

GEEN SJAKIE WILLEN ZIJN: DE ROLOPVATTING VAN DE AMBULANT HULPVERLENER IN MEERVOUDIGE SYSTEMEN

Bas van Diggelen¹
Anne-Freda Brouwer²

Onlangs verzuchtte een ambulante hulpverlener tijdens een werkbijeenkomst: "Ik voel me af en toe net Sjakie." Hiermee doelde ze op de maatschappelijk werker uit de film Flodder, waarin de familie Flodder zo hun eigen normen en waarden heeft. Sjakie was weinig succesvol in zijn pogingen om de familie op het 'goede' spoor te zetten en werd door hen nauwelijks serieus genomen. Vanuit de gemeente waren er verwachtingen van Sjakie waaraan hij niet kon voldoen. Al met al een weinig benijdenswaardige positie. Met dit artikel willen we ambulante hulpverleners helpen om niet in de positie te komen van Sjakie. De context van de hulpverlening, zoals we deze in dit artikel beschrijven, is de ambulante hulpverlening aan cliënten en gezinnen met een lichte verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek. Wij menen echter dat ons artikel tevens relevant kan zijn voor andere vormen van ambulante hulpverlening. Vanuit een model voor rolopvatting en het bespreken van 10 veel voorkomende valkuilen, bieden we de ambulante hulpverlener handvatten voor het werken in de context van cliënten en gezinnen binnen grotere systemen. Onder grotere systemen verstaan wij de instanties waar een cliënt of gezin mee te maken heeft. Omdat de hulpverlener werkt met zowel kleine systemen (gezin) als grotere systemen, gebruiken we tevens de overkoepelende term meervoudige systemen. Middels casuïstiek en illustraties wordt de tekst verhelderd.

Inleiding

Hulpverleners die ambulante ondersteuning of behandeling bieden werken vaak met cliënten of gezinnen waar meerdere hulpverleners en instanties bij betrokken zijn. Vaak gaat het om zogenaamde multi-stressed gezinnen. Deze benaming is vanwege de veelheid aan stressoren waar deze gezinnen mee te maken hebben, zoals het contact met vele instanties (Madsen, 1999). Hulpverlening aan multi-stressed gezinnen is vaak langdurig en de samenwerking met de cliënt, het gezin en tussen hulpverlenende instanties, complex en vaak problematisch. Ontstane problemen liggen dan ook niet altijd keurig binnen de grenzen van het gezin (Imber-Black, 1993). Boeckhorst (2003) laat in de context van de sociale psychiatrie zien dat er in de dynamiek tussen patiënt, gezin, hulpverlener en hulpverlenende instantie, complexe samenwerkingsproblemen kunnen ontstaan

waardoor de hulpverlening stagneert. Naast de complexiteit van het werken in meervoudige systemen worden ambulante hulpverleners vaak geconfronteerd met schrijnende situaties waar zij maar beperkt invloed op hebben. Onze ervaring is dat deze onmacht gemakkelijk leidt tot samenwerkingsproblemen (conflicten en vermeden) op hulpverlener-, team- en organisatie-niveau. Donk (2003) schrijft in dat kader "Hoe heftiger de te behandelen problematiek en hoe groter de ervaren onmacht hierbij, hoe heviger de onvrede en de conflicten op het organisatorische vlak." (p. 136). Boeckhorst (2007) wijst tevens op het risico dat hulpverleners bij grote stress geneigd zijn terug te vallen in lineair denken (zoeken naar schuld en verantwoordelijkheid), ziekte-denken en te simpele oplossingen.

Verder is er in het werken met cliënten in meer-

¹ GZ-psycholoog en systeemtherapeut bij Driestroom. Correspondentie: Basvandiggelen@driestroom.nl.

² GZ-psycholoog en systeemtherapeut bij Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie en werkzaam in een FACT-team Kind en Jeugd.

voudige systemen regelmatig onduidelijkheid over rollen en taken, waarbij het voor kan komen dat één hulpverlener alle taken op zich neemt (Imber-Black, 1993). Ook weten gezinnen vaak niet goed tot wie ze zich moeten wenden met hun vragen. Tielens en Verster (2010) stellen, in de context van ambulante hulpverlening aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen, dat een goede rolverdeling bijdraagt aan de kans op uiteindelijk succes. Op basis van bovenstaande menen wij dat een goede rolopvatting een belangrijke voorwaarde is voor effectieve samenwerking en hulpverlening.

De rolopvatting van de ambulante hulpverlener

Om tot een heldere rolopvatting voor de ambulante hulpverlener te komen, maken we gebruik van het model van Van den Heuvel en Derks (2011). Rolopvatting bestaat volgens hen uit een viertal begrippen. Het eerste begrip betreft roldefinitie. Hiermee doelen zij op de concrete beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het tweede begrip is rolbesef. Dat gaat over inzicht in wat wel en niet bij de rol past en het besef wat riskant, grensoverschrijdend en roldoorbrekend gedrag is. Het derde begrip is rolneming en gaat over doen wat bij de rol past. Het vierde en laatste begrip gaat over rolvastheid en heeft betrekking op blijven doen zoals het moet. De auteurs stellen dat een goede rolopvatting een belangrijke voorwaarde is voor het vertrouwen tussen mensen die samen moeten werken. Wanneer we het model van rolopvatting toepassen op de ambulante hulpverlener komen we tot een volgende beschrijving:

Roldefinitie

Binnen hulpverleningsorganisaties is de rol van de ambulante hulpverlener uitgewerkt in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Deze behoren in overeenstemming te zijn met wet- en regelgeving. Verder dienen hulpverleners voldoende invloed te kunnen hebben op

datgene waar ze verantwoordelijk voor worden geacht.

