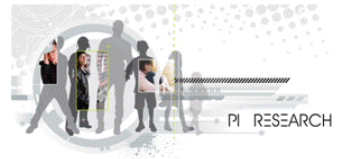




TRAJECTUM
BEGINT BIJ JOU



provincie :: Utrecht

Orthopsychiatrie in de Wijk:

Kinderen met orthopsychiatrische problematiek laten opgroeien in een gezinshuis in een gewone omgeving.

Blauwdruk van een intersectoraal zorgprogramma

E. van Leeuwen

J. van Heusden-Folbert

L. Jansen

P. Smits

Colofon

Duivendrecht, juni 2013

Deze blauwdruk is te bestellen bij:

PI Research, Postbus 366, 1115 ZH Duivendrecht.

De blauwdruk is geschreven door:

PI Research (www.piresearch.nl); het Leger des Heils Midden Nederland (www.legerdesheils-middennederland.nl); de Rading (www.rading.nl); Trajectum (www.trajectum.nl).

In opdracht van:

Het Leger des Heils Midden Nederland, de Rading en Trajectum.

Voorgeschiedenis:

De Provincie Utrecht heeft in 2010 financiën beschikbaar gesteld om onderzoek te doen naar wat kinderen met orthopsychiatrische problematiek nodig hebben om te kunnen opgroeien in een zo normaal mogelijke omgeving. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek is het huidige pilotproject tot stand gekomen. Dit is opnieuw financieel mogelijk gemaakt door de Provincie Utrecht.

Met dank aan:

De Provincie Utrecht.

Vertegenwoordigers van Bureau Jeugdzorg Utrecht, Altrecht, SO de Pels & Portes voor hun inzet en actieve deelname aan het project.

Jasja Krugier en Jedidja de Blois, stagiaires bij het Leger des Heils, voor hun concrete bijdragen aan de totstandkoming van de blauwdruk.

Auteurs:

Mevr. Drs. E. van Leeuwen is senior ontwikkelaar en trainer bij PI Research; Mevr. Drs. P. Smits is gedragswetenschapper bij Trajectum in Zeist; Mevr. Drs. L. Jansen is gedragswetenschapper bij de Rading in Utrecht; Mevr. Drs. J. van Heusden-Folbert is gedragswetenschapper bij het Leger des Heils Midden Nederland in Utrecht.

© 2013, PI Research, Leger des Heils Midden Nederland, Rading & Trajectum.

Inhoudsopgave

1	Orthopsychiatrie in de wijk: totstandkoming en uitvoering van het pilotproject	1
1.1	Inleiding.....	1
1.2	Uitvoering van het pilotproject	2
1.3	Blauwdruk	4
1.4	Indeling van de blauwdruk.....	4
2	Doelgroep	5
2.1	Inleiding.....	5
2.2	Kenmerken en gedrag van kinderen die behoren tot de doelgroep.....	5
2.3	Risicofactoren	7
2.4	Contra-indicaties	7
2.5	Stabilisatie.....	8
2.6	Checklist doelgroep	8
3	Orthopsychiatrie in de wijk: doelstelling van het project en overzicht van het zorgprogramma	11
3.1	Het zorgprogramma op hoofdlijnen	11
3.2	Een kleinschalige woonomgeving creëren met professionele opvoedouders ..	12
3.3	Het zorgaanbod afstemmen op de kinderen en de professionele opvoedouders	12
3.4	Zorgen voor voldoende ontspanningmogelijkheden voor de professionele opvoedouders en de kinderen	13
3.5	Een goede verhouding stimuleren met de biologische of adoptieouders	13
4	Een kleinschalige woonomgeving creëren met professionele opvoedouders	15
4.1	Inleiding.....	15
4.2	Taken en kwaliteiten van professionele opvoedouders	15
4.3	Uitgangspunten van de professionele opvoedouders bij de begeleiding en opvoeding van kinderen met orthopsychiatrische problematiek	16
4.4	Ervaringen vanuit de pilot	17
4.5	Professionele opvoedouders werven	18
4.6	De sollicitatieprocedure	18
4.6.1	Kennismakingsgesprek: doel van het gesprek.....	18

4.6.2	Competentie-analyse.....	19
4.6.3	Terugkoppelingsgesprek met de professionele opvoedouders door de gedragswetenschapper	19
4.6.4	Gesprekken eigen levensgeschiedenis, normen & waarden en opvoedingsstijl	19
4.6.5	Sterkte-zwakte analyse sollicitanten	20
4.6.6	Besluit met betrekking tot aanstelling.....	20
4.6.7	Arbeidsvoorwaardelijk gesprek met afdelingsmanager en afdeling P&O ..	20
4.6.8	Opvragen verklaring goed gedrag	20
4.6.9	De professionele opvoedouders in dienst nemen	20
4.7	Een woonhuis beschikbaar stellen en bewoonbaar maken	21
4.8	De professionele opvoedouders begeleiden bij hun intrek in het gezinshuis ...	21
4.9	De professionele opvoedouders actief betrekken bij het hulpverleningsproces	22
4.10	Algemene organisatorische zaken in de opvoeding	23
4.11	Omgang met het sociaal netwerk en hechtingsfiguren	23
4.12	Kinderen selecteren voor het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'	23
4.13	Ervaringen vanuit de pilot en vanuit reguliere gezinshuizen.....	24
4.13.1	Kinderen plaatsen.....	24
4.13.2	Indicatiebesluit en afstemmingsgesprek	25
4.13.3	Kennismaking	25
4.13.4	Regelen praktische zaken	26
4.13.5	Het kind plaatsen op het Speciaal Onderwijs.....	26
4.13.6	Inzet andere modules of hulpverlening	26
4.14	Contacten met derden	27
4.15	Logistieke ondersteuning.....	27
4.16	Voortijdige beëindiging plaatsing.....	27
5	Het zorgaanbod afstemmen op kinderen en opvoedouders	29
5.1	Inleiding.....	29
5.2	Modules	30
5.3	Psycho-educatie voor professionele opvoedouders over hechting	30
5.4	Parent Management Training Oregon (PMTO).....	30
5.4.1	De PMTO behandeling aan professionele opvoedouders; praktische implicaties	31
5.4.2	Ervaringen met PMTO tijdens de pilot.....	32
5.5	De psychiatrie betrekken	32

