Amsterdam: Boom.

Egan, G. (1989). *Organiseren in de non-profit sector*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.

Gageldonk, A. van, & Bartels, A.A.J. (1991). Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening. Opzet en resultaten van een overzichtsstudie. *Kind en Adolescent*, 122, 1-18.

- Garrison, J. (1989). The role of postpositivistic philosophy of science in the renewal of vocational education research. *Journal of Vocational Education Research*, 14, 39-51.
- Gieles, F. (1992). *Conflict en contact. Een onderzoek naar handelingsmogelijkheden voor groepsleiders bij botsingen en conflicten in de dagelijkse leefsituatie*. Dissertatie UvG. Zutphen: Delta Grafex.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Gravesteijn, I.M., & Verheij, F. (1989). Middle-management in een residentieel behandelingsinstituut. *Tijdschrift K&O*, 32, 9-23.
- Grubben, L.J.S. (1994). *Leren hulpverleners 2. Een onderzoek naar het beroepsmatig handelen in de (semi-)residentiële jeugdhulpverlening*. Dissertatie UvA. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1988). *Effective evaluation. Improving the usefulness of evaluation through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco/London: Jossey-Bass Publishers.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park CA: Sage Publications.

- H**all, A.D. (1973). Some fundamental concepts of systems engineering. In S.L. Optner (Ed.), *Systems analysis. Selected readings* (pp. 103-121). Middlesex: Penguin Books.
- Hanken, A.P.G., & Reuver, H.A. (1977). *Sociale systemen en lerende systemen*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Hansen, P. (1988). *Tasks of residential workers. A study of direct care practioners*. Aldershot (England): Avebury.
- Hermanns, J. (1994). Onderzoek en de kwaliteit van de jeugdhulpverlening. In J. Hermanns & I. Sleeboom (Red.), *Onderzoek als bouwsteen voor de jeugdhulpverlening* (pp. 8-19). Utrecht: SWP.
- Herriott, O.E., & Firestone, W.A. (1983). Multisite qualitative policy research: Optimizing description and generalizability. *Educational Researcher*, 12, 14-19.
- Hertog, F. den, & Sluijs, E. van (1995). *Onderzoek in organisaties. Een methodologische reisgids*. Assen: Van Gorcum.
- Hesser, K.E.H. (1993). Condities voor methodiekontwikkeling. In M. van der Kamp e.a. (Red.), *Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten* (pp. 69-81). Utrecht: SWP.
- Heijnsdijk, J. (1970). *De interdisciplinaire benadering in wetenschapsbeoefening en wetenschapstoeppassing*. Rotterdam: Universitaire Pers.
- Hilvering, R., & Verheij, F. (1985). Het creatief therapeutisch proces met een basisonveilig kind, opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 85, 39-46.
- Hilvering, R., & Verheij, F. (1988). Elementen van het creatief therapeutische proces met ontwikkelingspsychotische kinderen. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 88-4, 87-98.
- Houten, D. van (1993). Systeem en zorg: over de professionaliteit van interventies. In M. van der Kamp e.a. (Red.), *Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten* (pp. 17-33). Utrecht: SWP.

- I**llback, R.J., & Zins, J.E. (1993). Organizational perspectives in child consultation. In J.E. Zins, T.R. Kratochwill, & S.N. Elliott (Eds.), *Handbook of consultation services for children. Applications in educational and clinical settings* (pp. 87-110). San Francisco CA: Jossey-Bass Publishers.

Interdepartementale Werkgroep Residentiële Voorzieningen voor Jeugdigen (1980). *Interim-rapport II*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

Joha, B.C. (1994). Ontwikkelend onderzoek en meetbaar maken van kwaliteit. In B.C. Joha en F. Joosten (Red.), *Ontwikkelend onderzoek. Praktijkgericht onderzoek in ontwikkeling* (pp. 165-179). Amsterdam: VU Uitgeverij.

Kamp, M. van der (1993). Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten. In M. van der Kamp e.a. (Red.), *Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten* (pp. 7-17). Utrecht: SWP.