Rolbesef

Soonius (2017) beschrijft een aantal ethische principes die uitgangspunten zijn voor verantwoord medisch handelen. Deze principes, die zijn uitgewerkt in diverse wetten en beroeps-codes, zijn tevens uitgangspunten voor de ambulante hulpverlener.

Niet schaden

Dit principe is erop gericht geen schade aan te richten. De kwalificaties van de hulpverlener zoals diploma's, (her)registraties en werkervaring, dienen het niet-schaden-principe. Dit geldt eveneens voor het kunnen overleggen van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG).

Respect voor de autonomie van de hulpvrager

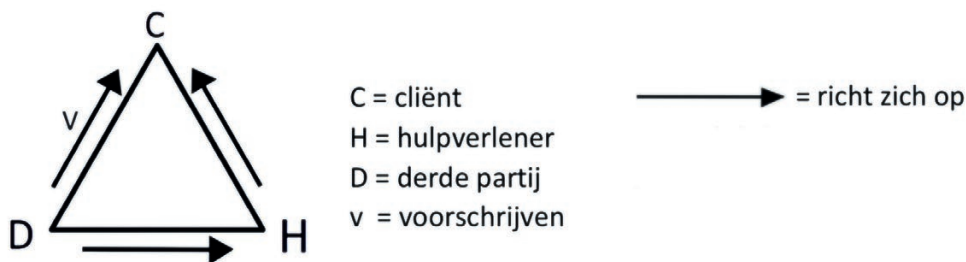
In een dialoog met de cliënt komt de hulpverlener tot gezamenlijke besluitvorming over de inhoud van de hulpverlening. Zij³ onderzoekt de behoefte aan ondersteuning of behandeling bij de cliënt en ondersteunt hem bij het verhelderen en afwegen van keuzes. Door haar gespreksvoering, zoals bijvoorbeeld motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering, kan de hulpverlener respect tonen voor de autonomie en de mogelijkheden van de cliënt.

De cliënt is vrij om hulp wel of niet te accepteren zolang hij geen direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. In situaties waarin de hulpverlener meent dat hiervan wel sprake is, dient de hulpverlener transparant te zijn over haar acties naar de cliënt. In die gevallen kan er gehandeld worden in strijd met de wens van de cliënt, maar wel ten behoeve van de veiligheid van de cliënt of derden. De autonomie van de cliënt is daarmee niet zonder grenzen.

Bij onvrijwillige hulpverlening heeft een derde partij, zoals een gezinsvoogd of reclasseringsmedewerker, de bevoegdheid om de cliënt voor te schrijven aan welke vorm van hulpverlening hij moet meewerken. Dit is niet de taak van de hulpverlener. De hulpverlener wordt

³Vanwege de leesbaarheid hebben we ervoor gekozen om de hulpverlener aan te duiden met 'zij' en de cliënt met 'hij'.

gevraagd of zij de hulp zou willen bieden. Vervolgens biedt zij de cliënt de mogelijkheid van hulp aan, maar dwingt hem niet hiertoe (Figuur 1). Wel kan ze de cliënt op een neutrale manier vragen wat voor hem de gevolgen zijn mocht hij afzien van hulpverlening. Niet meewerken aan opgelegde hulpverlening heeft voor de cliënt vaak onaangename consequenties. Mogelijk komt de cliënt hierdoor op zijn aanvankelijke weigering terug.



Figuur 1: De positie van de hulpverlener bij onvrijwillige hulpverlening.

Inzet voor het welzijn van de hulpvrager

Vanuit de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), die tevens van toepassing is op de ambulante hulpverlening, is de hulpverlener gehouden aan het uitgangspunt goed hulpverlenerschap. Hiermee wordt bedoeld dat er gehandeld dient te worden overeenkomstig de geldende professionele standaard. Deze is vastgelegd in de beroepscode voor de hulpverlener. Diploma's, (bij) scholing, (her)registraties, werkervaring, supervisie en intervisie, dienen bij te dragen aan de kwaliteit van de hulpverlening aan de cliënt.

Respect voor privacy

Vertrouwelijke informatie over de cliënt mag niet zonder toestemming van de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger met derden worden gedeeld. Wanneer de cliënt echter een direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving, of wanneer er ernstige zorgen zijn om het welzijn van een kind, kan de hulpverlener genoodzaakt zijn om informatie met relevante betrokkenen te delen. In situaties waarin de cliënt door zijn gedrag niet wilsbekwaam blijkt, geeft de Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg (2014) de hulpverlener houvast.

Rolneming

Bij rol-neming gaat het om de wijze waarop de hulpverlener vanuit haar rol handelt. De kwaliteit van de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt, met name zoals waargenomen door de cliënt, blijkt de belangrijkste voorspeller van het resultaat van de behandeling (Bohart & Tallman, 2010). Ook is het in het belang van

de cliënt om met betrokkenen met wie wordt samengewerkt een goede werkrelatie te onderhouden. Madsen (1999) schetst als houding voor de hulpverlener het beeld van een 'antropoloog', die geïnteresseerd is en wil begrijpen. Dit in tegenstelling tot de houding van een 'missionaris', die wil overtuigen en het doel voor de cliënt, familie of andere betrokkenen wil bepalen. Tevens dient de hulpverlener in haar denken en handelen rekening te houden met de verstandelijke beperking en/of aan de beperkingen die gerelateerd zijn aan de psychiatrische problematiek.

