

VAN ZORGZWAARTEPAKKET NAAR VOLLEDIG PAKKET THUIS: DE ONTWIKKELING VAN HET BEHANDELGEZIN

Ilze Wiegeraad¹

Juvent behandelt en begeleidt kinderen met gedragsproblemen en een specifieke begeleidingsvraag. Een behandelgezin van Juvent is bedoeld voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking, waarbij de problemen dusdanig zijn dat een kind moeilijk kan functioneren in een regulier (pleeg)gezin en wonen op een behandellocatie van Juvent niet de voorkeur heeft. (Flyer behandelgezinnen Juvent).

“Het ‘werken’ aan bepaalde doelen samen met je pleegkind (en Juvent) is een uitdaging. Het is fantastisch dat je daardoor een aandeel mag leveren in het ‘vormen’ van een kind. Wanneer je daar op terugkijkt en je ziet dat de gewenste doelen zijn bereikt, geeft dat enorm veel voldoening. Dat is eigenlijk niet uit te leggen! Het bieden van voorspelbaarheid, structuur, rust, regelmaat en vooral liefde zorgt voor dat stukje veiligheid wat een kind met een beperking en/of autisme nodig heeft. En omdat een kind daar recht op heeft, streef je daarnaar.” (citaat van Familie Flikweert uit Kerkwerve, behandelgezin bij Juvent).

Inleiding

Oplopende wachtlijsten bij het orthopedagogische behandelcentrum (OBC) binnen Juvent hebben er voor gezorgd dat men naar alternatieve woon- en behandel mogelijkheden is gaan zoeken. In 2009 is er een werkgroep Pleegzorg/LVB opgericht. Hierin namen o.a. deel de clustermanager pleegzorg/residentieel, gedragsdeskundigen pleegzorg/residentieel en een pleegzorgbegeleider. In eerdere contacten met de William Schrikker Groep, kwam hun product ‘Thuis op maat’ ter sprake. De werkgroep is zich gaan verdiepen in dit product. Naar aanleiding hiervan zijn er contacten gelegd met verschillende andere instellingen die ook al een dergelijke module aan het ontwikkelen waren. Tijdens deze gesprekken bleek dat het product werkte. De werkgroep is verder gaan onderzoeken hoe er een samenwerking zou kunnen gaan plaatsvinden tussen de afdeling Pleegzorg en Gehandicaptenzorg.

Het doel van dit onderzoek was antwoord te krijgen op de vooraf opgestelde vragen die gericht waren op de manier waarop pleegzorg vorm zou moeten krijgen binnen de AWBZ (rekening houdend met financiën, productie etc.). Daarnaast werd er onderzocht of er kinderen vanuit residentieel doorgeplaatst zouden kunnen worden naar een pleeggezin als de hulpverlening er anders uit zou zien en werd er gekeken naar het aantal LVB-kinderen die in pleegzorg zitten en mogelijk een behandelvraag hebben.

Bij dit onderzoek is de volgende definitie van een LVB gehanteerd: jeugdigen met een IQ tussen de 50 en 85, alsmede met beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen.

¹ Ilze Wiegeraad is als orthopedagoog werkzaam bij Juvent Jeugd & Opvoedhulp, Zeeland. Correspondentie: i.wiegeraad@juvent.nl

Start

In totaal zijn er drie inventarisaties gehouden binnen het pleegzorgbestand van Juvent in de periode van 2009-2010. De eerste inventarisatie was om na te gaan of er kinderen binnen pleegzorg verblijven die (mogelijk) een verstandelijke beperking hebben (IQ <85). Dit waren ongeveer 50 kinderen. Dit betekent echter niet automatisch dat deze kinderen ook behoren tot de LVB-doelgroep.

Bij de tweede inventarisatie is er een aantal vragen opgesteld die aan de pleegzorgbegeleiders zijn gesteld. Doel was om een beeld te krijgen of deze 50 kinderen mogelijk tot de LVB-doelgroep behoren, of er al een aanvullend hulpaanbod is, of er mogelijk sprake is van probleemgedrag en of er behoefte is aan extra ondersteuning. Dit leverde het volgende globale beeld op:

- er verblijven 54 kinderen met een IQ <85 binnen pleegzorg;
- bij nog eens 31 kinderen is er een vermoeden van een IQ <85;
- 43 van de 85 kinderen hebben mogelijk gedragsproblemen;
- 29 van alle 85 gezinnen hebben mogelijk behoefte aan extra ondersteuning.