Kellehear, A. (1993). *The unobtrusive researcher. A guide to methods*. St. Leonards Australia: Allen & Unwin Pty.

Keuning, D., & Eppink, D.J. (1993). *Management en organisatie. Theorie en toepassing*. Leiden: Stenfert Kroese.

Kievit, Th., & Tak, J.A. (1988). De praktijk van de hulpverlening en het gebruik van de regulatieve cyclus. In Th. Kievit, J. de Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A.Tak (Red.), *Psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Amersfoort/Leuven: Acco.

Kok, J.F.W. (1991). *Specifiek opvoeden*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Koopman, P., & Pool, J. (1992). *Management en besluitvorming in organisaties. Een strategisch perspectief*. Assen: Van Gorcum.

Kuzel, A.J. (1992). Sampling in qualitative inquiry. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 31-44). (Research Methods for Primary Care Series, Vol. 3). London: Sage Publications.

Laan G., van der (1993). Methodiekontwikkeling: over systematiek en doelgerichtheid. In M. van der Kamp e.a. (Red.), *Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten* (pp. 33-52). Utrecht: SWP.

Lammers, C.J. (1993). *Organiseren van bovenaf en van onderop. Een beknopte inleiding in de organisatiesociologie*. Utrecht: Het Spectrum.

Leeuw, A.C.J. de (1990). *Organisaties: Management, analyse, ontwerp en verandering; een systeemvisie*. Assen: Van Gorcum.

Ligthart, L.E.E., & Daal, E.C. van (1992). Inleiding. In L.E.E. Ligthart & E.C. van Daal (Red.), *Groepsopvoeder... nog steeds een vak apart* (pp. 7-14). Oosterhout: Uitgeverij Fice-Nederland

Lipsey, M. (1987). *Theory as method: Small theories of treatments*. Paper presented at the national center for health services research conference, Strengthening causal interpretations of non-experimental data, Tucson, AZ.

Loon, H. van (1989). Ouder- en gezinsbegeleiding, de onmisbare intermediair. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 177-198). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Loon, H. van, & Boer, J.E. de (1989). Pharmacotherapie, een bescheiden plaats op het therapeutische palet. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 225-238). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

- Loon, H. van, & Verheij, F. (1989). Casper en Johan: twee kinderen met een aan autisme verwante contactstoornis. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 3; Aan autisme verwante contactstoornissen* (pp. 18-37). Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.
- Loon, H. van, Verheij, F., & Aendekerck, E.W.C. (1990). Ontwikkelingspsychose; bewegen zonder geïntegreerd lichaamsbeeld. I. Theoretische oriëntatie. *Bewegen & Hulpverlening*, 7, 4-12.

Marshall, C., & Rossman, G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park CA: Sage Publications.

Maso, I. (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.

Meijden-van der Kolk, H. van der (1982). Bewegingstherapeutisch proces binnen een kinderpsychiatrische dagbehandeling. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 10, 230-242.

Meijden-van der Kolk, H. van der, & Verheij, F. (1984). De plaats van de bewegingstherapie in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek: een poging tot een typering. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 12, 159-170.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1984). *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. Beverly Hills CA: Sage Publications.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Second edition. Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Mintzberg, H., & Quinn, J.B. (1992). *The strategy process. Concepts and contexts*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Mintzberg, H. (1994). *Opkomst en ondergang van strategische planning*. New York: Prentice Hall.

Morgan, G. (1992). *Beelden van organisatie*. London: Sage Publications.

Nationale Ziekenhuisraad, sectie geestelijke gezondheidszorg, subsectie psychiatrie (1980). *NZR-voorstellen tot normering personeelsbezetting in instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: auteur.

Paul, J.C.L., Gils, M.R., Karsten, L., Offenbeek, M.A.G., & Vries, J. de (1994). *Organisatie en gedrag*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Peters, V.A.M. (1988). *Kwalitan, een ondersteunend programma bij de analyse van kwalitatieve gegevens*. Nijmegen: Vakgroep Methoden Maatschappijwetenschappen, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Peters, V.A.M., Wester, F.P.J., & Richardson, R.A.L. (1989). *Kwalitatieve analyse in de praktijk en Handleiding bij Kwalitan, versie 2*. SWI-RBEKS. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.