Voor een goede rol-neming is tevens contextueel besef nodig. Enerzijds geeft de context betekenis aan het gedrag van de cliënt, anderzijds bepaalt het mede de mogelijkheden van de hulpverlener om van betekenis te kunnen zijn. Een belangrijke eerste stap in de hulpverlening is het verhelderen wie de hulpverlener tot haar cliënten mag rekenen en wie niet. Om duidelijkheid te krijgen over de rollen en doelen van alle betrokkenen, kan de hulpverlener met het gezin besluiten een rondetafelgesprek te organiseren. Dit gesprek heeft tevens als doel de aanpak onderling af te stemmen en de onderlinge betrokkenheid te vergroten, waarbij

de gezinsleden een actieve rol krijgen. Verder is het belangrijk na te gaan in hoeverre de individuele gezinsleden het eens zijn met de hulp en welke visie zij hebben op wat werkzaam is en wat er moet gebeuren. Wat zijn de ervaringen van de gezinsleden met het huidige hulpaanbod en welke ervaringen hebben zij met eerdere hulpverlening? Ook is het belangrijk om zicht te krijgen op wat het voor een gezin betekent om hulpverlening te ontvangen. De culturele achtergrond van een gezin speelt hierin vaak een rol. Volgens Jessurun (2010) bepalen de sensitiviteit voor de cultuur van cliënten en het zich bewust zijn van de eigen 'culturele bril', mede de effectiviteit van de hulpverlening.

De mate van vrijwilligheid is tevens van invloed. Volgens Imber-Black (1993) is bij onvrijwillige hulpverlening het handelen van een gezin vaak bedoeld om instanties op afstand te houden, maar leidt het juist tot een grotere bemoeienis van instanties. Colapinto (1995) wijst op het risico van de veelheid aan betrokken instanties, met ieder hun eigen doelstellingen, voor de draagkracht van een gezin.

Van den Heuvel en Dekker (2011) stellen dat rolneming om moed kan vragen. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn bij het bespreken van huiselijk geweld of grote zorgen over de opvoedstijl. Van Oenen, Bernardt en Van der Post (2007) stellen in de context van crisissituaties dat de hulpverlener zich juist dan niet mee moet laten slepen door de hectiek van de situatie. Verder kan rolneming vragen om vasthoudendheid bij de hulpverlener, bijvoorbeeld bij het ondersteunen van ouders tot vasthoudendheid in het stellen van grenzen (Omer, 2007).

Ook bij de cliënt is er sprake van rolneming (Bannink, 2016; Van Oenen et al., 2007). Het gaat dan om de wijze waarop de cliënt zijn rol in relatie met de hulpverlener vormgeeft. Dit vraagt van de hulpverlener een 'relationele lenigheid' vanuit een heldere rolopvatting.

Rolvastheid

Wanneer de problematiek ernstig is en de hulpverlener zich machteloos of gefrustreerd

voelt, kan contextuele blindheid ontstaan. De hulpverlener is dan niet langer in staat om de problemen in de ruimere context te beschouwen en daarnaast nemen de flexibiliteit en de creativiteit bij de hulpverlener af (Savenije et al., 2018). Om als hulpverlener te blijven doen wat de bedoeling is en daarnaast goed voor jezelf te blijven zorgen, is een vorm van werkbegeleiding, supervisie of intervisie met collega's essentieel. Het aanreiken van een systemische bril door een supervisor of intervisiebegeleider, door middel van het richten van de aandacht op de onderlinge wisselwerking, helpt om stagnerende patronen te herkennen, hun dynamiek te analyseren en voor een andere insteek te kiezen. Met een systemische blik wordt lineair denken in oorzaak en gevolg, wat meestal inhoudt dat er schuld en verantwoordelijkheid worden toegekend, voorkomen (Boeckhorst, 2003).

Roldefinitie, rolbefef, rolneming en rolvastheid zijn met elkaar verbonden en liggen in elkaars verlengde. Wanneer er bijvoorbeeld problemen zijn in de rolneming, kan dit voortkomen uit onduidelijkheden in de roldefinitie en om een aanpassing hiervan vragen (Figuur 2).



Figuur 2: Model voor rolopvatting (Van den Heuvel & Derks, 2011).

Samenwerken binnen meervoudige systemen: veel voorkomende valkuilen

Samenwerken als ambulant hulpverlener met cliënten en gezinnen in grotere systemen is complex. Kennis van veel voorkomende valkuilen kan de hulpverlener helpen om in deze complexiteit rolvast te blijven. Wij bespreken de valkuilen aan de hand van enkele systemische begrippen, aangezien deze goed kunnen worden toegepast op het niveau van de verhouding tussen gezinnen en grotere systemen (Imber-Black, 1993).