5.6 Gespecialiseerde consultatie over kinderen met orthopsychiatrische problematiek	32
5.7 Coaching on the job	33
5.8 Effectmonitoring	34
5.9 Uitvoering van het hulpverleningsplan: multidisciplinair overleg	35
5.10 Continuïteit van behandeling	36
6 Zorgen voor voldoende ontspanningmogelijkheden voor de professionele opvoedouders en de kinderen	37
6.1 Inleiding.....	37
6.2 Ontspanningsmogelijkheden voor de kinderen: samenwerking met jeugdvoorziening Portes	37
6.3 De speeltuin	38
6.4 Meedoen op Straat	38
6.5 De sociaal makelaar	39
6.6 Vaste logeerplekken	40
6.7 Professionele oppas	41
7 Een goede verhouding stimuleren met de biologische of adoptieouders	43
7.1 Inleiding.....	43
7.2 Roldifferentiatie: een module afkomstig uit de Opvoedingsvariant Pleegzorg..	43
8 Financiën	47
9 Literatuur	49
10 Bijlagen	51
10.1 Bijlage 1. Risicofactoren bij kinderen met orthopsychiatrische problematiek ...	51
10.2 Bijlage 2 Criteria Zorgprogramma Orthopsychiatrie in de wijk.....	53
10.3 Bijlage 3 Taken van een professionele opvoedouder	55
10.4 Bijlage 4 Kwaliteiten van een professionele opvoedouder.....	56
10.5 Bijlage 5 Criteria en competenties van een professionele opvoedouder.....	57
10.6 Bijlage 6 Opbouw van de sollicitatieprocedure.....	59
10.7 Bijlage 7 Punten van gesprek tijdens de kennismaking	60
10.8 Bijlage 8 Competenties die worden gemeten en besproken.....	61
10.9 Bijlage 9 Tijdslijn behorende bij de sollicitatieprocedure	62
10.10 Bijlage 10 Thema's die behandeld worden in gesprek met kandidaat opvoedouders	63

10.11	Bijlage 11 Belangrijke thema's in de begeleiding van kinderen met orthopsychiatrische problematiek.....	64
10.12	Bijlage 12 Af te stemmen zaken voorafgaand aan de plaatsing van de kinderen	65
10.13	Bijlage 13 Organisatorische zaken waar de opvoedouders zich over buigen	66
10.14	Bijlage 14 Informatie over indicering	67
10.15	Bijlage 15 Te zetten stappen aanvraag van een REC4 indicatie.....	70
10.16	Bijlage 16 Achtergrondinformatie over gehechtheid	71
10.17	Bijlage 17 Een beschrijving van PMTO	78
10.17.1	Doelgroep PMTO.....	78
10.17.2	De basis van PMTO	78
10.17.3	Vaardigheden van de therapeut.....	81
10.17.4	Rollenspel als middel om nieuw gedrag in te slijpen	81
10.17.5	PMTO is 'research driven'	82
10.18	Bijlage 18 Overzicht afstemming betrokken partijen	83
10.19	Bijlage 19 Overzicht van contactpersonen	84
10.20	Bijlage 20 Opbouw module roldifferentiatie.....	85

1 Orthopsychiatrie in de wijk: totstandkoming en uitvoering van het pilotproject

1.1 Inleiding

In het rapport Kabinetsvisie Perspectief voor Jeugd (2010) wordt het bieden van continuïteit in de zorg benoemd als een belangrijk aandachtspunt voor de jeugdzorg. Uit onderzoek is immers gebleken dat stabiliteit en continuïteit nodig zijn om kinderen in staat te stellen om stabiele gehechtheidrelaties aan te gaan en zich gezond te ontwikkelen (Juffer 2010; Van Ijzendoorn, 2008).

In 2011 hebben jeugdzorgorganisaties Trajectum, De Rading en Het Leger des Heils Midden Nederland gezamenlijk geconstateerd dat het reguliere aanbod van zorg in de Provincie Utrecht voor een kleine groep kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar met orthopsychiatrische problematiek onvoldoende aansluit bij dit streven naar continuïteit in de zorg voor deze doelgroep.

Het gaat hierbij om kinderen met complexe achtergronden die zeer langdurig, ernstig, externaliserend probleemgedrag laten zien, dat zich in alle drie de milieus manifesteert, dat wil zeggen thuis of in een behandelgroep, op school en in de vrije tijd.

Trajectum heeft voor deze groep kinderen een aanbod ontwikkeld, de OP4 groep genaamd¹. Dit programma wordt aangeboden op een behandelgroep. De drie betrokken instellingen hebben alle een sterke voorkeur om deze kinderen aansluitend te kunnen plaatsen in kleinschalige voorzieningen die zoveel mogelijk lijken op een reguliere gezinssituatie. Er zijn immers aanwijzingen dat kinderen het meest gebaat zijn bij een zo normaal mogelijke opvoedingssituatie, ongeacht of zij in een pleeggezin, gezinshuis of residentiële behandelgroep zijn opgenomen (www.nji.nl). Deze ontwikkeling sluit tevens aan bij de transformatie van de jeugdzorg.