Omdat het beeld dat we uit de tweede inventarisatie kregen nog te globaal was, is er een derde inventarisatie gehouden. Er zijn interviews afgenomen bij pleegouders met (een) pleegkind(eren) met een verstandelijke beperking. Het interview is afgenomen door de pleegzorgbegeleiders. Het afnemen van de interviews was niet altijd mogelijk i.v.m. het starten van een nieuwe pleegzorgbegeleider. Verder maakte het afnemen van de interviews veel vragen en emoties los bij pleegouders. De volgende vragen werden tijdens het interview gesteld:

- Heeft het kind/de jongere een licht verstandelijke beperking (IQ 50-85)?
- Stagneert de ontwikkeling van het kind?
- Zijn er specifieke zorgen over het kind?
- Waar lopen pleegouders tegenaan in de omgang met het kind?
- Is er bij pleegouders behoefte aan ondersteuning?

De volgende (voorlopige) conclusie is daaruit naar voren gekomen:

- Er zijn 12 jongeren die in aanmerking komen voor de module Behandelgezin;
- Er zijn 18 jongeren die *of* nu niet in aanmerking komen voor een behandelgezin door hun leeftijd, *of* gebaat zijn bij een andere LVB-hulpvorm.

Een deel van de pleegkinderen is jonger dan 6 jaar of is (bijna) 18 jaar. Om inhoudelijke redenen hebben we deze groep cliënten niet betrokken in het Behandelgezinproject, maar is ons advies om voor deze kinderen een ander (passend) aanbod te doen.

Vanuit de inventarisaties is besloten om verder te gaan onderzoeken op welke wijze de module/het project Behandelgezin vorm kon krijgen binnen Juvent. De werkgroep kwam met de volgende adviezen:

- Een structureel samenwerkingsprogramma opzetten tussen de afdeling Pleegzorg en Gehandicaptenzorg, met als doel uitwisseling tussen de verschillende afdelingen en deskundigheidsbevordering voor pleegzorgbegeleiders.
- Nader onderzoek binnen de huidige pleeggezinnen om de doelgroep kinderen met een verstandelijke beperking beter in beeld te krijgen (IQ, aanvullende problematiek, hulpvraag enz.) met als doel een beter hulpaanbod.
- Deskundigheidsbevordering aanbieden aan pleegouders met een pleegkind met een verstandelijke beperking, maar waarbij geen behandelvraag aanwezig is.
- Verder vormgeven aan behandelgezinnen, hierbij duidelijkheid gaan krijgen over indicaties, productie en financiën etc.

Uiteindelijk is er een start gemaakt met bestaande pleeggezinnen waarbij een LVB-pleegkind woonde. Voorafgaand zijn er gesprekken met deze gezinnen gevoerd om goed na te gaan of ze in staat waren om te voldoen aan wat de specifieke verwachtingen van een behandelgezin zijn. Deze verwachtingen liggen onder andere op het gebied van kennis en vaardigheden m.b.t. LVB-problematiek, de huisbezoekfrequentie die omhoog gaat, overleggen waarbij verwacht wordt dat de behandelouders aanwezig zijn, observatievermogen van behandelouders etc. Tevens is er actie ondernomen op het gebied van werving en matching van kinderen/jongeren die op het OBC wonen binnen Juvent, met als doel een inventarisatie te maken van kinderen/jongeren die naar een behandelgezin zouden kunnen. Daaruit zijn meerdere matchingen gekomen waarvan eentje van een broer en zus. Zij zijn samen vanuit het OBC in het behandelgezin geplaatst. Hieronder volgt hun verhaal.

“Kees en Mariska (nu 12 en 13 jaar oud) zijn 5 jaar geleden op onze behandelgroep komen wonen. Ze kwamen vanuit de thuissituatie, waarin het niet goed ging met hun ontwikkeling. Toen ze eenmaal gewend waren om op de behandelgroep te wonen, hebben we samen met hen gewerkt aan hun ontwikkeling op verschillende gebieden, onder andere aan hun weerbaarheid en sociale en emotionele vaardigheden. Beide kinderen lieten in spel over zich heen lopen en ze waren niet gewend hun emoties te tonen en hier op de juiste manier mee om te gaan. Tijdens hun periode op de groep hebben ze hier hard aan gewerkt en zijn ze erg vooruitgegaan op deze gebieden. Kees en Mariska vonden het heel gezellig op de groep, er was altijd iemand om mee te spelen en ze waren erg geliefd bij de andere kinderen. Ook waren ze gehecht aan de groepsleiding. Maar op een groep zijn veel wisselingen, zowel van groepsleiding als van kinderen. En soms kan het ook erg druk zijn, bijvoorbeeld als een ander kindje boos was. Hier hadden Kees en Mariska af en toe ook last van. Zelf zouden ze wat meer rust willen en wat meer vaste gezichten om zich heen.