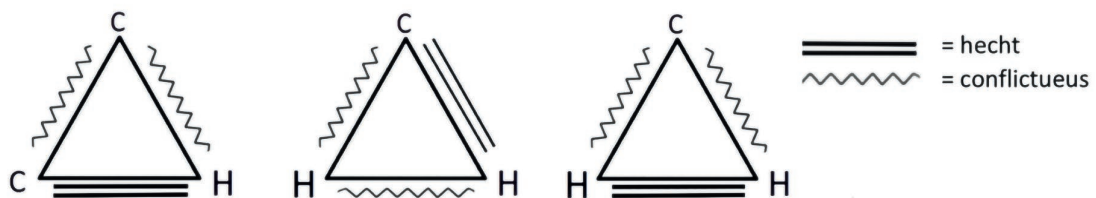
De coalitie

Moeder Corry bespreekt wekelijks met de ambulante gezinsbehandelaar de tekortkomingen van vader Ben in de opvoeding van de kinderen. Vanwege zijn werk als internationaal vrachtwagenchauffeur lukt het Ben meestal niet om bij de gezinsbehandeling aanwezig te zijn. Na 2 maanden vindt er weer een gezamenlijk gesprek met Ben plaats, waarin Corry en de gezinsbehandelaar zijn tekortkomingen bespreken.

Bovenstaande casus wordt gekenmerkt door coalitievorming. Een coalitie ontstaat wanneer twee personen samenspannen tegen een derde persoon. Deze derde persoon kan een gezinslid zijn (Figuur 3a), maar ook een andere hulpverlener of hulpverlenende instantie (Figuur 3b). Ook kan een coalitie ontstaan wanneer wordt samengespannen met een andere hulpverlener (Figuur 3c). Naar onze mening leidt het vormen van een coalitie met een cliënt of hulpverlener gemakkelijk tot schade aan de hulpverlening. Coalitievorming dient om die reden te worden vermeden.

Wanneer twee personen (dyade) problemen met elkaar hebben bestaat de kans dat zij een derde persoon in hun relatie betrekken. Deze derde persoon wordt dan betrokken met als doel de spanning tussen de eerste twee personen te verminderen. Dit wordt triangulatie genoemd. De derde persoon wordt dan getrianguleerd en dus onderdeel gemaakt van de relatie.

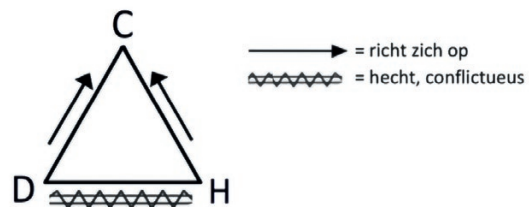
Wanneer de spanning tussen twee personen wordt afgeleid door gezamenlijke boosheid of gezamenlijke bezorgdheid over de derde persoon, wordt dit detouring genoemd. Het afleiden van de spanning door gezamenlijke boosheid over de derde persoon, maakt deze laatste tot zondebok. Het herkennen van deze fenomenen kan de hulpverlener helpen om hier niet (verder) in mee te gaan, ter voorkoming van schade aan de hulpverlening.



Figuur 3 a, b en c: Voorbeelden van coalitievorming (C = cliënt, H = hulpverlener).

Triangulatie

De aanvankelijk grote spanning tussen hulpverlener Joanne en gezinsvoogd Rick, beiden betrokken bij het gezin Roelofs, neemt af door samen hevig verontwaardigd te zijn over een nieuw incident van de moeder. Ze maakt er volgens beiden een potje van (Figuur 4).

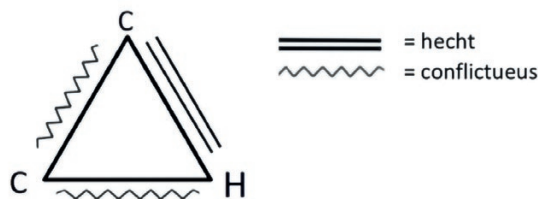


Figuur 4: De cliënt wordt getrianguleerd met als doel de spanning tussen de gezinsvoogd en de hulpverlener te verminderen (C = cliënt, H = hulpverlener, D = derde partij, hier gezinsvoogd).

Partijdigheid

Dolly woont samen met haar dochter Kathy en haar 3 zoontjes. Beiden ontvangen ondersteuning van begeleidster Marijke. De woning staat op naam van Dolly. Zij neemt een groot deel van de opvoeding van haar kleinkinderen voor haar rekening. Dolly wil graag dat Kathy op zoek gaat naar een eigen huis en dat ze tot die tijd meer financieel bijdraagt. Kathy toont echter geen initiatief in het zoeken naar een eigen woning en zegt geen geld te hebben om bij te dragen. Ze vertelt het geld voor andere dingen nodig te hebben. Marijke spreekt Kathy er op aan een eigen woning te gaan zoeken en financieel meer bij te gaan dragen. De laatste weken zegt Kathy haar afspraken met Marijke af.

De casus zal duidelijk maken dat er binnen een gezin tegenstrijdige belangen kunnen zijn, waarbij het risico bestaat dat de hulpverlener kiest of verleid wordt om voor 'rechter' te spelen over wiens belangen zwaarder wegen. In dat geval zal er een coalitie ontstaan tussen de hulpverlener en één van de cliënten (Figuur 5).



Figuur 5: Partijdigheid van de hulpverlener in de vorm van een coalitie (C = cliënt, H = hulpverlener).

De hulpverlener die betrokken is bij meerdere gezinsleden dient te werken aan meerzijdige partijdigheid, waarbij zij geen partij kiest voor één van de gezinsleden ten koste van andere gezinsleden, maar partij kiest voor de situatie van het gezin (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Door erkenning te geven aan de belangen en gevoelens van ieder gezinslid, kan een dialoog op gang worden gebracht tussen de gezinsleden, juist ook waar emoties hoog oplopen en de dialoog is gestaakt (Van den Eerenbeemt & Oele, 1991). Colapinto (1995) waarschuwt voor het gevaar dat de hulpver-

lener, door tussenbeiden te komen, het probleemoplossend vermogen en de wederzijdse betrokkenheid van gezinsleden in de weg kan staan.