Dit is ook de reden dat de jeugdzorgorganisaties in 2011 gezamenlijk onderzoek hebben laten doen naar wat nodig is om deze kinderen te laten opgroeien in een zo normaal mogelijke omgeving. Uitgangspunt daarbij was dat het aanbod moet passen binnen het integrale stelsel van de jeugdzorg in de Provincie Utrecht.

¹ De OP4groep biedt hulp aan jongens in de leeftijd van negen tot twaalf jaar (bij opname) uit de provincie Utrecht, met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De jongens hebben ernstige en complexe gedragsstoornissen in combinatie met psychiatrische problemen.

Het onderzoek, dat door PI Research is uitgevoerd, levert vier pijlers op die centraal moeten staan bij de ontwikkeling van een zorgaanbod dat kinderen met orthopsychiatrische problematiek in staat stelt om tot aan hun volwassenheid op te groeien in een zo normaal mogelijke omgeving.

- Een kleinschalige woonomgeving creëren met professionele opvoedouders.
- Het zorgaanbod afstemmen op de kinderen en de professionele opvoedouders.
- Zorgen voor voldoende ontspanningmogelijkheden voor de professionele opvoedouders en de kinderen.
- Een goede verhouding stimuleren met de biologische of adoptieouders.

De uitkomsten van het onderzoek zijn door de drie participerende instellingen benut om tussen april 2012 en april 2013, met subsidie van de Provincie Utrecht, een pilotproject uit te voeren.

Hoewel de kennis die het project heeft opgeleverd overal in Nederland kan worden toegepast, richtte de pilot zich, in lijn met de transitie van de jeugdzorg, specifiek op kinderen die woonachtig zijn in de Stad Utrecht.

In paragraaf 1.2 volgt een beschrijving van het pilotproject. Daarna wordt de wijze waarop de blauwdruk voor dit zorgprogramma tot stand is gekomen beschreven (§ 1.3). Tenslotte staat in paragraaf 1.4 de indeling van het rapport weergegeven.

1.2 Uitvoering van het pilotproject

In het pilotproject is de samenwerking met onderwijs, wonen, psychiatrische behandeling vanuit de GGZ en vrije tijdsbesteding bestuurlijk geborgd. Conditie als bestuurlijke borging en samenwerken met partners die bekend zijn met de doelgroep zijn immers van belang bij het uitvoeren van dit type innovatieve projecten. In de stad Utrecht zijn samenwerkingspartners als SO De Pels en GGZ-instelling Altrecht bekend met de doelgroep en zijn zij als samenwerkingpartners bestuurlijk betrokken. Heel bewust is gekozen voor een afgebakend gebied in de stad Utrecht. De bestuurders namen deel in de stuurgroep en de kinderpsychiater nam incidenteel deel aan de projectgroep.

Een gezamenlijke bijeenkomst van de Stuurgroep en de Projectgroep 'Orthopsychiatrie in de wijk' vormde in april 2012 de aftrap voor het pilotproject. Aanwezig waren bestuurders en locatiemanagers van de participerende instellingen (stuurgroep) en drie gedragswetenschappers van de betrokken instellingen en een externe projectleider van PI Research (projectgroep).

De eerste fase van het project liep van april tot september 2012 en was een fase van voorbereiding die door de projectgroep is benut om de doelstellingen van het project

verder te concretiseren en om eerste stappen te zetten in het vormgeven van de vier pijlers.

Concreet heeft de projectgroep haar aandacht in deze fase vooral gericht op het selecteren van het kind met orthopsychiatrische problematiek, het werven van de professionele opvoedouders en het vinden van een geschikt gezinshuis. Ook zijn er in deze fase contacten gelegd met de directie van het REC4-onderwijs en Altrecht Jeugd (kinder-en jeugdpsychiatrie).

De tweede fase van het project liep van september 2012 tot en met december 2012. In deze fase stond het creëren van de randvoorwaarden die nodig zijn om het kind met orthopsychiatrische problematiek een succesvolle start te geven in het gezinshuis centraal. De aandacht ging daarbij uit naar alle vier de pijlers van het project.

Concreet is in deze fase onder meer een besluit genomen over het te plaatsen kind met orthopsychiatrische problematiek en de overige kinderen die in het gezinshuis komen wonen. De professionele opvoedouders zijn in dienst genomen en het gezinshuis is 'klaargemaakt' voor gebruik. Er is op uitvoeringsniveau contact gelegd met REC4 School de Pels, een van de samenwerkingspartners, en er zijn praktische afspraken gemaakt over de deelname van de professionele opvoedouders aan PMTO.

De derde fase van het project, die liep van januari 2013 tot april 2013, is een fase van uitvoering geweest, waarin het gezinshuis is gestart. In deze fase is alles in het werk gesteld om de professionele opvoedouders en de eerst geplaatste kinderen een goede start te bezorgen en een gedegen voorbereiding op de plaatsing van het kind met orthopsychiatrische problematiek.

Concreet zijn de professionele opvoedouders in deze fase verhuisd naar het gezinshuis en zijn zij begonnen aan hun nieuwe taak. Twee kinderen met een indicatie 'gezinshuis' zijn in deze periode gefaseerd in het gezinshuis geplaatst. Het betrof twee kinderen met ernstige problematiek, maar minder ernstige problematiek dan kinderen met orthopsychiatrische problemen. De twee kinderen waren woonachtig op Kinabu (Trajectum). Er heeft een intensieve overdracht plaatsgevonden tussen de betrokken gedragswetenschappers, de pedagogische medewerkers, de overige hulpverleners en de professionele opvoedouders van het Leger des Heils, om de plaatsing succesvol te laten verlopen. De professionele opvoedouders zijn gestart met PMTO en alles is in gereedheid gebracht om het kind met orthopsychiatrische problematiek als derde kind in het gezinshuis te laten instromen. Daarbij is getracht om zoveel mogelijk recht te doen aan de vier de pijlers van het project.