Ploeg, J.D. van der, & Scholte, E.M. (1988). *Tehuizen in beeld*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.

Plooi, F.X., & Dungen, M.G.M. van den (1985). Onderzoekstypes en directe observatie van opvoeder-kind interactie. In F.X. Plooi & M.G.M. van den Dungen (Red.), *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek. Handelingsplannen en directe observatie van opvoeder-kind interactie* (pp. 26-51). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Porter, L., Lawler, E., & Hackman, K. (1975). *Behavior in organizations*. New York: McGraw-Hill.

Ragin, C.C. (1994). *Constructing social research. The unity and diversity of method*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.

Rathje, W.L. (1979). Trace measures. In L. Sechrest (Ed.), *Unobtrusive measures today*. San Francisco: Jossey-Bass.

Reese, H.W., & Overton, W.F. (1970). Models of development and theories of development. In L.R. Goulet & P.B. Baltes (Eds.), *Life-span development psychology* (pp. 115-145). New York/London: Academic Press.

Reid, W.J. (1982). *Het taakgerichte systeem: theorie en praktijk van de taakgerichte benadering in de sociale dienstverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Rietdijk, L.E. (1991a). *De behandeling van het multi-problem kind in de leefgroep van de (semi)residentiële kinderpsychiatrie*. Referaat.

Rietdijk, L.E. (1991b). *Project C. Behandeling van probleemkinderen in de leefgroep; werkmodel en proces*. Interne publikatie van de Kinder- en Jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis.

Rietdijk, L.E. (1991c). Het behandelingsplan voor het kind in de leefgroep. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3, 36-43.

Rietdijk, L.E., & Verheij, F. (1991). A multitheoretical approach in an institution for intensive residential treatment. In W. Hellinckx, E. Broekart, A. Vanden Berge, M. Colton (Eds.), *Innovations in residential care* (pp. 103-120). Leuven: Acco.

Rietdijk, L.E., & Verheij, F. (1992). Diagnostiek en verslaglegging; een werkmodel voor de behandeling van jeugdigen met multidimensionele problematiek. In *Paspoort van De Marke* (pp. 74-83). Rekken: De Marke.

Rothman, J. (1980). *Social research and development in human sciences*. Englewood Cliffs (New Jersey, USA): Prentice Hall.

Rowaan, W., & Verheij, F. (1986). Behandeling door middel van het leven van alle dag. *Tijdschrift K&O*, 29, 15-20.

Ruyter, P.A. de (1992). De ontwikkeling van het beroep van groepsleider in de residentiële jeugdhulpverlening. In L.E.E. Ligthart & E.C. van Daal (Red.), *Groepsopvoeder...nog steeds een vak apart* (pp. 44-64). Oosterhout: Uitgeverij FICE-Nederland.

Ruyter, P.A. de (1994). Limits of orthopedagogical domain. In J.E. Rink & R.C. Vos (Eds.), *The limits of orthopedagogy: changing perspectives, part 1* (pp. 49-57). Leuven/Apeldoorn: Garant.

Sanders-Woudstra, J.A.R. (1980). Medisch kleuterdagverblijf - MKD. De groepsleidster als duizendpoot. *Tijdschrift K&O*, 23, 13-20.

Sanders-Woudstra, J.A.R., Minderaa, R.B., & Verheij, F. (1982). Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 257-265.

Segers, J.H.G. (1983). *Methoden voor de sociale wetenschappen I*. Assen: Van Gorcum.

Simon, H.A. (1976). *Psychologie en systeemtheorie*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.