De hulpverlener laat zich voorschrijven

Met de term voorschrijven bedoelen we hier het stellen van eisen aan datgene wat de hulpverlener moet gaan doen. Een voorschrijver kan een cliënt of hulpverlener/ hulpverlenende instantie zijn. Wanneer de voorschrijver eisen stelt die niet congruent zijn met de rolopvatting van de hulpverlener, kan er wrijving ontstaan in de samenwerkingsrelatie. De hulpverlener doet er in dat geval goed aan om een one-down positie te kiezen, door haar onmogelijkheden aan te geven. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ontbreken van bevoegdheid, het ontbreken van invloed of het handelen in strijd met de beroepscode. Belangrijk hierbij is begrip te tonen voor de wens en de achterliggende gevoelens, bijvoorbeeld machteloosheid. Hiermee toont de hulpverlener haar betrokkenheid en bereidheid om van betekenis te willen zijn, echter zonder mee te gaan met de eisen.

De hulpverlener laat zich voorschrijven door de cliënt

Miranda is ontevreden over haar huidige woonplek vanwege ruzie met haar buren. Ze heeft de ambulante begeleider laten weten dat zij voor haar op zoek moet gaan naar een andere woning.

In bovenstaand voorbeeld vraagt de cliënt om te handelen in strijd met de rolopvatting van de hulpverlener. De hulpverlener wil de cliënt ondersteunen bij het zoeken naar een andere woonruimte en wil zaken overnemen waar de cliënt iets niet kan. Zij wil echter zelfstandigheid niet in de weg staan.

De hulpverlener laat zich voorschrijven door een ander gezinslid

De ouders van Bente, een 16-jarig meisje met een verstandelijke beperking, willen zo spoedig mogelijk met de ambulante hulpverlener om de tafel vanwege de schoolweigering van hun dochter. De ouders verwachten van de ambu-

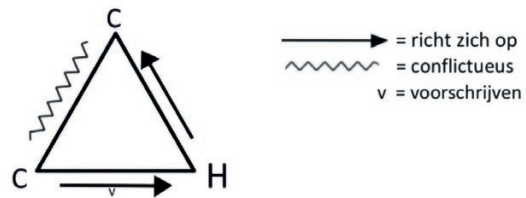
Van Diggelen & Brouwer *Geen Sjakie willen zijn*

lant hulpverlener dat zij ervoor zorgt dat haar dochter weer naar school gaat. Zij zullen het als ouders weer overnemen als Bente weer gemakkelijker naar school gaat.

Van Geffen en Engelen (2004) wijzen er in hun aanpak van schoolweigering op, dat het van belang is dat hulpverleners niet de opvoedtaak van ouders overnemen. De verantwoordelijkheid voor de opvoeding blijft bij de ouders. In bovenstaande casus is de rol van de hulpverlener om met de ouders te onderzoeken hoe zij hun dochter kunnen helpen weer naar school te gaan en om hen te ondersteunen in dit proces.

De 23-jarige Joey woont samen met zijn moeder (Ans). Zij heeft hem aangemeld voor ambulante ondersteuning en ziet graag dat hij op zichzelf gaat wonen. Ans vraagt of de hulpverlener Joey zelfredzamer kan maken en kan helpen zoeken naar een andere woonplek. Joey zegt echter alles al te kunnen en actief te zijn in het zoeken naar een eigen woonplek. Van deze plannen komt echter niks terecht. Ans geeft aan dat een professional haar zoon toch wel moet kunnen helpen. De hulpverlener voelt zich steeds machtelozer worden naarmate de tijd verstrijkt en haar inzet geen verandering geeft.

Bovenstaand voorbeeld zal duidelijk maken dat het aanvaarden van een opdracht zonder dat duidelijk is wie je cliënt is, tot problemen kan leiden in de hulpverlening (Figuur 6). Om die reden is het belangrijk om te weten wie je tot je cliënten mag rekenen en wie waarin een hulpvraag heeft. Een hulpvraag hebben voor een ander, zonder dat deze een hulpvraag heeft, leidt voorsnog niet tot verandering. De hulpverlener kan aan moeder vragen wat ze gaat doen als blijkt dat haar zoon niet dezelfde wensen heeft. Mocht moeder hier consequenties aan verbinden, dan kan dit bij haar zoon alsnog tot andere keuzes leiden.



Figuur 6: De hulpverlener (H) laat zich voorschrijven door een cliënt (C).

De hulpverlener laat zich voorschrijven door een andere hulpverlener of hulpverlenende instantie

Joran en zijn ouders zijn vanuit het sociaal wijkteam doorverwezen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie voor ambulante gezinsbehandeling. Joran en zijn ouders zijn het echter niet eens met de hulpvragen die door het sociaal wijkteam zijn geformuleerd. Toch besluit de ambulante gezinsbehandelaar aan de slag te gaan met deze hulpvragen. De samenwerkingsproblemen die vervolgens optreden worden door de ambulante gezinsbehandelaar geweten aan de problematiek van Joran en zijn ouders.