Door onverwachte omstandigheden hebben professionele opvoeders in maart 2013 besloten dat zij hun taak niet langer konden uitvoeren. Dit was vlak voor de plaatsing van het kind dat behoorde tot de doelgroep van het project en heeft als direct gevolg gehad dat het pilotproject is gestopt.

1.3 Blauwdruk

De voorbereidende fase van het project en ook de fase van uitvoering heeft belangrijke inzichten opgeleverd over de voorwaarden en risico's die een rol (kunnen) spelen bij het opzetten van een gezinshuis dat geschikt is voor een kind met orthopsychiatrische problematiek. Het pilotproject heeft daarnaast veel kennis opgeleverd over wat inhoudelijk, organisatorisch, logistiek en financieel nodig is om een gezinshuis voor deze kinderen zo vorm te geven dat zij een nieuwe levensfase kunnen beginnen in een zo normaal mogelijke omgeving. De opgedane kennis is gebundeld in dit rapport, met als doel om instellingen die een soortgelijk zorgprogramma willen opzetten een blauwdruk te bieden met concrete richtlijnen en handvatten. Bij het schrijven van de blauwdruk staat continu de vraag centraal: wat heeft het kind dat behoort tot de orthopsychiatrische doelgroep nodig om goed te gedijen in een zo normaal mogelijke omgeving?

1.4 Indeling van de blauwdruk

Het rapport heeft de volgende opbouw. In hoofdstuk twee staat een overzicht van de doelgroep, gevolgd door een beknopte beschrijving van het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk' in hoofdstuk drie. In de hoofdstukken vier tot en met zeven staan de vier pijlers van het gezinshuis beschreven: een kleinschalige woonvoorziening met professionele opvoedouders (hoofdstuk vier); het zorgaanbod afstemmen op kinderen en opvoedouders (hoofdstuk vijf); zorgen voor voldoende ontspanningsmogelijkheden voor de professionele opvoedouders en de kinderen (hoofdstuk zes); een goede verhouding stimuleren met de biologische of adoptieouders (hoofdstuk zeven). In hoofdstuk acht wordt tenslotte een overzicht gegeven van de financiën.

2 Doelgroep

2.1 Inleiding

Soms zijn de problemen rondom een kind en het systeem waar hij deel van uitmaakt zo complex, dat de behandeling in een regulier pleeggezin of gezinshuis vastloopt en een intensiever begeleidingstraject nodig is. Het gaat hierbij om kinderen met een belaste voorgeschiedenis, die langdurig, ernstig en externaliserend gedrag laten zien en die op meerdere leefgebieden systematisch in de problemen komen. Het betreft kinderen in de leeftijd van zes tot en met twaalf jaar die een scala aan openlijke en heimelijke probleemgedragingen laten zien, bijvoorbeeld verbale en fysieke agressie, tegendraads gedrag, liegen of stelen. Deze kinderen met orthopsychiatrische problematiek hebben geen zicht op terugkeer naar huis en vallen uit in de reguliere pleegzorg en residentiële voorzieningen. Tegelijkertijd sluit het reguliere aanbod van de jeugdzorg, de kinder- en jeugdpsychiatrie en/of het speciaal onderwijs niet aan bij de behoefte aan behandeling en begeleiding op het grensvlak van jeugdzorg en psychiatrie. De praktijk heeft uitgewezen dat pleegouders uit reguliere pleegezinnen of gezinshuizen onvoldoende zijn toegerust om te kunnen voldoen aan de ondersteuningsbehoefte van deze doelgroep. Het risico dreigt dus dat deze kinderen zullen opgroeien in een 24-uursvoorziening, waarbij zij veelvuldig zullen worden doorgeplaatst omdat zij niet langdurig te handhaven zijn in een groep. Er is kortom meer nodig om hen veilig te laten opgroeien in een 'zo normaal mogelijke' omgeving, met waarborging van de continuïteit. De omvang van deze groep kinderen wordt binnen de provincie Utrecht per jaar geschat op acht tot tien kinderen. Het betreft meer jongens dan meisjes (Verboom, 2003).

2.2 Kenmerken en gedrag van kinderen die behoren tot de doelgroep

Kinderen met orthopsychiatrische problematiek hebben in hun leven veel onvoorspelbaarheid en onveiligheid meegemaakt. Hun voorgeschiedenis, persoonlijke problematiek en de problemen in het gezin van herkomst, hebben hun ontwikkeling, hun zelfvertrouwen en hechting negatief beïnvloed. De onveilige hechting van deze kinderen is een gedesorganiseerde gehechtheid (zie hoofdstuk 5 voor een andere toelichting) en dit kan zich uiten in een (fundamenteel) wantrouwen ten opzichte van volwassenen (van den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). Kinderen die behoren tot de doelgroep onderscheiden zich niet zozeer van anderen door de aard van hun problemen, maar door de ernst ervan.

- Het gaat om chronische psychiatrische problemen en gedragsproblemen. Het probleemgedrag komt frequent voor. Onbehandeld is het gedrag dagelijks zichtbaar;
- Er is sprake van een combinatie van diagnoses volgens de DSM-IV-TR, 2000;
- De kinderen hebben een lange (hulpverlenings)geschiedenis met probleemgedrag, vaak al meerdere jaren;
- Het probleemgedrag doet zich voor op diverse leefgebieden, zowel thuis, op school als in de vrije tijd;
- De mate van psychische en/of materiële schade voor de kinderen en/of de omgeving is groot;
- Het gedrag van de kinderen heeft al vaak tot crisissituaties geleid

De ontoereikendheid van de oorspronkelijke opvoedingsomgeving van deze kinderen maakt dat intensieve gezinsgerichte hulp geen nut heeft (gehad). Vaak is er veel hulp geweest in het gezin van herkomst maar heeft dit niet tot blijvende verbeteringen geleid.

