

De positie van de wijkteamgeneralist – De enige invloed die wij als professionals hebben op de hulpverleningsrelatie¹

Dot van de Kant

In 2015 heeft er een transitie van de jeugdzorg plaatsgevonden. Deze ontwikkeling vroeg van zowel overheid, gemeenten, instanties, professionals als cliënten een andere en ‘nieuwe’ visie, houding en rol. Daarnaast dienden de professionals vanuit wijkteams systeemgericht en integraal te werk te gaan.

Tijdens mijn studie Sociaal Pedagogisch Hulpverlening aan de Hogeschool Utrecht heb ik stage gelopen bij Lokalis, een organisatie die in Utrecht alle wijkteams omvat die werken met de doelgroep Jeugd en Gezin. Hier heb ik de invloed van de transitie van heel dichtbij kunnen ervaren. De professional heeft een ander handelingsrepertoire gekregen, er is dus een ‘nieuwe’ professional ontstaan (Reus, 2014). Maar wie is deze nieuwe professional precies? Passend is een meer faciliterende rol ten opzichte van de adviserende en verzorgende rol van vroeger. ‘De hulpverlener als passant’ die tegelijkertijd meer dan ooit gericht moet zijn op duurzaamheid. Het betrekken, motiveren en inzetten van het netwerk van de probleemdragers is een belangrijk uitgangspunt geworden, maar slaan wij op deze manier niet een paar stappen over? Uit onderzoek van Movisie is gebleken dat bij integraal werken in de wijk de alliantie tussen hulpverlener en cliënt van groot belang is voor een goede samenwerkingsrelatie en voor de resultaten van de hulpverlening (Van Arum, Verweij, & Van der Veer, 2018). Als deze alliantie zo van belang is, moeten we ons dan niet eerst bekwamen in de interactie tussen hulpverlener en de cliënt?

In deze whitepaper staan centraal:

- de rol van de professional en zijn of haar positie in het gezin;
- stevig bewustzijn van wat wij als professionals doen, waarom we dat doen en de effecten hiervan op de samenwerking met de cliënt;
- het uitoefenen van invloed vanuit de rol van passant om zo verbetering te stimuleren die doorwerkt op de langere termijn.

De eerste stap voor het formuleren van de rol van de nieuwe professional heeft mijns inziens als uitgangspunt de ‘hulpverleningsrelatie’. Bewust invloed uitoefenen in het hier en nu tussen jou en mij is de enige directe invloed die we als professional hebben, en vormt de basis van effectieve hulpverlening.

¹ Deze whitepaper is geïnspireerd op de training ‘Interactioneel denken en werken binnen het sociale domein’ van Jos Truyens en Suzanne de Ruig (2018).

De ‘nieuwe’ professional

Door de transitie is er een nieuwe zorgstructuur ontstaan in de verschillende gemeenten. In Utrecht is dit georganiseerd aan de hand van drie sporen. De zorg voor de jeugd wordt aan de hand van het beleid ‘gewoon opgroeien’ vormgegeven. De eerste verantwoordelijkheid voor de opvoeding van kinderen ligt uiteraard bij de ouders of bij eventuele andere opvoeders, maar zodra er problemen ontstaan in het gezin biedt de gemeente zorg, en die is beschikbaar voor gezinnen, ouders en kinderen die vragen hebben over opvoeden en opgroeien (Gemeente Utrecht (1)). Als het gaat om een enkelvoudige, eenvoudige opvoedvraag wordt deze opgepakt door spoor 1: De sociale basis. Deze basis wordt ook wel het ‘voorveld’ genoemd. Hier vallen onder andere het consultatiebureau en de huisarts onder (Lokalis, 2014). Zodra het vraagstuk complexer wordt, biedt een Buurtteam (spoor 2) in eerste instantie basiszorg. De vragen kunnen bijvoorbeeld gaan over verstoorde relaties in het gezin, overlast, schoolverzuim, ziekte, woonproblemen, schulden of armoede (Gemeente Utrecht (2)). In de meeste gevallen is er echter sprake van een combinatie van meerdere problemen. Waar nodig wordt er vanuit hier opgeschaald naar de aanvullende zorg (spoor 3). Het doel van dit beleid is om kinderen en jongeren in Utrecht gezond en veilig te laten opgroeien, waarbij zij zich maximaal kunnen ontwikkelen (Gemeente Utrecht (3)).

Deze inhoudelijke omslag van werken in de zorg moet door de gemeenten ingericht worden aan de hand van de vijf transformatiedoelen:

1. Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
2. De-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
3. Eerder de juiste hulp op maat te bieden om jeugdigen en gezinnen zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk hulp te bieden met aandacht voor de (kosten) effectiviteit van de geboden hulp;
4. Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur;
5. Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk (Movisie, 2015).