Smaling, A. (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Dissertatie RUL. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Sonnema-Diemont, J.H., Verheij, F., Akkerhuis, G., & Schouten, A.A.R. (1982). Dag-rapportage in een kinderpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 3, 124-133.
- Stelder-Houben, M.E., & Verheij, F. (1984). Het groeiproces van de p.m. in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift K&O*, 27, 7-17.
- Stelder-Houben, M.E., & Verheij, F. (1985). Mogelijke oorzaken van een voortijdige beëindiging van de stage HBO-J in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift K&O*, 28, 13-16.
- Ster, M. van der, & Doorn, E.C. van (1991). Het invullen lijkt soms op koken. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3, 43-47.
- Strien, P.J. van (1975). Naar een methodologie van het praktijkdenken in de sociale wetenschappen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 30, 601-619.
- Swaans-Joha, B.C., & Hox J.J. (1989). Methoden voor praktijkgericht onderzoek, een praktische invalshoek. In B.C. Swaans-Joha & J.J. Hox (Red.), *Praktijkgericht onderzoek Debat/design/date* (pp. 9-17). Amersfoort/Leuven: Acco.
- Swanborn, P.G. (1987). *Methoden van sociaal wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.
- Swanborn, P.G. (1989). Praktijkgericht onderzoek: een apart paradigma? In B.C. Swaans-Joha & J.J. Hox (Red.), *Praktijkgericht onderzoek. Debat/design/data* (pp. 31-44). Amersfoort: Acco.

Tilburg, W. van, & Milders, C.F.A. (1988). Systeemdenken en psychiatrie: mogelijkheden en beperkingen. In C.F.A. Milders & W. van Tilburg (Red.), *Systeemdenken en psychiatrie. Een kritische oriëntatie* (pp. 3-20). Assen: Van Gorcum.

- V**an Dale (1984). *Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie.
- Veen, D. van, & Verheij, F. (1991). Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3, 27-29.
- Veld, J. in 't (1992). *Analyse van organisatieproblemen. Een toepassing van denken in systemen en processen*. (oorspronkelijke uitgave: 1975). Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Verheij, F. (1982) (Red.). *Het Kliniekboek. De residentiële kinderpsychiatrie vanuit een Rotterdams perspectief in beeld*. Rotterdam: Kinder en Jeugdpsychiatrische Kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis.
- Verheij, F. (1985). De beleidspsychiater in de kinderpsychiatrische kliniek. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 259-270.
- Verheij, F. (1988). De weerklank werd vervormd; de betekenis van de systeemtheorie voor de kinderpsychiatrie. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, D.M.J. De Raeymaecker, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 2; Kinderpsychiatrie in perspectief* (pp. 90-100). Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.
- Verheij, F. (1989a). Kinderen met vroeg verworven ontwikkelingsproblemen als belangrijkste doelgroep. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 11-21). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989b). Organisatie van het klinisch behandelingsmilieu. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 22-36). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

- Verheij, F. (1989c). Het behandelingsinstituut als behandelingsmilieu. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 45-62). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989d). De leefgroep, kern van het behandelingsmilieu. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 75-114). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989e). De school, van cognitieve therapie naar onderwijs. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 150-176). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1990). Residentiële kinderpsychiatrische behandeling. In C.A.L. Hoogduin, H.G.M. Rooymans, P. Schnabel, K. Van der Velden & F.C. Verhulst (Red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie, deel 3* (pp. 125-134). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verheij, F. (1993). *Behandelingsplanning in de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en het speciaal onderwijs*. Utrecht: SWP.
- Verheij, F. (1994a). (Be)handelingsplanning, zin of onzin. In *School en hulpverleners een paar apart; op zoek naar kwaliteit in onderwijs en hulpverlening*. Symposiumverslag, Rijssbergen: De Koperakker, school voor speciaal onderwijs.
- Verheij, F. (1994b). Behandingsplanning van activiteiten- en psychotherapieën. In *Denken over doen* (pp. 2-15). Symposiumverslag, Utrecht: Universiteit.
- Verheij, F. (1995). *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; als het vanzelfsprekende ontbreekt*. Oratie. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Boer, J.E. de (1987a). De kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek als behandelingsinstituut. In G.F.M.G. Berden, F.C. Verhulst & H.F.J. de Witte (Red.), *Over kinderen gesproken* (pp. 80-91). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Boer, J.E. de (1987b). Psychofarmaca in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 1; Psychofarmaca in de kinderpsychiatrie* (pp. 49-75). Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.
- Verheij, F., & Boer, J.E. de (1987c). Individuele psychotherapie in de kinderpsychiatrische kliniek I. Historie & relaties met de andere therapievormen. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 14, 4-14.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1989). *Intensieve residentiële behandeling van kinderen; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1993). Aan autisme verwante stoornissen; een ontwikkelingspsychopathologische benadering als model voor hulp op maat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 577-589.
- Verheij, F., & Rietdijk, L.E. (1991a). Multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg: een noodzakelijke schakel in de residentiële behandelingsplanning. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 16, 71-83.
- Verheij, F., & Rietdijk, L.E. (1991b). Behandingsplanning in een residentiële setting. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3, 30-35.
- Vlaskamp, C. (1993). *Een kwestie van perspectief. Methodiekontwikkeling in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Assen: Van Gorcum.
- Vlist, R. van der (1991). *Leiderschap in organisaties, kernvraagstuk voor de jaren '90*. Utrecht: Lemma.