Mede door hun achtergrond hebben kinderen met orthopsychiatrische problematiek onvoldoende geleerd om hun emoties te reguleren en hebben zij tekorten in hun sociale vaardigheden. Gedragingen die veel voorkomen bij kinderen uit de doelgroep zijn: vaak boos worden, lichtgeraakt reageren, vaak met volwassenen in discussie gaan, verzoeken of regels bewust overtreden of negeren, anderen de schuld geven van eigen fouten, storen van andere kinderen en volwassenen, uitingen van verbale en/of lichamelijke agressie en/of (seksueel) grensoverschrijdend gedrag en/of neiging tot weglopen.

Bij alle kinderen die behoren tot de orthopsychiatrische doelgroep is een combinatie van stoornissen gediagnosticeerd, volgens de DSM-IV-TR, 2000. Juist deze combinatie van stoornissen maakt deze doelgroep moeilijk behandelbaar. Voorbeelden van veelkomende stoornissen zijn:

- reactieve hechtingsstoornis, type gedesoriënteerde hechting
- ADHD
- oppositioneel opstandige gedragsstoornis
- antisociale gedragsstoornis (CD)
- posttraumatische stressstoornis (PTSS)

2.3 Risicofactoren

Kinderen met orthopsychiatrische problematiek hebben te maken met een combinatie van psychosociale en biologische risicofactoren, die hun probleemgedrag veroorzaakt en in stand houdt. Te denken valt aan risico's in het kind zelf, zoals leerproblemen of een aandachttkortstoornis en aan risicoproblemen in de omgeving van het kind, zoals huiselijk geweld en gebrekkige opvoedingsvaardigheden bij de ouders. Doordat de risicofactoren zich in het leven van de kinderen vaak opstapelen, komt hun ontwikkeling in het gedrang. In bijlage 1 staan overzichten van veel gesignaleerde risicofactoren bij deze doelgroep.

2.4 Contra-indicaties

Kinderen die in aanmerking komen voor het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk' hebben verschillende uitingen van problematiek. Wat zij gemeenschappelijk hebben is dat de problematiek reeds lang bestaat, in interactie met de omgeving is ontstaan, heftig en complex is, orthopedagogische en psychiatrische aspecten kent en dat de verwachting is dat dit tot op zekere hoogte zo blijft.

Er zijn ook een aantal contra-indicaties voor het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'. Wanneer een kind ernstige medische problematiek heeft waarvoor intensieve begeleiding en behandeling nodig is en die fysiek veel vraagt van de professionele opvoedouders, dan is het zorgprogramma niet geschikt. De professionele opvoedouders zijn niet toegerust om belastende medische problematiek op een goede manier te hanteren.

Ook dreiging door personen uit het natuurlijke milieu van het kind, waarbij de inschatting wordt gemaakt dat de veiligheid van de opgenomen kinderen en/of de professionele opvoedouders in gevaar dreigt te komen, vormt een contra-indicatie.

Indien er een diagnose is gesteld in het autisme spectrum, dan vraagt dit een andere benadering dan die van de beoogde doelgroep. Voor kinderen met een diagnose in het autisme spectrum is er een apart concept van Gezinshuis.com: het Remi-huis. In het concept Remi-huis van Gezinshuis.com staat de belevingswereld van kinderen met ASS centraal bij het vormgeven van het gezinshuis (voor meer informatie zie www.gezinshuis.com).

Wanneer er ernstige loyaliteitsproblemen spelen van het kind naar de biologische ouders dan kan dit ook gelden als contra-indicatie. Het is dan nodig om eerst te werken aan het verkrijgen van steun van de ouders voor de plaatsing, zodat het kind de emotionele ruimte voelt om de overstap naar het gezinshuis te maken.

Ook voor kinderen met kenmerken van een psychose, een verslaving of bij suïcidedreiging is het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk' niet geschikt.

2.5 Stabilisatie

Kinderen die in aanmerking komen voor het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' zitten al lange tijd in intensieve, gespecialiseerde behandeltrajecten. Deze trajecten hebben er toe bijgedragen dat zij gestabiliseerd zijn en toe zijn aan een meer 'normaliserende omgeving'. Dit betekent concreet dat een kind gedurende enkele maanden laat zien dat het in staat is om goed mee te draaien binnen de structuur van bijvoorbeeld een gespecialiseerde behandelgroep, zoals de OP4-groep van Trajectum. De werkpunten en doelen uit het behandelplan worden behaald en er is geen sprake meer van opstandig gedrag dat zorgt voor dagelijks spanningsvolle (crisis)situaties en stress bij ouders, vervangende (professionele) opvoeders, leerkrachten en hulpverleners. Ook is het kind in de afgelopen maanden niet meer weggelopen.

Of een kind is gestabiliseerd wordt vastgesteld op basis van observatie gedurende meerdere maanden. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de mate van begeleidbaarheid van het kind, de gevoeligheid van het kind voor duidelijke instructies en effectief gestelde grenzen, de mate waarin het met aanmoediging van volwassenen zelfstandig kan functioneren binnen een vastomlijnde dagelijkse routine en naar de mate waarin het kind op bepaalde momenten in staat is om met andere kinderen samen te spelen.