Laten we onze aandacht richten op de eerste twee transformatiedoelen. In de nieuwe zorgstructuur is te zien dat zich een context en visie ontwikkelt waarbinnen een ‘nieuwe’ professional ontstaat: de jeugd- en gezinsgeneralist. Een jeugd- en gezinsgeneralist in een wijkteam geeft gezinnen ondersteuning op verschillende terreinen: opvoeding, gezondheid, financiën, huisvesting en werk (Janssens, 2015). Het Buurtteam werkt generalistisch; dit is vergelijkbaar met het specialisme van de huisarts die als generalist werkt (Janssens, 2015). Volgens het Nederlands Jeugdinstituut (2019) moet de jeugd- en gezinsgeneralist over kennis beschikken over verschillende aspecten en sectoren waar ouders en jeugdigen mee te maken kunnen krijgen. Zoals gezegd vindt deze professie plaats in een volledig nieuwe context met opgestelde speerpunten vanuit de transitie. Uit de praktijk blijkt dat dit echter een lastige opgave is (Nederlands Jeugdinstituut, 2019). Opleidingen tot buurtteamhulpverlener, of generalist die zelf

lichte pedagogische hulp biedt, bestaan namelijk nog niet. Er is geen goede basis van waaruit de nieuwe professional onderbouwde effectieve hulpverlening kan bieden. Op deze manier blijft het succes van de wijkteams afhankelijk van goedwillende, en toevallig goed functionerende generalisten in hun teams (Janssens, 2015).

Evelien Tonkens is hoogleraar Burgerschap en Humanisering van de Publieke Sector aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Ze is een veelgevraagd adviseur voor lokale en nationale overheden en andere organisaties, onder meer als voorzitter van de wetenschappelijke begeleidingscommissie van de tweede evaluatie van Wmo van het SCP in opdracht van het ministerie van VWS en als lid van de adviescommissie Kennisinfrastructuur van de Wmo van de Raad voor Gezondheidszorgonderzoek in opdracht van de Gezondheidsraad (Tonkens, 2020). Samen met Jan Willem Duyvendak, hoogleraar sociologie aan de Universiteit van Amsterdam, beschrijft zij in een artikel de problematische kanten van het beleidsideaal van 'zelfredzaamheid', als gevolg van de overgang naar een participatiesamenleving (Tonkens & Duyvendak, 2018). In een interview met *NRC Handelsblad* vertelt Tonkens dat ze van mening is dat het beleidsverhaal met betrekking tot zelfredzaamheid niet strookt met de werkelijkheid. Wijkteammedewerkers zouden vanuit deze beleidsmatige verwachtingen schaamtevolle gesprekken voeren over het betrekken van het netwerk met als gevolg dat burgers het idee krijgen dat ze tekortschieten. Ook beschrijft Tonkens dat de professionals zelf er al snel achter komen dat een grotere inzet van het netwerk niet mogelijk is en professionele hulp noodzakelijk is (Vriesema, 2018). Zij pleit voor meer aandacht voor de angst en het onvermogen van mensen om afhankelijk van anderen te zijn binnen het beleid, in plaats van de grote nadruk op zelfredzaamheid (Tonkens & Duyvendak, 2018). Mijn inziens zit de onderzoeker hier op het verkeerde spoor. Het gaat niet om zelfredzaamheid als beleidsideaal, maar om de manier waarop hier invulling aan wordt gegeven door de wijkteams en hun medewerkers. Dit is terug te brengen naar de interactie tussen cliënt en hulpverlener. Het feit is niet dat zelfredzaamheid niet gestimuleerd kan worden, het gaat om de manier waarop dit gebeurt. Er is namelijk een verschil in het instrumenteel inzetten van het netwerk van de cliënt om tot zelfredzaamheid te komen en de professional die leert te co-creëren met het netwerk, om vervolgens samen tot het hoogst haalbare niveau van zelfredzaamheid te komen voor de cliënt. Begrijpelijk is dat een onderzoeker die vanaf een afstand naar de gevolgen van de transitie kijkt deze link moeilijk weet te leggen. De situatie die Tonkens beschrijft, is namelijk het gevolg van de transitie en het ontstaan van een 'nieuwe' professional. Een nieuwe rol die binnen het sociale domein vervuld moet worden aan de hand van nieuwe transitiepunten. Op dit moment geven gezinswerkers invulling aan de transformatiedoelen die door *the larger system* zijn opgelegd. Ze bevinden zich in een positie die hun is opgelegd, zonder dat zij hierin opgeleid of getraind te zijn. Dus professionalisering van de rol als wijkteamgeneralist is wenselijk, in plaats van het pleiten tegen het beleidsideaal en alvorens uit te gaan van de angst en het onvermogen van mensen. Professionals moeten worden opgeleid in het (in)direct uitoefenen van invloed in het hier en nu tussen jou en mij als basis voor een effectieve en duurzame hulpverlening.