De groep heeft samen met ouders en Bureau Jeugdzorg gekeken naar hun toekomstperspectief; waar kunnen Kees en Mariska het beste wonen? Terug naar huis bleek geen optie en het was wenselijk om broer en zus bij elkaar te houden.

Gezien hun ontwikkeling en vaardigheden zouden Kees en Mariska goed moeten kunnen functioneren in een pleeggezin.

Vervolgens is er hard gezocht naar een passend gezin voor Kees en Mariska. Toen dit gevonden was, en er een klik bleek, zijn er vanaf dat moment afspraken gemaakt met de groep en het gezin over verdere kennismaking. De groep is vervolgens hard aan de slag gegaan om Kees en Mariska voor te bereiden op de komende verhuizing. Wonen op een groep is anders dan wonen in een gezin. Zo hanteren ze op de groep een vaste dagelijkse routine, afspraken over douchetijden, werken aan doelen en worden er doelenkaarten ingevuld. Ze moesten wennen om het zonder dit te stellen.

We hebben dit stap voor stap afgebouwd; zo mochten ze zelf meer nadenken over hun dagindeling, douchetijd en gaven we hen ook meer eigen verantwoordelijkheden, zoals alleen fietsen naar sportclub en vrienden.

Er was zeker nog aandacht voor de leerpunten van beide kinderen. Ook al hadden ze geen doelenkaart meer, sommige vaardigheden moesten nog wel uitgebreid worden. Dit is tijdens de overdracht naar het gezin besproken. Deze vaardigheden zijn vervolgens omgezet in behandeldoelen waar in het behandelgezin aan gewerkt zou gaan worden.

Dicht naar de verhuisdatum toe werd er al druk ingepakt. Voor de kinderen kon het niet snel genoeg gaan! Op de groep werd de laatste avond een afscheidsfeest georganiseerd en daarna moesten we echt afscheid nemen!

Kees en Mariska zijn in een behandelgezin in de buurt geplaatst, waar ze ondertussen alweer 2 jaar wonen. Doordat ze in de buurt bleven wonen, kwamen ze af en toe nog eens langs op de groep om te spelen met een oud-groepsgeenoot of om gewoon nog even bij te kletsen. Voor het gezin zijn wij altijd bereikbaar geweest om eventuele vragen te beantwoorden.”

Behandelgezin

Een pleeggezin wordt niet zomaar een behandelgezin. Vanwege de beperkingen die een LVB met zich meebrengt en de veelal bijkomende en langdurige problematiek is er vaak nogal eens specifieke zorg nodig (Zoon, 2012).

De procedure voor aanmelding binnen Juvent ziet er in het kort als volgt uit: met de juiste indicatie wordt het kind of de jongere aangemeld bij de cliëntenservice van Juvent. Vervolgens beoordeelt de zorgplanner of alle informatie aanwezig is. De benodigde informatie is in ieder geval:

- Verslaglegging van een IQ-test, waarbij het totaal IQ tussen de 50 en 85 valt. De verslaglegging mag niet verouderd zijn (voor kinderen tot 5 jaar is dit maximaal 1 jaar oud, van 5 tot 10 jaar maximaal 2 jaar oud en van 10 tot 18 jaar is dit maximaal 3 jaar oud).
- Beschrijving van de gedragsproblemen.
- Beschrijving van het functioneren op alle levensgebieden.
- Behandeladvies en behandeldoelen.
- Motivatie/onderbouwing van wat er nodig is (noodzaak tot multidisciplinaire behandeling door een LVB-behandelinstelling), dus ook waarom de specifieke expertise van een LVB-behandelinstelling nodig is (problemen moeten voortkomen uit de beperking).

Wanneer alle informatie verzameld is, zorgt de zorgplanner ervoor dat de aanmelding besproken wordt in het screeningsoverleg voor behandelgezinnen. Wanneer de gedragsdeskundige akkoord gegeven heeft, wordt het kind/jongere op de matchingslijst gezet. Tijdens een matchingsoverleg wordt het kind/jongere toegewezen aan een zorgplanner die de matching doet. Wanneer er een match gemaakt is, geeft de zorgplanner dit door aan de gedragsdeskundige. De gedragsdeskundige zal het gezin dan nog screenen aan de hand van competenties die specifiek gehanteerd worden om behandelgezin te kunnen zijn. Wanneer de screening akkoord is, volgt er een startgesprek met het behandelgezin en alle betrokkenen. Na het startgesprek wordt het behandelplan opgesteld en zal de behandeling in het gezin van start gaan.