- W**ester, F.P.J. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.
- Winnubst, C.M. (1989). *Individuele gerichtheid en systematische hulpverlening in groepsverband*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Wolcott, H.F. (1990). Writing up qualitative research, *Qualitative Research Methods, Vol. 20*. Newbury Park CA: Sage Publications.

IJzendoorn, M.H., & Miedema, S. (1986). De kwaliteit van kwalitatief onderzoek. *Pedagogische Studiën*, 63, 498-505.

- Y**in, R.K. (1984). *Case study research. Design and methods*. Newbury Park CA: Sage Publications.
- Yin, R.K. (1989). *Case study research. Design and methods*. Beverly Hills CA: Sage Publications.

SAMENVATTING

~

De doelstelling van dit onderzoek was het werkmodel aan de hand waarvan de behandeling in de leefgroep wordt vormgegeven te expliciteren. Om deze doelstelling te bereiken werd een systematische procesbeschrijving van de behandeling in de leefgroep nagestreefd. Verondersteld werd dat uit de systematische procesbeschrijving van de behandeling in de leefgroep het werkmodel voor de behandeling in de leefgroep gedistilleerd zou kunnen worden. Het onderzoek heeft daadwerkelijk een werkmodel voor de behandeling in de leefgroep opgeleverd.

Het onderzoeksproces dat tot voornoemd resultaat heeft geleid is een zich ontwikkelend proces met fasen geweest. De onderzoeksfasen werden als deelonderzoeken opgevat, waarbij iedere keer het onderzoeksontwerp geënt werd op de onderzoeksresultaten van de vorige onderzoeksfase(n). Er is sprake geweest van drie deelonderzoeken. In het eerste deelonderzoek heeft documentenanalyse als methode centraal gestaan, in het tweede deelonderzoek de analyse van interviews met medewerkers van één kinderpsychiatrische kliniek en in het derde deelonderzoek de analyse van interviews met medewerkers van twaalf Nederlandse kinderpsychiatrische klinieken. De interviews betroffen delen van het in het eerste deelonderzoek geformuleerde werkmodel. Een theoretisch raamwerk op systeemtheoretische basis is tijdens het gehele onderzoek richtinggevend geweest voor de analyse van data, de systematische procesbeschrijving van de behandeling in de leefgroep en het daaruit resulterend werkmodel. Het totale onderzoek kan opgevat worden als praktijkgericht onderzoek.

Het onderzoeksproces heeft als resultanten gehad dat er een werkmodel 'zoals bedoeld' (resultaat het eerste deelonderzoek) en een werkmodel 'zoals in de praktijk gebruikt' (resultaat van het tweede deelonderzoek) onderscheiden konden worden. Tevens konden in elkaars verlengde een werkmodel van de hulpverleningsinstelling en een werkmodel voor de behandeling in de leefgroep onderscheiden worden. Tot slot was het mogelijk om typen van werkmodellen te formuleren die in de kinderpsychiatrische klinieken gebruikt worden voor de vormgeving van de behandeling in de leefgroep (derde deelonderzoek).