'Om generalistisch te werken, is het nodig om de specialistische kennis te onderhouden.'

- Nederlands Jeugdinstituut (2019)

Paradox tussen het belang van alliantie en de hulpverlener als passant

In de huidige situatie bestaat een duidelijke paradox tussen het belang van de alliantie, de positie en de invloed van de hulpverlener op het hulpverleningsproces en de nieuwe rol van de hulpverlener na de transitie. Dit maakt de nieuwe rol en positionering van de wijkteamgeneralisten complex. Vanuit onderzoek van Movisie naar 'wat werkt bij integraal werken in de wijk' wordt duidelijk dat een goede relatie tussen professional en cliënt maatgevend is voor de resultaten van de hulpverlening. Zowel de menselijke als de zakelijke kant is van belang voor een goede samenwerkingsrelatie, aldus Van Arum, Verweij en Van der Veer (2018). Ook meta-analyses van Wampold (2001) tonen dat de alliantie een grotere invloed heeft op het resultaat en de effectiviteit van de hulpverlening dan de aard van de gekozen interventies (Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010). Dit lijkt in tegenstrijd te zijn met de nieuwe visie binnen de hulpverlening. Vanuit de participatiesamenleving dien je als professional 'passant' te zijn binnen een gezin, om zo het probleemoplossend vermogen van ouders en kind te vergroten en een duurzame situatie te creëren. Hoe positioneer je je als professional aan de hand van deze uitgangspunten in de uitvoering van ons werk binnen de hulpverlening? Opmerkelijk is dat bovengenoemde onderzoeken vaak naar voren komen en die ontwikkeling zich richt op het 'wat', het beste aanbod in vorm van een methodiek, in plaats van op het eerder benoemde 'hoe'. Zoals uit het onderzoek van Tonkens en Duyvendak (2018) is gebleken zijn professionals actief het netwerk gaan betrekken, echter zonder positief resultaat.

In de training met betrekking tot interactioneel denken en werken in sociale systemen, ontworpen door Jos Truyens en Suzanne de Ruig (2018), heb ik kennisgemaakt met een voor mij zeer inspirerende opvatting. Interacties tussen mensen, in dit geval gezinsleden, zijn een onderhoudende factor in het niet veranderen van gedrag en het dus niet veranderen van de klacht. Wanneer een hulpverlener onderdeel wordt van die disfunctionele interacties van gezinsleden kan de hulpverlener zelf een onderhoudende factor van de klacht worden (Truyens & De Ruig, 2018). Denk hierbij bijvoorbeeld aan het alvorens uitgaan van de angst en het onvermogen van mensen waar Tonkens en Duyvendak (2018) voor pleiten.

Jo Vandeurzen beschrijft een interessant verschijnsel (Libbrecht & Pieters, 2014) waarin de hulpverlener een onderhoudende factor van de klacht wordt: de hulpverleningsval. Als hulpverlener biedt je als het ware een professionele relatie aan. Binnen deze relatie bied je sociale steun aan de cliënt. Het resultaat van sociale steun is dat mensen veerkrachtig en weerbaar worden, omdat hun aanpassingsvermogen toeneemt als ze betekenisvol worden ondersteund. De hulpverleningsval wordt opengetrokken wanneer de hulpverlener niet voorzichtig omgaat met de sociale steun die hij zelf aan de cliënt aanbiedt. Robin Dunbar, evolutionair antropoloog, vertelt namelijk dat elk persoon neurologisch gezien drie tot vijf mensen in zijn binnenste kring kan hebben waarmee je intensief contact hebt (TEDxObserver, 2012). Wat gebeurt er wanneer je als hulpverlener bedoeld of onbedoeld één van deze mensen wordt van iemand die het gevoel heeft geen sociaal netwerk te hebben? Je wordt als hulpverlener een onderhoudende factor van de klacht. Hier komt het uitgangspunt de hulpverlener als passant om de hoek kijken. Aan de ene kant staat dus het belang van de alliantie tussen hulpverlener en cliënt voor de effectiviteit van de hulpverlening, en anderzijds staat de hulpverleningsrelatie als onderhoudende factor van de klacht. Door als professional indirect invloed uit te oefenen en/of een co-creatie te kunnen

faciliteren met de cliënt en zijn of haar netwerk, ontloop je deze hulpverleningsval. Daarnaast maak je op een andere manier gebruik van het belang van de alliantie. Hoe je dit kunt doen binnen de wijkgerichte hulpverlening vergt meer aandacht en gedegen onderzoek.

‘Door de relationele context en interactie als uitgangspunt te nemen normaliseer je het dagelijks leven van de cliënt en versterk je het opvoedkundig klimaat.’