Binnen de behandelgezinnen en de begeleiding van het behandelgezin wordt gekeken naar de werkzame factoren, zoals beschreven door De Wit, Moonen en Douma (2011). De werkzame factoren zijn:

1. uitgebreidere diagnostiek
2. afstemmen van de communicatie
3. concreet maken van de oefenstof
4. voorstructureren en vereenvoudigen
5. netwerk en generalisatie
6. veilige en positieve leeromgeving

Uitgebreidere diagnostiek

In veel gevallen is er al uitgebreide diagnostiek gedaan, waaruit blijkt dat er sprake is van LVB-problematiek (IQ-indicatie en sociale aanpassingsproblemen). In andere gevallen is er alleen een IQ-onderzoek gedaan. Wanneer dit het geval is, wordt gekeken welk onderzoek nog nodig is om zicht te krijgen op met name het sociaal aanpassingsvermogen.

Afstemmen van de communicatie

Het afstemmen van de communicatie gebeurt voornamelijk in de begeleiding van pleegouders/opvoedouders. De begeleider is in staat psycho-educatie te geven, en verwachtingen, risico op overvraging en/of overschatting bespreekbaar te maken. Tevens heeft de begeleider extra ruimte om gesprekken te voeren met het kind/jongere om juist in te kunnen schatten wat de behoefte is van het kind/jongere en zo op een juiste manier af te kunnen stemmen.

Concreet maken van de oefenstof

De behandeling van het kind/jongere wordt omschreven in een behandelplan. Hierin staan langere termijn doelen, maar ook korte termijn doelen. De korte termijn doelen worden dusdanig omschreven dat ze zeer klein zijn en haalbaar moeten kunnen zijn voor het kind/jongere om aan te werken. De doelen worden SMART geformuleerd, wat zorgt voor concrete meetbare doelen (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden).

Voorstructureren en vereenvoudigen

Een groot aandachtspunt tijdens de begeleiding is het voorstructureren van situaties in het gezin. In gezinssituaties is dat niet altijd mogelijk, maar er wordt zo veel mogelijk gekeken in welke situaties het wel kan en op welke manier het dan wenselijk is. Belangrijk is namelijk dat het voor het gezinssysteem goed te hanteren is, hierdoor heeft iedereen er baat bij.

Netwerk en generalisatie

Binnen de behandelgezinnen wordt het netwerk van het kind/jongere in kaart gebracht door gebruik te maken van een genogram, sociogram of netwerkschema. Zoveel mogelijk wordt het netwerk betrokken bij de behandeling van het kind/jongere. Dit gebeurt door betrokkenen met name uit te nodigen bij overlegmomenten.

Veilige en positieve leeromgeving

Het gezinssysteem wordt door de begeleiders veelal bevraagd op veiligheid, volgens het protocol dat binnen Juvent gehanteerd wordt. Bovendien krijgt het kind/jongere dagelijks te maken met leermomenten in de gezinssituatie. Tevens wordt er, wanneer er een hulpvraag ligt ten aanzien van schoolkeuzes etc., intensief vanuit Juvent meegekeken en meegedacht samen met de behandelouders en het kind/jongere.

Theorie

De specifieke zorg die nodig blijkt te zijn bij sommige kinderen/jongeren die al in een pleeggezin wonen of kinderen/jongeren die vanuit een behandelgroep naar een behandelgezin verhuizen, wordt binnen de module Behandelgezin vormgegeven. Er wordt in eerste instantie een analyse gemaakt van de al aanwezige diagnostische gegevens. Is dit niet aanwezig dan wordt er een intern diagnostisch onderzoek aangevraagd. Tevens worden competenties van het kind/jongere in kaart gebracht. Het in kaart brengen van de competenties is voor de kinderen/jongeren die vanuit de behandelgroep komen niet nieuw. Zij hebben gewerkt met het Sociaal CompetentieModel, waarbij hun vaardigheden en mogelijkheden (veelal) duidelijk zijn geworden.

Met deze vaardigheden wordt binnen het behandelgezin verder gewerkt, maar niet met het Sociaal CompetentieModel, zoals het op de behandelgroepen wordt gehanteerd. Het is namelijk niet de bedoeling dat het behandelgezin een 'behandelingsinstituut' wordt.