Wijkcoach Rob vraagt aan begeleidster Tanja of zij de gezinsleden van de familie Jansen autonomer en daarmee minder afhankelijk van elkaar wil maken. De familie Jansen wordt hierover niet geïnformeerd. De pogingen van Tanja om de gezinsleden minder afhankelijk van elkaar te maken hebben een averechts effect en zetten de samenwerking onder druk.

Bovenstaande voorbeelden illustreren het belang om met het gezinssysteem en verwijzer stil te staan bij de hulpvragen en de context van de doorverwijzing. Daarmee wordt verhelderd hoe de hulpvragen van het gezin zich verhouden tot de hulpvragen geformuleerd door de verwijzer.

Bij onvrijwillige hulpverlening, zoals bijvoorbeeld bewindvoering, gebeurt het vaak dat een cliënt het niet eens is met beslissingen. Logischerwijs geeft dit spanning in hun relatie. De hulpverlener kan de cliënt desgewenst ondersteunen in de communicatie, maar moet geen partij worden in de beslissingen. Dit zou

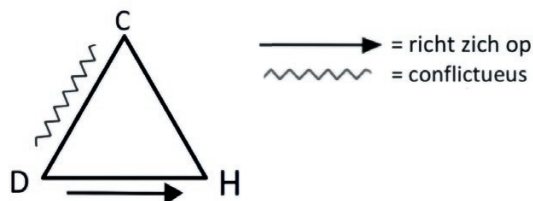
immers leiden tot onwenselijke coalitievorming met de cliënt of de andere hulpverlener.

Geheimhouding beloven bij ongevraagde informatie van derden

Riet maakt zich grote zorgen over de opvoeding van haar kleindochter Michelle door haar dochter Karin. Riet belt hierover geregeld de begeleidster van Karin, echter zonder Karin hierover in te lichten. Riet verzoekt de begeleidster om snel actie te ondernemen.

De hulpverlener kan ongevraagd informatie krijgen van mensen buiten het cliëntsysteem, met tevens het verzoek dit geheim te houden. Ze wordt daarmee ongewild drager van een geheim die de integriteit van haar relatie met haar cliënt(en) onder druk zet (Figuur 7). De hulpverlener kan deze geheimhouding echter niet beloven. Zij zal een afweging moeten maken ten aanzien van de concreetheid en de ernst van de signalen. Wanneer zij besluit geen actie te ondernemen dient zij dit de informatieverstrekker te laten weten. In dat geval menen wij dat het verstandig is om de informatieverstrekker tevens te vragen wat hij gaat doen nu hij weet dat de hulpverlener geen actie onderneemt. De verantwoordelijkheid om wel of niet te handelen op de signalen ligt daarmee terug bij de informatieverstrekker.

De informatie kan bij de hulpverlener echter ook leiden tot het besluit om de zorgen bespreekbaar te maken met de cliënt(en). In dat geval dient de informatieverstrekker hierover geïnformeerd te worden, zodat hij kan besluiten de cliënt(en) vooraf te informeren dat hij contact heeft gezocht met de hulpverlener.



Figuur 7: De hulpverlener (H) als ontvanger en drager van een geheim (C = cliënt, D = andere partij).

Niet weten wie je tot je cliënten moet rekenen
Begeleidster Joanne biedt ondersteuning aan Roy. Na verloop van tijd vinden er ook gesprekken plaats tussen Joanne en Joyce, de vriendin van Roy. Na de zoveelste ruzie besluiten Roy en Joyce uit elkaar te gaan. Joanne blijft echter met beiden individuele gesprekken hebben. Wanneer Joyce Roy confronteert met het feit dat hij niet eerlijk is over de omgangsregeling van hun dochttertje Chelsea, belt Roy vervolgens kwaad naar Joanne. Zij had volgens hem nooit tegen Joyce mogen vertellen dat hij het weekend wel thuis was.

Een hulpverlener dient te beseffen wie haar cliënten zijn en wie niet. Dit bepaalt op wie zij zich dient te richten en met wie informatie gedeeld mag worden. In afstemming en met goedkeuring van de cliënt kan de hulpverlener ook het gezin of de ruimere context betrekken, afhankelijk van de doelstellingen van de hulpverlening.

Als machteloosheid niet herkend en erkend wordt

Als reactie op machteloosheid ontstaat bij de hulpverlener gemakkelijk een verbeterreflex, waarbij de cliënt, veelal zonder aarzeling en op een directieve manier, wordt aangespoord het advies van de hulpverlener op te volgen. De verbeterreflex maakt echter dat cliënten zich slecht voelen (Miller & Rollnick, 2014). Ten eerste vindt er een aantasting plaats van de natuurlijke behoefte aan autonomie en competentie om de eigen problemen op te lossen, waarbij het inperken van iemands keuzevrijheid bovendien een psychologische tegenreactie kan geven (Dillard & Shen, 2005). Ten tweede zullen cliënten zich onvoldoende begrepen voelen wanneer er geen ruimte is voor ambivalentie, terwijl ambivalentie over veranderen eerder regel dan uitzondering is in de hulpverlening (Appelo, 2007; Van Diggelen & Truyens, 2011; Miller & Rollnick, 2014). Machteloosheid treedt ook op wanneer een cliënt nadrukkelijk aangeeft dat zijn situatie ondraaglijk is en hij direct geholpen moet worden, maar tevens laat blijken niks te willen veranderen. De cliënt zegt in feite: "Help! Help! Maar verander niks!" Om

Van Diggelen & Brouwer *Geen Sjakie willen zijn*

deze situatie het hoofd te bieden kan de hulpverlener de cliënt uitnodigen om gezamenlijk zijn situatie te onderzoeken. Welke dilemma's spelen er voor de cliënt en voor welke keuzes staat hij gesteld? Daarbij moet de hulpverlener duidelijk zijn dat zij geen eenvoudige oplossing kan bieden en geen keuzes voor de cliënt kan maken.