- Jos Truyens en Suzanne de Ruig (2018)

Het is van belang dat je als professional in staat bent bewust invloed uit te oefenen op de interactie binnen de hulpverleningsrelatie, zodat je zowel een goede alliantie kunt opbouwen als disfunctionele interactiepatronen kunt doorbreken. Door de interactie met en tussen cliënten aan te wenden ontstaat er een grotere kans dat cliënten gebruik leren maken van de eigen kracht. Hierdoor kun je een constructieve interactie met het netwerk van de cliënt stimuleren, en kan het ontzorgen van een klacht ontstaan (Truyens & De Ruig, 2018). Volgens De Ruig is interactie de sleutel van elke kennisoverdracht (persoonlijke communicatie, 18 maart 2019). Dit geldt niet alleen binnen een hulpverleningsrelatie. De enige invloed die je als professional hebt, is het uitoefenen van invloed in het hier en nu tussen jou (cliënt) en mij (professional). Dit is de basis van effectieve hulpverlening én het draagt bij aan de transformatiedoelen.

Het is zaak dat professionals bewust leren kijken naar hun eigen manier van leren en eigen werkwijzen die er toe doen in de wisselwerking met de mensen die jou om hulp vragen. Het ontwikkelen van expertise op het gebied van gedragsverandering beïnvloeden aan de hand van direct en indirect werken en de eigen positie van de professional zal hieraan ten grondslag moeten liggen.

Hulpverlening rust op verandering

Wanneer we kijken naar hulpverlening, rust dit op – of vraagt het om – een veranderingsproces. Er is geen duidelijkheid over de werking van een veranderingsproces bij mensen, wel is duidelijk dat de interpersoonlijke dynamiek tussen mensen een rol speelt (Wampold, 2001). De mens heeft universele basisbehoeften. Deci en Ryan (2000) benoemen deze behoefte aan competentie, verbondenheid en autonomie. Elk mens wil gewenst gedrag tot een goed einde kunnen brengen, wil geliefd worden door anderen, wil initiator zijn van zijn eigen acties en wil zichzelf kunnen zijn. De behoefte aan deze universele menselijke basisbehoeften geeft de mogelijkheid om gevoel van *agency* te ontwikkelen.

Wanneer we het hebben over verandering en veranderingsbereidheid, hebben we het inherent ook over *agency*. *Agency* houdt in dat je bekwaam bent om onafhankelijk te handelen. Door deze bekwaamheid is iemand in staat eigen keuzes te maken en daarmee enige zeggenschap te hebben over de richting waarin zijn leven zich ontwikkelt. *Agency* wordt sterk beïnvloed door persoonlijke overtuigingen en verlangens. *Agency* gaat over nadenken over je eigen vrije wil, je eigen keuzes en eigen autonomie. Kortom, het gaat over het afbakenen van een gevoel van 'ik': persoon/zelf/identiteit. Om je bewust te worden van jezelf en jezelf te kunnen onderscheiden, moet er interactie zijn met 'de ander', oftewel buitenwereld/omgeving. Door als hulpverlener als 'de ander' iemand aan te spreken op zijn of haar autonomie en in te zetten op de eerder benoemde

basisbehoeften, ontstaat de mogelijkheid tot veranderingsbereidheid van de 'ik' (Truyens & De Ruig, 2018).

Om hier als hulpverlener bewust invloed op uit te kunnen oefenen is het van belang te weten en getraind te worden over hoe je dat kunt doen en door hier vakmanschap in te ontwikkelen. Aan de hand van onderstaande casus wordt duidelijk gemaakt hoe je dit als professional in de praktijk kunt brengen met bovenstaande als onderliggende gedachten van wat je doet en door gebruik te maken van de 'last' die iemand ervaart.