Uit ervaringen van de reguliere pleegzorg en de gezinshuizen blijkt dat de ernst van de (psychiatrische) problematiek van een kind soms dermate zwaar is, dat continuering van de plaatsing in het reguliere pleeggezin/ gezinshuis niet mogelijk is en een specialistisch opvoedings- en behandelingsarrangement noodzakelijk is. Indien een tussenplaatsing in een residentiële setting niet aansluit bij de ondersteuningsbehoefte van een kind, dan kan worden besloten om het kind vanuit de ontoereikende gezinssetting direct over te plaatsen naar een gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'. Stabilisatie van de problematiek van het kind is ook dan echter altijd een voorwaarde voor plaatsing.

2.6 Checklist doelgroep

Om te kunnen bepalen of een kind behoort tot de doelgroep van het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk', zijn drie checklists ontwikkeld: Checklist 1. Criteria waaraan kinderen voldoen die in aanmerking komen voor het gezinshuis

'Orthopsychiatrie in de wijk'; Checklist 2. Contra-indicaties voor plaatsing; Checklist 3. Voorwaarden voor plaatsing (zie bijlage 2). Op basis van de checklists wordt bepaald of het aanbod passend is voor een specifiek kind.

3 Orthopsychiatrie in de wijk: doelstelling van het project en overzicht van het zorgprogramma

3.1 Het zorgprogramma op hoofdlijnen

Het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' is een vorm van residentiële (jeugd)zorg voor kinderen van zes tot en met twaalf jaar met orthopsychiatrische problematiek. Doel van het gezinshuis is het bieden van een langdurige, stabiele en veilige woonplek waar kinderen met orthopsychiatrische problematiek, in een zo normaal mogelijke omgeving kunnen opgroeien totdat zij volwassen zijn. Daarbij wordt gestreefd naar het bouwen aan en het onderhouden van een zo goed mogelijk contact met de biologische of adoptieouders van het kind. Een plaatsing in een gezinshuis is voor deze kinderen niet mogelijk omdat zij op basis van de ernst van hun problemen meer ondersteuning nodig hebben dan in reguliere gezinshuizen kan worden geboden. Zonder intensieve begeleiding van de kinderen en zonder intensieve ondersteuning van de professionele opvoedouders zal de aard en ernst van het externaliserende probleemgedrag het verblijf in het gezinshuis belemmeren.

Bij het aanhouden van negatieve gedragspatronen of wanneer het kind terug valt in deze patronen is binnen het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' de insteek: 'natuurlijk mag je hier blijven'. Door opname in het gezinshuis wordt beoogd doorplaatsingen te voorkomen. Beoogd wordt dat kind kan profiteren van een aanzienlijke periode van stabiliteit. De insteek van de interventie is behandeling en niet verblijf.

Het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk' heeft een hoofddoel en dat is kinderen met orthopsychiatrische problematiek tot aan hun volwassenheid laten opgroeien in een stabiele, 'normaliserende' omgeving. Om de kans op een succesvolle plaatsing zo groot mogelijk te maken staan binnen het zorgprogramma de volgende pijlers centraal.

- Een kleinschalige woonomgeving creëren met professionele opvoedouders.
- Het zorgaanbod afstemmen op de kinderen en de professionele opvoedouders.
- Zorgen voor voldoende ontspanningmogelijkheden voor de professionele opvoedouders en de kinderen.
- Een goede verhouding stimuleren met de biologische of adoptieouders.

In het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' wordt de kracht van het gewone leven gecombineerd met een professionele benadering van de opvoedouders en de specialistische expertise van een ondersteunend multidisciplinair team. De GGZ, de therapeut die Parent Management Training Oregon (PMTO) uitvoert (zie voor meer informatie hoofdstuk 5), het speciaal onderwijs en vertegenwoordigers van jeugdvoorzieningen in de wijk maken een vast deel uit van dit team.

3.2 Een kleinschalige woonomgeving creëren met professionele opvoedouders

Het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de Wijk' is een gespecialiseerd gezinshuis waar bij voorkeur twee, professioneel geschoolde opvoedouders de zorg dragen voor maximaal vier kinderen. Slechts een van deze kinderen heeft orthopsychiatrische problematiek en behoort tot geschetste doelgroep. De professionele opvoedouders zijn geselecteerd op basis van een aantal competenties en kwaliteiten. Zij hebben scholing gevolgd op het gebied van gedragsproblematiek en pedagogische vaardigheden. Zij hebben een groot incasserings- en uithoudingsvermogen en beschikken over voldoende zelfvertrouwen. Zij hebben geen grote verwachtingen over eventuele verbetering in het gedrag van het kind en geen grote verwachtingen over het kunnen aangaan van een wederzijdse emotionele binding. Daarnaast zijn zij bereid en in staat om te reflecteren op hun eigen handelen. De professionele opvoedouders bieden de kinderen een veilig leefklimaat met veel structuur en aanmoediging, zodat de kinderen in kleine stapjes kunnen leren om te wonen in een 'normale' omgeving, in een gewoon huis in een gewone buurt.

3.3 Het zorgaanbod afstemmen op de kinderen en de professionele opvoedouders

Kinderen met orthopsychiatrische problematiek hebben te maken met dermate complexe problematiek dat van professionele opvoedouders en behandelaren een bovengemiddelde inspanning wordt gevraagd. Deze kinderen hebben intensievere ondersteuning nodig dan bijvoorbeeld kinderen met een gezinshuisindicatie. Op basis van de voorgeschiedenis van het kind wordt gekeken wat het kind extra nodig heeft om zich optimaal te kunnen ontwikkelen. Afstemming met de biologische of adoptieouders, de plaatser en andere betrokkenen waaronder de pedagogisch medewerkers, is van groot belang om te komen tot een goed zorgaanbod. Vanuit de GGZ (Altrecht) krijgt het kind de specifieke behandeling die het nodig heeft voor de individuele problematiek. Te denken valt aan medicatie of traumabehandeling.