Het expliciteren van het werkmodel is met dit onderzoek niet afgerond. Er zijn onderzoeksvragen naar elementen van het werkmodel blijven liggen. Deze vragen betreffen de taken van de leefgroepwerkers in relatie tot elkaar, tot andere disciplines en de verschillende fasen van de behandeling. Verder onderzoek is nodig naar discrepanties tussen het werkmodel zoals bedoeld en zoals gebruikt. Ook is onderzoek nodig naar de verschillende typen van werkmodellen.

SUMMARY

~

The aim of this research was to state explicitly the practice-orientated framework for design of the treatment in an in-patient unit for child psychiatry. To achieve this aim, a systematic description of the treatment process in the in-patient unit was the objective. The assumption was that it would be possible to distil the practice-orientated framework from the systematic description of the treatment process. This investigation has actually resulted in a practice-orientated framework for the design of the treatment an in-patient unit.

The process of this research was a developmental one, with different stages and different research methods. The three research stages were understood as being part of the total research. The design of each stage was grafted onto the outcome of the preceding research. In the first stage, the research method was document analysis. Publications about psychiatric in-patient treatment of children by the practitioners of the Institute of Child Psychiatry of the Sophia Children's Hospital Rotterdam were analysed. The second research stage consisted of semi-structured interviews with the practitioners of the afore mentioned in-patient unit. For the third research stage, practitioners of twelve institutes for child psychiatry in the Netherlands were interviewed. During the research a theoretical system-orientated framework directed the data analysis, the systematic description of the treatment process and the resulting practice-orientated framework. The total research can be regarded as practice-orientated research.

The result of the research process was a distinction between a practice-orientated framework as defined by the practitioners (as result of the first research stage) and a practice-orientated framework as used by the practitioners (as result of the second research stage). At the same time it was possible to distinguish a practice-orientated framework for the treatment institute and a practice-orientated framework of treatment in the in-patient unit for child psychiatry (as result of the third research stage).

The investigation concerning the practice-orientated framework has not yet been finished. Research questions remain unanswered. These questions concern the tasks of the group care workers in relation with each other and in relation with the tasks of other treatment disciplines within the institute. At the same time, more research is necessary concerning the stages of the treatment in the in-patient unit for child psychiatry. Furthermore, questions have to be answered about the discrepancy between the practice-orientated framework as defined by the practitioners and the practice-orientated framework as used by the practitioners. Futher investigation into different types of practice-orientated framework is also necessary.

DANKWOORD

~

Bij de opzet, de uitwerking en de afronding van dit onderzoek zijn velen betrokken geweest. Voor zover mogelijk wil ik hen in chronologische volgorde van betrokkenheid bij de totstandkoming van deze dissertatie bedanken.

Het nauwst betrokken zijn bij dit onderzoek mijn promotoren geweest, *Prof. dr F. Verheij* en *Prof. dr M.G.M. van den Dungen*. Fop en Maarten fungeerden als daadwerkelijke pro-motoren die het voorwerk, opzet en de uitwerking van dit onderzoek op gang brachten en als drijvende krachten achter het onderzoek bleven fungeren. Fop deed dit door zijn praktijkgerichte denken en opvattingen over behandelen en onderzoek in te brengen, deze te toetsen aan de onderzoeksuitkomsten en de resultaten van het onderzoek steeds kritisch te beoordelen. Het manuscript werd door Fop steeds zorgvuldig van zinvol commentaar voorzien. Maarten was daadwerkelijk pro-motor door mijn eigen opvattingen over praktijkgericht onderzoek te stimuleren en te ontwikkelen in wisselwerking met de zijne. Voor hun grondige, tijd innemende en leerzame begeleiding wil ik Fop en Maarten ten zeerste bedanken.