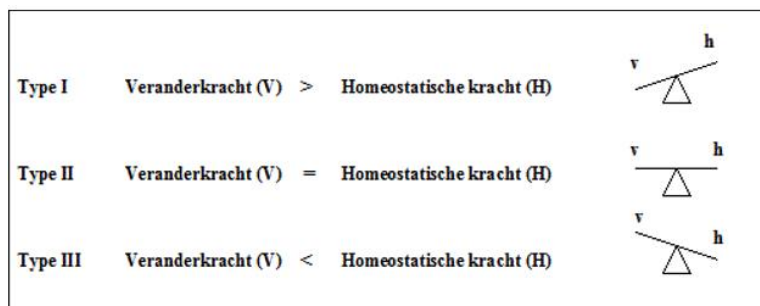
Casus: De interactie als sleutel

Minke begeleidt een gezin dat bestaat uit vader Peter, moeder Shaima en hun twee zoontjes Kick (4 jaar) en Aaron (2 jaar). Peter is directeur van een bedrijf en maakt hiervoor regelmatig lange reizen naar het buitenland. Shaima zorgt dan in haar eentje voor Kick en Aaron. Dit gaat haar niet gemakkelijk af. Shaima geeft aan dat in de periodes dat ze hierdoor gestrest is, ze het gevoel heeft dat Kick het haar extra moeilijk probeert te maken. Niet luisteren, dingen weigeren, weglopen etc. Ze geeft aan dat het wel eens gebeurt dat ze haar geduld niet meer kan bewaren, en dat ze dan tegen Kick schreeuwt. Hier heeft ze achteraf veel spijt van, en ze wil dat er verandering in de situatie komt. Minke voert gesprekken met Shaima en met beide ouders samen. In deze gesprekken geeft Shaima aan dat het zo niet langer kan. Minke vraagt haar wat ze denkt dat er nodig is om de situatie iets dragelijker te maken. Shaima geeft aan dat er geen oplossing is, ze zit in een wurgpositie. Ze hebben het inkomen van Peter nodig en hij houdt van zijn werk. Daardoor zit zij met de gebakken peren. Wanneer Minke vraagt of er misschien mensen in haar omgeving zijn die haar eventueel zouden kunnen ondersteunen, geeft Shaima aan dat ze die niet heeft. Mocht ze die wel hebben, dan zou ze hun nooit opscheppen met Kick en zijn gedrag. Elke optie die Minke aan Shaima voorlegt wordt beantwoord met een 'Ja maar'-antwoord waarmee ze de oplossing elimineert. Wel zegt ze dat ze deze situatie niet langer meer kan verdragen. Minke merkt dat de gesprekken met Shaima haar veel energie kosten, en ze ervaart dit als een probleem. Toch blijft ze vanuit het appel wat op haar wordt gedaan, uitgaan van haar rol als hulpverlenende professional en haar deskundigheid waardoor ze de gesprekken blijft voortzetten. Ze probeert elk gesprek met volle moed, geduld en nieuwe ideeën, zoals een leuk maatjesproject, aan te gaan.

Wanneer een van de universele waarden van een persoon onder druk komt te staan, gaat deze een bepaalde last ervaren (Broeckhorst & Tuyens, 1995). Vanuit interactioneel denken en werken wordt ervan uitgegaan dat het helder krijgen van en het ervaren van de last zorgt voor de intrinsieke motivatie om te veranderen. Motivatie ontwikkelt zich in interactie tussen 'ik' en 'de ander'. Vragen naar de last zorgt namelijk voor bewustwording, erkenning van de eigen hulpvraag en voorkomt dat de hulpvraag in de dramadriehoek terecht komt (Truyens & De Ruig, 2018).

Aan de hand van de casus kun je concluderen dat het spaak is gelopen bij het formuleren van een hulpvraag, oftewel hetgeen Shaima wil veranderen. Dit bepaalt naar mijn mening namelijk de effectiviteit van de hulpverlening. Om een goede hulpvraag te formuleren moet duidelijk worden wat de last is die de hulpvrager ervaart. Wanneer je samen met de cliënt consensus hebt over de last en deze koppelt aan de hulpvraag en het doel van de hulpverlening, voelt de cliënt zich gehoord. Ook krijgt de professional het mandaat om zich in te laten met de cliënt en blijft het eigenaarschap van het probleem en de verandering bij de cliënt. Om de last helder te krijgen, is het belangrijk om negatieve emoties uit te vragen. Een negatieve emotie werkt namelijk als motivatie om van een last af te komen, en geeft nieuwe richting aan wat men dan wel wil. Door hierop door te vragen, kun je de cognitieve dissonantie die heerst uitvragen. Cognitieve dissonantie is de onaangename spanning die iemand ervaart bij tegenstrijdige overtuigingen. Dit maakt dat iemand voor een dilemma staat, waardoor de veranderkracht gelijk is aan de stilstandende kracht (Boeckhorst & Truyens, 1995). Dit is terug te zien in de casus. Shaima wil graag dat de situatie verandert, zij is er echter van overtuigd dat de schuld van de situatie bij anderen ligt en dat de situatie niet kan worden veranderd. Hier gaat het om de juiste positionering van Minke en de invloed die zij uitoefent in de interactie met dit type cliënt.

Frans Broeckhorst en Jos Truijens hebben een model ontworpen dat drie interactietypen onderscheidt. Hulpverleners kunnen hiermee interacties analyseren die zij hebben met hun cliënten.