Ambulant begeleidster Anique bespreekt met de wijkcoach de situatie van haar cliënt Theo en de onmacht die zij daarbij ervaart. De wijkcoach besluit Anique extra uren te geven. De gevoelens van machteloosheid nemen echter toe. Anique brengt haar casus in tijdens interview. Ze komt tot de conclusie dat de extra uren haar niet meer invloed hebben gegeven, maar wel meer druk om de situatie van Theo te veranderen.

Wanneer een hulpverlenende instantie zich machteloos voelt over de problematiek van een cliënt, ontstaat het risico dat de cliënt op onjuiste gronden wordt doorverwezen of contacten onnodig worden uitgebreid. Hiermee wordt de machteloosheid verplaatst of vergroot. Wij menen dan ook dat het belangrijk is de machteloosheid te herkennen en te erkennen en de drijfveren voor een mogelijke doorverwijzing te onderzoeken. De hulpverlener dient tevens te beseffen dat het handelen van andere betrokkenen eveneens gestuurd kan worden vanuit machteloosheid.

De 14-jarige Jason, gediagnosticeerd met ADHD en een Autismspectrumstoornis, is niet meer welkom op zijn school voor speciaal onderwijs. Na incidenten met verbale agressie heeft de school aangegeven dat er eerst hulpverlening moet starten. De hulpverlenende instantie geeft echter aan dat school eerst opgestart dient te worden. De ouders zijn boos op school en op de hulpverlening en voelen zich van het kastje naar de muur gestuurd. Jason zit thuis en trekt zich steeds meer terug.

Wanneer instanties onderling van mening verschillen over de hulpverlening aan een gezin, leidt dit onvermijdelijk tot problemen in de

hulpverlening. Bovenstaande casus vraagt om een rondetafelgesprek (zie 1.3). Hiertoe kunnen beide instanties met het gezin initiatief nemen.

Het onzichtbare kind

In het gezin Janssen is er sprake van een alcoholverslaving bij moeder, forse partnerrelatieproblemen bij ouders, financiële problemen en een aanstaande verhuizing. Deze stressoren zorgen ervoor dat het periodieke geweld tussen de kinderen telkens geen prioriteit krijgt op de agenda van de betrokken hulpverleners. De jongste zoon lijdt echter fysiek en emotioneel onder het geweld van zijn broer.

In het werken met gezinnen waarbij er zorgen zijn over de kinderen spelen een aantal factoren waardoor het zicht op het welzijn van de kinderen kan verdwijnen. Zo kan het ervaren van ouderlijke vijandigheid en weerstand leiden tot het vermijden van ouders of tot identificatie met de ouders (Laird, 2013; Tuck, 2013). In beide gevallen gaat dit ten koste van de focus op het kind. Ook de organisatiecultuur, tijdslimieten bij afspraken en onvoldoende emotionele ondersteuning vanuit de organisatie, blijken factoren die het zicht en het contact met het kind in de weg staan (Ferguson, 2017). Een blijvende alertheid op de veiligheid en het welzijn van kinderen is geboden. Supervisie of intervisie kunnen hier een belangrijke bijdrage leveren.

Als invloed en verantwoordelijkheid niet in evenwicht zijn

Begeleidster Tamara is bezorgd over haar cliënt Thierry. Ze maakt zich zorgen over de contacten die Thierry aangaat en het feit dat hij wisselend reageert op haar Whatsapp-berichten. De afgelopen periode heeft Tamara hem proberen te waarschuwen. Sindsdien vertelt Thierry nog amper over wat er in zijn leven speelt. Dit voedt vervolgens de zorgen bij Tamara. Zij voelt zich verantwoordelijk voor het welzijn van Thierry.

De hulpverlener kan niet verantwoordelijk zijn voor zaken waar zij geen invloed op heeft. Zij probeert wel te zoeken naar invloed met als doel de klachten te verminderen of het welzijn

Van Diggelen & Brouwer *Geen Sjakie willen zijn*

van de cliënt te verbeteren. Of de hulpverlener invloed heeft en in hoeverre, is mede afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheden van de cliënt. Het voorbeeld laat zien dat wanneer het verantwoordelijkheidsgevoel groter is dan waar de hulpverlener invloed op heeft en verantwoordelijk voor kan zijn, dit een negatief effect heeft op de samenwerkingsrelatie. Het is als het vasthouden van zand. Hoe meer grip je erop wilt, hoe meer het tussen de vingers doorglijpt. Daarnaast kan het de hulpverlener veel stress geven wanneer de gevoelde verantwoordelijkheid groter is dan de daadwerkelijke invloed en verantwoordelijkheid.

Gebrek aan persoonlijke grenzen

Ambulante hulpverleners kunnen worden geconfronteerd met gedrag en omstandigheden waarbij zij zich onbehaaglijk of onveilig voelen. Te denken valt aan schelden, agressie, vervuiling, roken in huis, een agressieve hond, onder invloed zijn of seksueel grensoverschrijdende opmerkingen. Bij hulpverleners bestaat soms twijfel of zij in contact met een cliënt wel hun persoonlijke grenzen aan mogen geven.