Dit onderzoek is een onderdeel geweest van een onderzoeksproject dat in 1989 is gestart tezamen met dat van *Frida van Doorn* en *Hedy van Loon* in de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Frida deed onderzoek naar behandeling op school en Hedy naar behandeling van lichamelijke problematiek van kinderen met kinderpsychiatrische problemen. Onze onderzoeken hebben lange tijd parallel gelopen waardoor onderzoekservaringen uitgewisseld konden worden. Ik dank Frida en Hedy voor deze uitwisseling.

Ten behoeve van de dataverzameling hebben velen hun inzet en medewerking getoond. Ik heb dankbaar gebruik gemaakt van de publicaties die de medewerkers van de kliniek over kinderpsychiatrische behandeling hebben geschreven. Door deze publicaties heb ik kunnen achterhalen welke hun denken is over de behandeling van kinderpsychiatrische problemen. Ik dank de *auteurs* hiervoor. Daarnaast heb ik diverse *medewerkers van kinderpsychiatrische klinieken* mogen interviewen. Mijn eigen collega's en die van andere klinieken hebben met veel motivatie, inzet en enthousiasme verteld over hun ervaringen en opvattingen over behandlingsplanning en hoe de behandeling in de leefgroep vorm te geven. Voor hun enthousiasme, motivatie en inzet ben ik dank verschuldigd.

Tijdens mijn interviewtocht ben ik vergezeld geweest door orthopedagoge *Petra Hoytema*. Ik dank haar voor haar trouwe begeleiding naar de klinieken, het uittypen en het samenvatten van de interviews. Tevens dank ik *Tineke Gras* voor de vele uren die zij heeft besteed aan het zorgvuldig uittypen van een deel van de interviews.

Tijdens de dataverwerking en het schrijven van de dissertatie zijn er steeds vele personen geweest die mij inspireerden en motiveerden om verder te gaan, ook wanneer er een dood

punt dreigde. Hiertoe behoorden de *leefgroepwerkers* en de *leefgroepcoördinatoren* van de kliniek. Door mijn dagelijkse contacten met hen ontstond er kennis over het werken in de praktijk die mij hielp bij de interpretaties van de onderzoeksgegevens en bij het schrijven van het proefschrift. Hiervoor en voor het feit dat zij mij de ruimte gunden om tijd te besteden aan het onderzoek, wil ik dankzeggen. Tevens zeg ik mijn *familieleden, vrienden en kennissen* dank voor hun begrip voor het minder frequent onderhouden kunnen worden van onze contacten tijdens mijn onderzoek. *Henk* wil ik dankzeggen voor de vanzelfsprekendheid waarmee hij mij de ruimte gaf om veel vrije uren en dagen te besteden aan het proefschrift.

Voor de laatste fase, het gereed komen van het manuscript, wil ik *Josephine Diemont* bedanken voor haar correcties en *Inge Putter* voor haar correcties en het drukklaar maken van het manuscript.

Tot slot zeg ik de leden van de kleine promotiecommissie, *Prof. dr F.C. Verhulst, Prof. dr R.W. Trijsburg* en *Prof. dr A.J.J.M. Ruijsenaars* dank voor het verdedigbaar achten van het proefschrift.

CURRICULUM VITAE

~

Leny Rietdijk is op 2 november 1945 te Amsterdam geboren. In Amsterdam, waar ze tot op heden woont, is ze opgeleid. Ze kreeg een H.B.S.-A opleiding aan het Hervormd Lyceum West te Amsterdam en na voltooiing ervan werd ze aan de Universiteit van Amsterdam opgeleid tot psychologe. Ze studeerde in de ontwikkelingspsychologie af met als bijvak psychopathologie. Tijdens haar werk als psychologe in een Medisch Kleuterdagverblijf (MKD), is ze opgeleid aan het Nutsseminarium te Amsterdam als orthopedagoge met als specialisatie residentiële orthopedagogiek.