Om verder goed te kunnen aansluiten bij de ondersteuningsbehoefte van het kind worden de professionele opvoedouders geschoold door middel van Parent Management Training Oregon. Door het kind in het gezinshuis enerzijds veel structuur en duidelijkheid te bieden en anderzijds systematisch de focus te leggen op wat het kind goed doet, krijgt het de gelegenheid om langzaam en in kleine stapjes zijn zelfvertrouwen te vergroten.

Een goed verloop van de coördinatie en afstemming tussen de verschillende partijen die zorg leveren is essentieel voor het slagen van het zorgprogramma. Om de kans op succes zo groot mogelijk te maken, komen alle betrokken partijen eens in het halfjaar bij elkaar, te starten met een 'kick-off' bijeenkomst vlak voor de plaatsing van het kind met orthopsychiatrische problematiek in het gezinshuis. Doelen van deze bijeenkomst zijn het verdelen van taken en verantwoordelijkheden om de doelen uit het behandelplan te halen, het creëren van korte lijnen en het maken van concrete afspraken over de te leveren zorg. De doelen in het behandelplan zijn samen met onder meer de biologische ouder(s)/gezagsdrager(s) vastgesteld in een afstemmingsoverleg.

3.4 Zorgen voor voldoende ontspanningmogelijkheden voor de professionele opvoedouders en de kinderen

Leuke of zinvolle ontspanningsmogelijkheden of vrijetijdsbesteding zijn niet alleen zeer wenselijk voor de kinderen uit de doelgroep, maar volgens opvoedouders en gezinshuisbegeleiders ook zeer wenselijk om de opvoeders en de rest van het gezin even een *time-out* te kunnen geven (Eenshuistra, Rahder, Bijl, 2011). Om te bevorderen dat het kind dat behoort tot de doelgroep zich voldoende kan ontspannen, wordt actief en onder gespecialiseerde begeleiding van jeugdvoorzieningen in de wijk (Portes), gebruik gemaakt van mogelijkheden die in de wijk aanwezig zijn, bijvoorbeeld spelen in een publieke speeltuin of deelnemen aan de activiteiten van een sportvereniging en/ of binnen het wijkcentrum.

De ervaring heeft ook geleerd dat het opvoeden en begeleiden van kinderen met orthopsychiatrische problematiek veel vergt van volwassenen. Om die reden wordt er binnen het zorgprogramma gezorgd voor voldoende ontspanning voor de professionele opvoedouders. Dit betekent dat de opvoedouders iedere maand een weekend vrij zijn, dat zij zonder de kinderen vakantie hebben en dat zij ook regelmatig een professionele oppas kunnen inschakelen, afhankelijk van hun voorkeuren. Het is noodzakelijk voor professionele opvoedouders om een goede balans te vinden tussen draagkracht en draaglast. Voor de kinderen zijn de stabiele opvoeders de belangrijkste randvoorwaarde om hun behandeldoelen te kunnen halen. Het is dan ook essentieel om de intensiteit van dit werk niet te onderschatten.

3.5 Een goede verhouding stimuleren met de biologische of adoptieouders

Binnen het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk' wordt actief gewerkt aan het opbouwen van een zo goed mogelijke relatie en samenwerking met de biologische of adoptieouders en het netwerk van het kind. Indien mogelijk begint die samenwerking al in de afstemmingsfase, waarin ouders de gelegenheid krijgen om mee te denken en te praten over het zorgaanbod voor hun kind.

Kinderen met orthopsychiatrische problematiek groeien niet op bij hun ouders, maar de ouders maken wel een structureel onderdeel uit van hun leven. Er wordt samen met de ouders gekeken op welke manier zij een rol kunnen spelen in het leven en de ontwikkeling van hun kind. Het is de taak van de professionele opvoedouders om het kind en de ouders hierin te stimuleren en te ondersteunen. Een traject dat in dit kader bruikbaar wordt geacht binnen het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' is dat van de 'ouderbegeleiding na een opvoedingsbesluit' (Albrecht & Breg, 2011). De module heeft tot doel de ouders te helpen om een nieuwe positie in te nemen in het leven van het kind in het gezinshuis, afgestemd op wat het kind en zijn ouders aan kunnen. In de module gaat het vooral om processen van verliesverwerking en roldifferentiatie en over het opbouwen en onderhouden van betekenisvolle relaties tussen ouders, professionele opvoedouders en kinderen (Handboek Pleegzorg Rading, 2009).

4 Een kleinschalige woonomgeving creëren met professionele opvoedouders

4.1 Inleiding

Het vormgeven van een kleinschalige woonvoorziening in een zo normaal mogelijke omgeving is de belangrijkste pijler van het gehele zorgaanbod 'orthopsychiatrie in de wijk'. In het gezinshuis dragen, bij voorkeur twee, professioneel geschoolde opvoedouders de zorg voor maximaal vier kinderen. Een van deze kinderen heeft orthopsychiatrische problematiek. De inhoudelijke aspecten waarmee rekening moet worden gehouden bij het vormgeven van de woonvoorziening en, de stappen die gezet moeten worden om te komen tot een kleinschalige woonvoorziening, staan beschreven in dit hoofdstuk.

Er wordt ingegaan op de taken en kwaliteiten van de professionele opvoedouders (§ 1.2) en op de uitgangspunten die de professionele opvoedouders hanteren in de begeleiding en opvoeding van de kinderen (§ 1.3). In paragraaf 4.4 staan de criteria beschreven waar kandidaten aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor de baan van professionele opvoedouder.