Algemene grenzen voor het handelen als hulpverlener zijn vastgelegd in richtlijnen en beroepscode en bieden zowel de hulpverlener als de cliënt duidelijkheid en veiligheid in hun relatie. Voor het bepalen van persoonlijke grenzen is de hulpverlener echter op zichzelf aangewezen. Niemand dan zij alleen kan immers bepalen wat zij aan gedrag of omstandigheden wil accepteren. Naar onze mening is het een vorm van goede zelfzorg wanneer de hulpverlener haar persoonlijke grenzen kent en bewaakt. Het is echter wel zo dat bepaalde persoonlijke grenzen, zoals geen rooklucht in de kleren willen, het werken met multi-stressed gezinnen moeilijk of minder voor de hand liggend maakt.

Het aangeven van persoonlijke grenzen wil echter niet zeggen dat de hulpverlener haar contact hoeft te verbreken. Ook wil het niet zeggen dat ze grenzen stelt aan het gedrag van de cliënt. Het wil enkel zeggen dat ze grenzen stelt aan wat ze zelf wil accepteren.

Conclusie

Werken als ambulant hulpverlener met cliënten met ernstige problematiek in de context van meervoudige systemen is verre van eenvoudig werk. Een belangrijke eerste stap als hulpverlener is een heldere rolopvatting. De hulpverlener dient te weten wat tot de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden behoort en te beseffen welke rol zij heeft in relatie tot een cliënt, een gezin en de grotere systemen. Daarnaast dient zij te handelen passend bij de rol en dit weten vast te houden. Hierin ligt ook een belangrijke taak voor de organisatie door het mogelijk maken van een vorm van werkbegeleiding, supervisie of intervisie. Een heldere rolopvatting helpt om veelvoorkomende valkuilen te omzeilen, zodat de hulpverlener zich geen Sjakie hoeft te voelen.

Dank aan Wendy Verplanke en Romy van Putten voor hun feedback op eerdere versies van dit artikel.

Literatuur

- Appelo, M. (2007). *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F. (2016). Moeilijke mensen bestaan niet. In M. Appelo, K. Hoogduin & M. Verbraak (Red.), *Omgaan met 'moeilijke' mensen*. Boom: Amsterdam.
- Boeckhorst, F. (2003). *Duivelse spiralen: Werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie*. Warnsveld: GGNet.
- Boeckhorst, F. (2007). *Contextuele blindheid: Tumult in de organisatie, trammelant in de behandeling, en geharrewar in het hoofd*. Lezing op conferentie NVRG in beweging.
- Bohart, A. C., & Talmann, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold & M. Hubble (Eds), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd Ed, pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Tussen geven en nemen: Over contextuele therapie*. Haarlem: De Toorts.
- Colapinto, J. A. (1995). Dilution of family process in

Van Diggelen & Brouwer *Geen Sjakie willen zijn*

- social services: Implications for treatment of neglectful families, *Family Process*, 34, 59-74.
- Diggelen, B. van, & Truyens, J. (2011). Een praktisch model voor op samenwerking gerichte begeleiding van individueel wonende cliënten met een lichte verstandelijke beperking, *Onderzoek & Praktijk*, 9(2), 34-45.
- Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, 72(2), 144-168.
- Donk, A. (2003). Herrie in de tent: Een systeemvisie op ontstaan en aanpak van irrationele processen in de GGZ-organisatie bij werken met complexe problematiek, *Systeemtherapie*, 3, 135-151.
- Eerenbeemt, E. M. van den, & Oele, B. (1991). De contextuele therapie. In J. Hendrickx, F. Boeckhorst, T. Compennolle & A. van der Plas (Red.), *Handboek gezinstherapie* (pp. 1-24). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ferguson, H. (2017). How children become invisible in child protection work: Findings from research into day-to-day social work practice. *British Journal of Social Work*, 47, 1007-1023.
- Geffen, M. van, & Engelen, H. (2004). Systeembenadering bij schoolweigering, *Systeemtherapie*, 4, 197 - 213.
- Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg* (2014). Utrecht/ Amersfoort: KNMG, GGZ Nederland, GGD GHOR Nederland.
<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/gegevensuitwisseling-in-de-bemoeizorg.htm>
- Heuvel, P. van den & Derks, H. (2011). Bestuurder en toezichthouder: een tandem. *Basisschoolmanagement*, 3, 12 - 17.
- Imber-Black, E. (1993). Relaties tussen het gezin en grotere systemen, *Gezinstherapie*, 3, 227-264.
- Jessurun, N. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten: Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Couthino.
- Laird, S. E. (2013). *Child protection: managing conflict, hostility and aggression*, Bristol, Policy Press.
- Madsen, W. D. (1999). *Collaborative therapy with multi-stressed families: From old problems to new futures*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). Motiverende gespreksvoering: *Mensen helpen veranderen (derde editie)*. Gorinchem: Ekklesia.
- Oene, F. J. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). *Praktijkboek crisisinterventie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Omer, H. (2007). *Geweldloos verzet in gezinnen: Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelf-destructief gedrag van kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Savenije, A., Lawick, J. van, & Reijmers, E. (2018). *Systemisch werken: Een relationeel kompas voor hulpverleners*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Soonius, J. W. (2017). *Communicatie in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom.
- Tielens, J., & Verster, M. (2010). *Bemoeizorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tuck, V. (2013). Resistant parents and child protection: Knowledge base, pointers for practice and implications for policy. *Child Abuse Review*, 22(1), 5-19.