Figuur 1 Drie interactietypen (Boeckhorst & Truyens, 1995)

Interactietype 1

Wanneer je een type 1 interactie hebt, is de samenwerkingsrelatie positief. Gezinsleden tonen initiatief, zijn actief, zijn eenduidig geïnteresseerd in verandering en zien zichzelf als onderdeel van de oplossing. Bij een type 1 interactie heeft de cliënt last van een probleem, ziet zichzelf als eigenaar van het probleem waarvoor hij hulp zoekt, is bereid om te veranderen, maar weet niet hoe. Wat mist is de juiste informatie of de juiste steun om daadwerkelijk te veranderen (Boeckhorst & Truyens, 1995).

Interactietype 2

Bij een type 2 interactie staat de cliënt voor een dilemma. 'De veranderkracht van de cliënt is in evenwicht met de homeostatische kracht: er is sprake van stilstand' (Boeckhorst & Truyens, 1995). De cliënt zit dus klem. Wanneer de hulpverlener aanstuurt op verandering zal de cliënt reageren met argumenten waarom een verander-actie niet kan worden uitgevoerd, of waarom de cliënt de

opdracht van vorige week is vergeten te maken, of reageert de cliënt met 'ja maar ...'. Er wordt duidelijk dat de cliënt ambivalent is ten aanzien van de voorgestelde verandering. De cliënt kan geen keuze voor verandering maken. Deze reactie van een cliënt wordt in het algemeen ervaren als 'procedure weerstand' (Leahy, 2001).

De weerstand is niet primair gericht naar de hulpverlener, maar naar de verandering. Dit maakt dat de verandering die de hulpverlener nastreeft stagneert. Hierdoor kan de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener onder druk komen te staan. Het bewust worden van dit soort patronen in de interactie kan de hulpverlener helpen om in te zien dat er sprake is van een stilstand-situatie, die niet zomaar kan worden opgelost. Vaak komen dit soort interactiepatronen voort uit angst voor de verandering, het onbekende en de onzekerheid van de verandering. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de cliënt ervoor kiest dit te vermijden. 'De cliënt weet wat hij heeft, niet wat hij ervoor terugkrijgt' (Boeckhorst & Truyens, 1995). Een cliënt zou ervoor kunnen kiezen zijn huidige gedrag voort te zetten of de bestaande situatie laten voortduren, en om dan de verandering te benadrukken kan averechts werken (Boeckhorst & Truyens, 1995).

Interactietype 3

Bij dit interactietype vertoont de cliënt een duidelijke lijdensdruk, maar zegt in feite: 'Ik vraag om hulp, maar ik wil niks veranderen.' Er is meestal sprake van starheid in denken, voelen en doen en veelal chronische problematiek (Boeckhorst & Truyens, 1995). Waar bij type 2 de homeostatische kracht gelijk staat aan de veranderkracht, is bij dit type de homeostatische kracht groter dan de veranderkracht. In dit geval is het zinvol om het probleem van de cliënt te herkaderen als een 'niet te veranderen'-probleem. Wanneer de hulpverlener gericht is op verandering, terwijl de cliënt geen verander-actie op gang brengt, creëert de hulpverlener mogelijk zélf een onoplosbare situatie. Het aanbieden van verander-opties, verandering van de cliënt te vragen en de pogingen tot oplossing van het gepresenteerde probleem, kunnen leiden tot impasses. 'Het komt vaak voor dat door het niet onderkennen van het dilemma-gehalte van een probleem, de begeleider goedbedoelde verander-adviezen geeft die vervolgens tot een type III interactie leiden. De geboden oplossing versterkt dan het niet-veranderen, oftewel "de oplossing wordt het probleem"' (Boeckhorst & Truyens, 1995). De mogelijkheden van de begeleider om de ondersteuning van dit type interactie effectief en efficiënt te laten zijn, zijn nihil. De manoeuvreerruimte van de begeleider is vrijwel afwezig (Boeckhorst & Truyens, 1995).

Wanneer we weer kijken naar de casus zou je kunnen zeggen dat Shaima in een type 2 interactie zit. Zoals gezegd kun je insteken op gedragsverandering vanuit een directe en een indirecte werkwijze. Hieronder wordt het verschil tussen direct en indirect werken inzichtelijk gemaakt en toegepast op de casus.

Direct en indirect werken

Indien de hulpverlener tips, uitleg, adviezen en instructies geeft, noem je dit direct werken. Wanneer een hulpverlener in de interactie met de cliënt voldoende manoeuvreerruimte ervaart en hij dus voelt invloed te hebben, kunnen directe interventies gebruikt worden. Deze manoeuvreerruimte is er wanneer er tussen de hulpverlener en cliënt consensus bestaat over de (her)definiëring van de last, het doel en de hulpvraag. Deze manier van werken gebruik je wanneer

er een samenwerking met de cliënt ontstaat waarin de cliënt zicht krijgt in de ontwikkeling van zijn of haar probleem en het merkbaar wordt dat de cliënt hier uitvoering aan geeft. Interactietype 1 is een interactie waarbij er met directe verandertaken op congruente wijze met de cliënt gewerkt kan worden. De begeleider geeft advies voor de oplossing van het probleem en de cliënt voert het advies uit.