Op de behandelgroepen wordt gebruik gemaakt van de volgende vijf basiselementen (Slot & Spanjaard, 2006):

- de fysieke omgeving; dagelijkse routine en huisregels,
- methodisch handelen van groepsleiders in het leven van alledag,

- fasering en feedbacksysteem,
- assessment en behandelplanning,
- aanvullende behandeling door specialisten.

Binnen de behandelgezinnen richten we ons op de fysieke omgeving, de eventuele aanvullende behandeling door specialisten en proberen we de behandelouders zoveel mogelijk methodisch te laten handelen in het leven van alle dag. Het methodisch handelen bestaat in de basis voornamelijk uit specifiek opvoeden. Ieder kind dat enige tijd behoefte heeft aan specifiek opvoeden is anders (Kok, 1999). Hierbij wordt er gekeken naar de balans tussen de ontwikkelingstaken en vaardigheden van het kind. In de gezinssituatie ziet het Sociaal CompetentieModel er dus iets anders uit. De kern is echter wel hetzelfde, omdat ook in het behandelgezin vooral gekeken wordt naar het bekrachtigen van de vaardigheden en het stimuleren en versterken van de minder goede vaardigheden van het kind.

Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van pleegzorg. Deze onderzoeken zijn verschillend in methode van dataverzameling, in opzet en in de onderzoeksgroep. Het is daarom moeilijk hier conclusies uit te trekken. Wat wel gezegd kan worden, is dat het van belang is dat de behoeften van het pleegkind (in dit geval een kind met LVB-problematiek) passen in de natuurlijke leefsituatie en de opvoedingsvaardigheden van de pleegouder. Voldoende steun en goed grenzen kunnen stellen, lijken de plaatsing positief te kunnen beïnvloeden (De Baat, & Bartelink, 2012). Binnen een behandelgezin zal een kind meer kans krijgen om (opnieuw) een gehechtheidsrelatie aan te gaan. Binnen een behandelgroep is daar minder gelegenheid voor. Hierdoor zijn kinderen meer gebaat bij een gezinsopvoeding als het gaat om gehechtheid en het verbeteren van gehechtheid (Van den Dries, Juffer, Van IJzendoorn, & Bakermans, 2009).

Kinderen met een LVB hebben dezelfde basisbehoefte om zichzelf te hechten als mensen zonder een LVB. De beperking van het kind, maar ook de vaak aanwezige LVB van de ouder(s), beïnvloeden de totstandkoming van hechting negatief. Kinderen met een LVB hebben daarom een verhoogd risico op hechtingsproblemen (Janssen & Schuengel, 2006).

Er is op drie vlakken sprake van een verhoogd risico (De Beer, 2011):

- op het gebied van contactlegging: het is moeilijker voor een kind om een gezonde hechtingsrelatie aan te gaan met een ouder wanneer er sprake is van een beperking. Vanuit het kind ontstaat hechting als het een cognitieve leeftijd tussen de 10 en 12 maanden heeft bereikt. Bij een kind met een LVB is er sprake van een vertraagde ontwikkeling, wat invloed heeft op het hechtingsproces. In zijn gedrag kan een kind ongewoon gedrag laten zien waardoor de opvoeding stressvol is. Hierdoor is het ook moeilijker om een positieve interactie aan te gaan met het kind. Dit kan tot gevolg hebben dat het contact voor de opvoeder als teleurstellend voelt waardoor het moeilijker wordt om liefdevol en gevoelig naar het kind te reageren.
- op het gebied van verwerking: het hebben van een kind met een LVB is vaak een teleurstelling voor ouders en vraagt om verwerking. Verwerkingsproblemen van ouders, zo blijkt uit onderzoek, hangen samen met onveiligheid in de hechtingsrelatie. Verwerkingsproblemen tasten de gevoeligheid om adequaat te reageren op het kind aan. En juist die adequate reactie (troosten bij verdriet, beschermen als het bang is etc.) is de basis van hechting. Tevens vraagt een kind met een LVB om acceptatie van zijn beperking en ook specifieke vaardigheden van zijn opvoeders om met de beperkingen om te gaan.
- op het gebied van sensitiviteit: dit is vooral een risico als ouders zelf een LVB hebben. Zij hebben namelijk meer moeite met het adequaat reageren op de signalen die hun kind afgeeft. Het overzien van een complexe situatie, wat opvoeden is, is erg moeilijk voor mensen met een LVB. De hechting van een kind met een LVB met zijn ouders die ook een LVB hebben komt hierdoor moeilijk tot stand.