Ze ging in Scheveningen en daarna en tot op heden in Rotterdam werken. In Scheveningen werkte ze in een MKD, eerst zeven jaar als psychologe en daarna zes jaar als orthopedagoge. In deze twee functies raakte ze ervaren in de vele facetten van (semi)residentiële behandeling. Enerzijds betrof dit de diagnostiek en de behandeling van de opgenomen kinderen en anderzijds de planning van de behandeling en de begeleiding van de leefgroepwerkers. Na totaal 13 jaar in het MKD gewerkt te hebben, is ze gaan werken als psychologe/orthopedagoge te Rotterdam en wel in de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis, verbonden aan de Erasmus Universiteit. In deze kliniek, waar ze nu ruim acht jaar werkzaam is, heeft ze haar werk als psychologe en orthopedagoge voortgezet. Ook in deze werksetting vormen diagnostiek, behandelingsplanning en begeleiden van leefgroepwerkers haar taken. Diagnostiek is gericht op de emotioneel-sociale ontwikkeling van het kind en behandelingsplanning is in het verlengde van de diagnostiek gericht op behandeling van het kind in de leefgroep. Begeleiding van leefgroepwerkers is gericht op teambegeleiding. Het werken in de kliniek na het MKD heeft een nieuwe taak toegevoegd, namelijk onderzoek doen en publiceren. Deze laatste taak heeft geleid tot publicaties over aspecten van multitheoretisch en multidisciplinair werk, verslaglegging en behandelingsplanning, begeleiding van leefgroepwerkers en het promotieonderzoek naar de behandeling in de leefgroep.

Publicaties

Betreffende multitheoretisch en multidisciplinair werken

- Verheij, F., & Rietdijk, L.E. (1989). Multidisciplinaire behandeling in een (semi)residentiële kinderspsychiatrische setting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 5, 260-263.
- Rietdijk, L.E., & Verheij, F. (1991). A multitheoretical approach in an institution for intensive residential treatment. In W. Hellinckx, E. Broekart, A. Vanden Berge, M. Colton (Eds.), *Innovations in residential care* (pp. 103-120). Leuven: Acco.

- Verheij, F., & Rietdijk, L.E. (1991). Multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg; een noodzakelijke schakel in de residentiële behandelingsplanning. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 16, 71-83.
- Verheij, F., Rietdijk, L.E., Loon, H. van, & Doorn, E.C. van (1992). Integratie van gegevens in de praktijk. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek* (pp. 270-280). Assen: Van Gorcum.
- Rietdijk, L.E., & Verheij, F. (1992). Diagnostiek en verslaglegging; een werkmodel voor de behandeling van jeugdigen met multidimensionele problematiek. In: *Paspoort van De Marke* (pp. 74-83). Rekken: De Marke.

Betreffende verslaglegging en behandelingsplanning

- Verheij, F., & Rietdijk L.E. (1991). Behandelingsplanning in een residentiele setting. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3, 30-35.
- Rietdijk, L.E. (1991). Het behandelingsplan voor het kind in de leefgroep. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3, 36-43.
- Verheij, F., Rietdijk, L.E., Loon, H. van, & Doorn, E.C. van (1992). Integratie van gegevens in de praktijk. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek* (pp. 270-280). Assen: Van Gorcum.

Betreffende begeleiding van leefgroepwerkers

- Rietdijk, L.E. (1993). *Teambegeleiding en individuele werkbegeleiding*. Utrecht: SWP.
- Rietdijk, L.E., & Gravesteyn, I.M. (1993). Begeleidingsvormen in hulpverleningsinstellingen voor kinderen en jeugdigen; individuele werkbegeleiding en teambegeleiding als voorbeeld. In F. Verheij, R. Buijsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie* (pp. 114-119). Assen: Van Gorcum.

COLOFON

Behandeling in de leefgroep
naar een werkmodel

L.E. Ritdijk

ISBN 90-6665-213-6

NUGI 744

Vormgeving

WAT ontwerpers (Utrecht)

Uitgever

Paul Roosenstein

Informatie over overige uitgaven bij de Uitgeverij SWP,

Postbus 578, 3500 AN Utrecht.