Een indirecte werkwijze pas je toe wanneer de hulpverlener merkt dat:

1. er in de interactie weinig of geen manoeuvreerruimte is;
2. in samenwerking met de cliënt geen inzicht in de ontwikkeling van het probleem ontstaat;
3. merkbaar is dat de cliënt geen uitvoering geeft aan tips, uitleg, adviezen en instructies van de hulpverlener en het moeite kost consensus te krijgen over de last, het eigenaarschap hiervan, het doel van de gewenste verandering en de hulpvraag.

Bij het gebruik van indirecte interventies voorkom je strijd met de cliënt en blijf je uit de dramadriehoek. Direct werken ontketent bij dit cliënttype mogelijk een averechtse reactie. Indirecte interventies zijn bijvoorbeeld suggereren om hetzelfde te blijven doen, metafore communicatie, absurde taken geven, mensen aanraden om niet te veranderen. Dit is een andere manier van invloed uitoefenen op de interactie.

Wanneer we kijken naar de casus is te zien dat er tussen Minke en Shaima geen overeenstemming is over de last, de hulpvraag en het doel. Shaima staat voor een dilemma. Enerzijds geeft ze aan dat ze de huidige situatie niet meer kan verdragen, anderzijds veronderstelt ze dat er geen oplossing is. Hierbij is een indirecte werkwijze gewenst. Het is van belang dat de hulpverlener zelf geen verandering nastreeft, mede in verband met de ethische complexiteit die bij dilemmaproblematiek een rol kan spelen (Miller & Rollnick, 2005). De nauwgezetheid waarmee de hulpverlener zonder te bekritisieren, te oordelen of te beschuldigen de cliënt uitnodigt om het dilemma nader te bestuderen, leidt er tevens toe dat de cliënt zich serieus genomen voelt.

Minke zou stil kunnen staan bij Shaima's dilemma: 'Je wilt van deze situatie af, maar er is ook geen oplossing voor.' Deze indirecte werkwijze kan leiden tot verandering van motivatie van Shaima om zélf met het probleem aan de slag te gaan, omdat argumenten voor verandering door haar zelf zullen worden aangedragen in plaats van door Minke. Het doel van de hulpverlening is het verhelderen van de intenties en motieven van de cliënt, de consequenties van het gedrag en de consequenties die anderen daaraan verbinden.

Conclusie

In deze whitepaper komt duidelijk naar voren dat er als gevolg van de transitie een nieuwe professional is ontstaan: de wijkteamgeneralist. Deze professional dient invulling te geven aan de transformatiedoelen, binnen de grote taak van het generalistisch werken in de nieuwe context van de wijk. Dit is een ingrijpende en complexe taak waarin een paradox is ontstaan tussen het belang van de alliantie tussen hulpverlener en cliënt voor de effectiviteit van de hulpverlening, en de hulpverleningsrelatie als mogelijke onderhoudende factor van de klacht. De complexiteit van de opdracht van de wijkgeneralist komt naar voren vanuit het onderzoek van Evelien Tonkens. De huidige invulling van werken vanuit het transformatiedoel 'het stimuleren van zelfredzaamheid'

blijkt volgens Tonkens niet effectief te zijn. De legitieme vraag hierbij is: Hoe positioneer je je als professional aan de hand van de transformatiedoelen, de eerdergenoemde paradox, binnen deze nieuwe context en de functie als generalist?

We dienen terug te gaan naar de basis en kern van de hulpverlening, en ons focussen op de professionalisering van de rol en de ontwikkeling van het vakmanschap van deze nieuwe professional, waarbij de hulpverleningsrelatie als uitgangspunt wordt genomen. Het enige waar wij als professionals direct invloed op kunnen uitoefenen is namelijk in het hier en nu en in de interactie tussen jou en mij. Dit is een kernachtige visie met betrekking tot interactie tussen mensen in het algemeen en is mijns inziens ook de grondslag van elke vorm van hulpverlening. Ik pleit voor een opleiding tot wijkteamgeneralist waarbinnen theorieën en technieken als het vragen naar de last, interactie typen, de drama driehoek en de Transactionele analyse, maar ook de transformatiedoelen, de wijk als context en de functie generalist centraal staan. Daarnaast is het van belang deze aspecten terug te laten komen in de praktijk van het werken in het sociale domein. De training 'Interactioneel denken en werken binnen het sociale domein' is hier een goed voorbeeld van. Door middel van dit pleidooi hoop ik invloed uit te kunnen oefenen in het hier en nu tussen jou en mij, en zo een verandering te bewerkstelligen.