Vroeger werd gedacht dat een verstoorde hechtingsrelatie niet meer te herstellen was wanneer de hechting in de eerste twee jaar niet goed verliep. Inmiddels weten we dat dit nog wel mogelijk is. Het gaat echter een stuk trager en moeilijker en wordt steeds moeilijker naarmate een kind ouder wordt. Wanneer een kind of jongere met een LVB in een behandelgezin geplaatst kan worden, met zoals eerder gezegd meer mogelijkheden om een hechtingsrelatie aan te gaan, dan gaat daar de voorkeur naar uit. Hierdoor geef je het kind of de jongere een mogelijkheid om zich op vele gebieden verder te ontwikkelen. Van belang is dat de behandelouders in staat zijn sensitief en responsief te reageren. Uit onderzoeken blijkt dat 50% van kinderen met een ontwikkelingsstoornis of een verstandelijke beperking een veilige gehechtheidsrelatie kan ontwikkelen met zijn ouders/verzorgers (Wijnroks, 2004).

LVB-problematiek omvat niet alleen hechtingsproblemen. Bij jeugdigen met een LVB is er ook geregeld nog sprake van bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, medisch-organische problemen en problemen in gezin en sociale context. Deze bijkomende problemen kunnen tot uiting komen in ernstige gedragsproblemen. Vaak leidt dit vervolgens tot chroniciteit/langdurige behoefte aan ondersteuning van het kind/jongere (Moonen & Verstegen, 2006).

Praktijk

Om de alomvattende LVB-problematiek op een goede manier te kunnen hanteren binnen een gezinssituatie, wordt er een intensieve begeleiding aan de opvoedouders geboden en behandeling aan het kind/jongere. Dat deze ondersteuning langdurig nodig is, blijkt uit vele onderzoeken en praktijkvoorbeelden (Moonen & Verstegen, 2006; Zoon, 2012). In de praktijk hebben we echter te maken met de AWBZ-indicaties die worden afgegeven door het zorgkantoor. Afhankelijk van de tijdsduur van de indicatie, kunnen we de behandeling en begeleiding inrichten naar wat het kind/jongere en het gezin nodig heeft.

In de afgelopen periode en bij de start van de behandelgezinnen hebben we vanuit het zorgkantoor de zogenaamde ZorgZwaartePakketten (ZZP) toegewezen gekregen. Dit zorgde ervoor dat er voor ieder kind/jongere een zak met geld binnen kwam waarvan de behandeling voor het kind/jongere ingericht kon worden. Hiermee werd een plaatsing in een behandelgezin wat betreft de indicaties gelijkwaardig aan een plaatsing binnen een OBC.

Nu, ongeveer drie jaar later, na veel overleggen met het zorgkantoor, is besloten om voor de kinderen/jongeren die in een behandelgezin wonen een Volledig Pakket Thuis-indicatie af te geven (VPT). Met deze indicatie kunnen we op maat de behandeling van de kinderen invullen, waarbij we geen aanspraak doen op de residentiële voorziening. Binnen het ZZP is dat namelijk wel een component en binnen het Behandelgezin woont het kind/jongere in een gezin.

Het aantal kinderen/jongeren dat kan wonen in een behandelgezin zal op 12 liggen. Hopelijk kunnen we dit in de komende jaren wel uitbreiden, aangezien er nog steeds vraag is naar behandelgezinnen, zowel vanuit bestaande pleeggezinnen waar een LVB-kind/jongere woont, als vanuit de behandelgroepen.

“Het leuke aan het begeleiden van behandelgezinnen is dat je te maken hebt met pleegouders die er bewust voor kiezen om pleegkinderen met LVB-problematiek op te voeden. Deze pleegouders weten van tevoren dat dit pittig kan worden. Juist dat we vanuit Juvent extra begeleiding, in de vorm pleegzorgbegeleider en gedragsdeskundige, kunnen aanbieden maakt dat pleegouders dit aan durven gaan. We maken deze pleegouders onderdeel van het behandelteam door bewust

regelmatig met hen het behandelplan te bespreken. Ook bieden we vanuit Juvent intervisie voor pleegouders van behandelgezinnen en daar hebben ze veel profijt van. Pleegouders leren zo op een snelle en vrij eenvoudige manier van elkaar. Wat mij verder opvalt is dat deze pleegouders met wat meer afstand naar de problematiek van de pleegkinderen kunnen kijken. Aan de ene kant kunnen ze warmte en geborgenheid bieden en aan de andere kant kunnen ze met gepaste afstand naar het functioneren van het pleegkind in hun gezin kijken. Als pleegzorgbegeleider merk ik dat we met de behandelgezinnen goed kunnen volgen wat LVB-kinderen nodig hebben om te kunnen wonen in gezinsverband en hoe deze kinderen zich verder kunnen ontwikkelen. Pasgeleden zei een pleegvader van een behandelgezin nog tegen me: "Ik voel me ook een stukje jeugdzorg en dat vind ik prettig." (B.v.d. Veer, begeleider behandelgezinnen)

De begeleiders komen één keer per twee weken in het behandelgezin of vaker indien dat gewenst is. Tijdens deze bezoeken wordt het kind/jongere besproken; waar lopen behandelouders tegen aan, welke doelen zijn er gesteld etc., maar bijvoorbeeld ook wat hebben behandelouders nodig om meer inzicht te krijgen in de problematiek. Binnen Juvent bieden we dan ook voor de behandelouders extra themabijeenkomsten, psycho-educatie, intervisie en kunnen ze bovendien gebruik maken van allerlei faciliteiten.

In sommige gevallen maken de behandelouders behoorlijk wat kosten voor het kind. Zij kunnen bepaalde kosten declareren tot maximaal een bedrag van 150 euro per maand. Daarnaast ontvangen zij elke maand de pleegzorgvergoeding. De gedragsdeskundige heeft, in ieder geval gemiddeld één keer per maand, contact met de begeleider van het behandelgezin. Indien nodig is er wekelijks contact tussen de gedragsdeskundige en de begeleider. Tijdens het maandelijks werkoverleg wordt het kind/jongere en het systeem besproken; hoe verloopt het, waar liggen de vragen etc. Bovendien wordt er ook besproken hoe de begeleider in de situatie staat.

Er is sprake van een driemaandelijks cyclus van overleg over de behandeling in de vorm van een voortgangsoverleg en een evaluatie. Bij de voortgangsbesprekingen zijn de behandelouders aanwezig, de begeleider en de gedragsdeskundige. Wanneer de situatie dusdanig is dat ook andere betrokkenen uitgenodigd moeten worden, dan kan dit. Bij de evaluaties worden standaard alle betrokkenen uitgenodigd. Ook al woont het kind/jongere (tijdelijk) niet meer thuis, zijn de biologische ouders (waar mogelijk) en de (gezins)voogd nauw betrokken bij de behandeling van het kind.

Zoals eerder beschreven bieden we vanuit Juvent intervisie aan. Bij de start van deze module bleek al snel dat de vrijblijvendheid van het volgen van intervisie niet werkte. Veel mensen gaven aan het niet te zien zitten of dat het te veel tijd kostte. Op dit moment zijn er twee intervisiegroepjes die goed lopen. Zij worden vanuit Juvent begeleid. De reacties van de behandelouders die deelnemen aan de intervisie zijn erg positief. De intervisiebijeenkomsten zijn ongeveer één keer per zes weken. Vanuit Juvent vinden we het van groot belang dat deze behandelouders intervisie volgen, omdat de problematiek van deze kinderen toch erg ingewikkeld is. Van elkaar leren en herkenning zal een bijdrage leveren aan het inzicht van het kind en het volhouden van de plaatsing. Met die reden hebben we dan ook gesteld dat nieuwe opvoedouders aan minimaal 80% van de intervisiebijeenkomsten moeten deelnemen.

Tevens verwachten we van de behandelouders dat ze aanwezig zijn bij elk overleg dat gepland wordt over de behandeling van het kind/jongere. Binnen de gezinssituatie verwachten we dat de behandelouders in staat zijn om bepaalde vaardigheden te laten zien, zoals:

1. observaties waarin het beeld van het kind duidelijk wordt en dit schriftelijk of mondeling kunnen weergeven;

2. kennis hebben van de LVB-problematiek;
3. aan kunnen sluiten bij de specifieke hulpvraag van het kind/jongere;
4. een signalerende houding laten zien en in staat zijn om gericht op te voeden.

Dit is natuurlijk naast de competenties die in de zes landelijke criteria beschreven zijn.

Wat we nu regelmatig tegenkomen binnen de behandelgezinnen is dat de verwachtingen die de behandelouders van het kind/jongere hebben te hoog zijn. Vaak horen we: "Hij heeft laten zien dat hij dit kan, waarom doet hij dit dan vandaag niet?" Het vele herhalen van vaardigheden, verwachtingen etc. vraagt veel geduld en een lange adem van de behandelouders.