Dot van de Kant is werkzaam bij Lokals als gezinswerker bij het buurtteam Jeugd en Gezin gekoppeld aan voortgezet onderwijs en speciaal onderwijs. Dit whitepaper heeft zij geschreven in het laatste jaar van haar opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (2019).

Literatuur

Arum, S. van, Verweij, S., & Veer, K. van der (2018). *Wat werkt bij integraal werken in de wijk*. Geraadpleegd op 6 maart 2019, van www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/wat-werkt-bij-integraal-werken-wijk%20%5BMOV-13879272-1.0%5D.pdf.

Boeckhorst, F., & Truysens, J. (1995). *Reader & draaiboek opleiding systeemtherapie (TTK)*.

Nijmegen/Duivendrecht: Instituut voor Systemische Psychotherapie (ISP).

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.

Gemeente Utrecht (1). *Drie sporen*. Geraadpleegd op 1 maart 2019, van <https://zorgprofessionals.utrecht.nl/zorgmodel/>.

Gemeente Utrecht (2). *Informatie voor professionals – Zorgmodel*. Geraadpleegd op 1 maart 2019 van <https://zorgprofessionals.utrecht.nl/zorgmodel/>.

Gemeente Utrecht (3). *Zorg voor jeugd*. Geraadpleegd op 1 maart 2019, van <https://zorgprofessionals.utrecht.nl/zorg-voor-jeugd/>.

Janssens, J.M.A.M. (2015). Transitie en transformatie in de jeugdzorg. *Kind en adolescent in de jeugdzorg*, 4.

Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

Libbrecht, B., & Pieters, A. (2014). *Gedeelde zorg: Veerkrachtige netwerken, snel zonder hulpverlening*. Tiel: Lannoo.

Lokalis (2014). *Een geleid projectiel*. Werkdocument Buurtteams Jeugd & Gezin Utrecht. Utrecht: Auteur.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.

Movisie (15 april 2015). *Transitie jeugdzorg: een overzicht*. Geraadpleegd op 1 maart 2019, van www.movisie.nl/artikel/transitie-jeugdzorg-overzicht?gclid=EAlalQobChMjPybrtvr2QIVKrfCh1faAUZEAAyAAEgLWsvD_BwE.

Nederlands Jeugdinstuut (2019). De jeugd- en gezinsprofessional. Geraadpleegd op 10 maart 2019, van www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Wijkteams/Wijkprofessional/De-jeugd-en-gezinsprofessional.

Reus, L. (2014). Van verzorgingsstaat-professional naar civil society-professional (Master thesis). Utrecht: Universiteit Utrecht.

TEDxObserver (2012, 11 maart). Robin Dunbar – Can the internet buy you more friends? Geraadpleegd op 20 maart 2019, van www.youtube.com/watch?v=07lpED729k8.

Tonkens, E. (2020). Biografie en cv. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van www.evelientonkens.nl/portfolio/biografie/.

Tonkens, E., & Duyvendak, J.W. (2018). Decentralisaties bedreigen democratie, professionaliteit en solidariteit. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van www.socialevraagstukken.nl/decentralisaties-bedeigen-democratie-professionaliteit-en-solidariteit/.

Truyens, J., & Ruig, S. de (2018). *Cursus: Interactioneel denken en werken in sociale systemen* (reader). Utrecht: Stichting JIM en ISP.

Vriesema, I. (interviewer) (12 september 2018). Wie hulp nodig heeft, heeft weinig aan een netwerk. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van www.nrc.nl/nieuws/2018/09/12/wie-hulp-nodig-heeft-heeft-weinig-aan-een-netwerk-a1616264.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Londen: Lawrence Erlbaum.

Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van discussie. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Rapport-AlgemeenWerkzameFactoren.pdf.



Circulaire zorg

Van JIM-aanpak naar een nieuwe kijk op jeugdhulpverlening

De JIM-aanpak is overal te vinden: op school, in de buurt, in jeugdzorg en in de ggz. Minderjarige vluchtelingen hebben een JIM, net als zwerfjongeren, pleegkinderen en jongeren met een (verstandelijke) beperking. Sinds de verschijning van *De JIM-aanpak* in 2016 werken steeds meer mensen met JIM (Jouw Ingebrachte Mentor). Ruim veertig instellingen zijn inmiddels getraind in deze nieuwe benadering. *Circulaire zorg* laat zien waar JIM nu staat en welke mogelijkheden er zijn voor een nieuwe kijk op de jeugdhulpverlening.

Meer informatie over deze uitgave vindt u op boompsychologie.nl.

© 2020 Boom uitgevers Amsterdam. Dit whitepaper is vrij te gebruiken voor niet-commerciële doeleinden. Voor commercieel gebruik dient u contact op te nemen met Boom uitgevers Amsterdam, info@boompsychologie.nl of (020) 524 45 14.