Vanuit de werkgroep Pleegzorg/LVB is er een aantal adviezen gekomen. In de praktijk blijkt dat er zeker meer vorm is gegeven aan behandelgezinnen en dat we de komende periode nog meer zullen moeten gaan doen, nu dat de indicaties en afspraken met het zorgkantoor helder zijn. Tevens is er nu ook een beeld van de doelgroep kinderen die in een pleeggezin verblijven en we zien ook steeds vaker dat een kind/jongere aangemeld wordt. En blijkt het dus mogelijk te zijn om vorm te geven aan pleegzorgplaatsingen binnen de AWBZ.

Het advies om een samenwerkingsprogramma op te zetten tussen de afdeling Pleegzorg en Gehandicaptenzorg is tot op heden niet van de grond gekomen. Er zijn wel contacten over en weer, maar we kunnen nog niet spreken van een samenwerkingsprogramma. Mogelijk dat dit in de toekomst tot stand zal gaan komen. Ook de deskundigheidsbevordering voor pleegouders met een kind/jongere met een verstandelijke beperking, waarbij er geen hulpvraag is, is nog niet goed van de grond gekomen. In de toekomst zal moeten blijken of er ook behoefte is aan deskundigheidsbevordering voor deze groep pleegouders. We zien namelijk wel binnen Juvent dat er psycho-educatie over een LVB gegeven wordt wanneer er sprake is van een hulpvraag. Deze psycho-educatie staat los van de module Behandelgezin.

Tot slot

Nu, ongeveer drie jaar later, hebben we binnen Juvent 12 behandelgezinnen. Hier wonen kinderen in de leeftijd van 8 tot 17 jaar. De problematiek van de kinderen is divers. Naast de LVB is er sprake van forse hechtingsproblematiek, Foetaal Alcohol Syndroom, gedragsproblemen of psychiatrische problematiek. Om er voor te zorgen dat de kinderen die 'zwaardere' problematiek laten zien toch kunnen profiteren van een gezinssituatie, wordt er veel ingezet in de omgeving van het kind. Behandelouders krijgen specifieke ondersteuning: ze worden ontlast door gebruik te maken van logeermogelijkheden op een zorgboerderij, Naschoolse Dagbehandeling wordt ingezet, één op één begeleiding door pedagogisch medewerkers wordt ingezet en specifieke therapieën worden ingezet (te denken valt aan speltherapie, PMT, EMDR etc.). Dit alles wordt gedaan om het kind een kans te geven zo lang als mogelijk in een gezinssituatie te kunnen opgroeien.

Wanneer blijkt dat een kind/jongere een goede ontwikkeling doormaakt en dat zijn vaardigheden versterkt zijn, kan het zijn dat een kind/jongere langere tijd kan profiteren van het gezinsleven. Afhankelijk van de hulpvraag kan dit met de module Behandelgezin, maar het is ook mogelijk dat het kind/jongere in dit gezin blijft wonen, maar met de reguliere pleegzorgbegeleiding. In de toekomst kan het zo zijn dat het behandelgezin ter vervanging komt voor een plaatsing in een OBC. Wanneer de behandelouders dusdanig gefaciliteerd worden en kennis van zaken hebben, kunnen zij binnen een gezinssituatie bieden wat een LVB-kind met bijkomende problematiek nodig heeft.

*De volgende mensen hebben een bijdrage geleverd aan het artikel, waarvoor mijn dank:
Familie Flikweert, Kerkwerve, behandelgezin Juvent
Thirza Faase, groepsleidster OBC (kindergroep de Boei)
Bertram vd Veer, pleegzorgbegeleider Juvent.*

Literatuur

- Baat, M. de, & Bartelink, C. (2012). *Wat werkt in pleegzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Beer, Y. de (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- Dries, L. van den, Juffer, F., IJzendoorn, M. van, & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31, 410-421.
- Janssen, C., & Schuengel, C. (2006). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: Aanzetten voor interventie. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking* (pp. 67-83). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kok, J. F. W. (1999). *Specifiek opvoeden: Orthopedagogische theorie en praktijk*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVB-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 3(1), 35-38.
- Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. M. (2006) *Competentievergroting in de residentiel jeugdzorg: Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HBuitgevers.
- Wijnroks, L. (2004). Hechting bij kinderen met een autistische stoornis en een verstandelijke handicap. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3(3), 4-12.
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.