4.2 Taken en kwaliteiten van professionele opvoedouders

Vanwege de problematiek van kinderen in gezinshuizen is het van groot belang dat zij niet enkel door welwillende, maar ook door professionele en ervaren opvoeders worden opgevoed. Professionele opvoedouders hebben kennis van de doelgroep en extra opvoedvaardigheden nodig om goed te kunnen functioneren. In het geval van het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk', waarbij de ernst en de aard van de problematiek een zwaardere belasting is voor professionele opvoedouder, geldt dit des te meer. Om die reden worden zij extra toegerust bij het vervullen van hun opvoedtaak. De belangrijkste taken van een professionele opvoedouder zijn in het Functieboek Jeugdzorg (2009) omschreven. In bijlage 3 staat een samenvatting.

Een professionele opvoedouder die in dienst is bij een zorgaanbieder, moet minimaal over een HBO werk- en denkniveau beschikken op het gebied van de pedagogiek of didactiek. Daarnaast moet een professionele opvoedouder kennis van en inzicht hebben in de relevante hulpverleningsmethodieken. In het Functieboek Jeugdzorg worden daarnaast nog een aantal specifieke functiekenmerken genoemd. Deze zijn uiteengezet in bijlage 4.

4.3 Uitgangspunten van de professionele opvoedouders bij de begeleiding en opvoeding van kinderen met orthopsychiatrische problematiek

Bij het uitvoeren van hun taken werken professionele opvoedouders vanuit een autoritatieve opvoedingsstijl. Dit wil zeggen dat de opvoeder het gezag heeft, het kind duidelijkheid en structuur biedt en aansluit bij diens behoeften, mogelijkheden en problemen. De opvoeder stimuleert waar mogelijk zelfstandig gedrag bij het kind dat zo veel mogelijk passend is bij zijn/haar leeftijd, maar houdt tevens rekening met het feit dat het kind met orthopsychiatrische problematiek op sociaal-emotioneel gebied een achterstand heeft. Verder blijft de opvoeder rustig en vriendelijk en toont warmte en betrokkenheid richting het kind. De opvoeder is voorspelbaar als persoon en in zijn gedrag richting het kind. Dit komt tot uiting in de structuur van de dagelijkse routine en door de benadering van het kind vanuit de principes van PMTO. Daarnaast is de opvoeder ook betrouwbaar in zijn handelen. Dit laatste betekent dat de opvoeder aan het kind laat merken dat er met hem/haar wordt omgegaan zoals afgesproken. De opvoeder leeft 'hardop voor' (geeft woorden aan wat hij/zij doet) en geeft duidelijke instructies zonder een emotionele lading. De opvoeder is geestelijk en lichamelijk beschikbaar voor het kind en past zich daarbij aan, aan wat het kind nodig heeft. De opvoedouder zorgt ervoor dat hij thuis fysiek aanwezig is en voldoende relationele-emotionele afstand houdt tot de het kind , maar wel de mogelijkheden benoemt en creëert tot het maken van contact.

Het contact met het gezin van herkomst is erg belangrijk. De opvoeder toont interesse in het gezin van herkomst en geeft de ouders een plek. De opvoeder gaat met de biologische ouder en het kind in gesprek zodat de ouders het kind toestemming kunnen geven voor het verblijf in het gezinshuis. Op die manier wordt getracht om loyaliteitsproblemen te voorkomen.

De professionele opvoedouder heeft relationele-emotionele afstand tot het geplaatste kind. Dit wil zeggen dat de opvoedouder op het gedrag van het kind reageert zonder te reageren vanuit zijn/haar eigen emotie. De opvoedouder trekt zich het gedrag van de kinderen niet persoonlijk aan, maar kan denken 'dit kind heeft een probleem'. De opvoedouder is sensitief richting het kind, maar kan hem met rust laten wanneer het kind dit wil/nodig heeft. Professionele opvoedouders benutten hulpbronnen om zich heen om tijd voor zichzelf te nemen en creëren hulpbronnen om het kind heen. De professionele opvoedouder deelt de zorg voor het kind met de hulpbronnen door met hen samen te werken. De opvoedouder heeft reële en lage verwachtingen over een plaatsing. Er wordt gewerkt in kleine stappen, zodat het kind succeservaringen kan opdoen en zelfvertrouwen kan vergroten. De opvoedouder stimuleert en ondersteunt door aan het kind te benoemen wat hij kan en wil leren. De opvoedouder heeft kennis van de normale en de verstoorde ontwikkeling van kinderen en kan dit gebruiken in de ondersteuning aan het kind. De professionele opvoedouders weten wat hun rol is in het hulpverleningsproces en kunnen deze eigen rol en

verantwoordelijkheid aangeven (De Baat, M., Berg-Le-Clercq, T. & van der Steege, M., 2012). Kenmerken van de professionele opvoedouders en gestelde criteria

De diversiteit in taken en benodigde vaardigheden van de professionele opvoedouders vraagt om een uitgebreide selectieprocedure. De selectieprocedure moet uiteindelijk resulteren in een sterkte-zwakte analyse van de sollicitanten waarna een besluit kan worden genomen over het aannemen of afwijzen van de sollicitanten. Hierbij moet worden opgemerkt dat de perfecte professionele opvoedouder niet bestaat vanwege de uiteenlopende en soms tegengestelde kenmerken en/of criteria die van de opvoedouder worden verwacht.

Naar aanleiding van de taken, de uitgangpunten voor de begeleiding van kinderen en benodigde (persoonlijkheids)kenmerken van de professionele opvoeders is er een lijst met criteria opgesteld die gebruikt wordt in de sollicitatieprocedure (zie bijlage 5).

4.4 Ervaringen vanuit de pilot

Zoals genoemd bestaan er geen professionele opvoedouders die aan alle opvoedcriteria voldoen. Het uitgangspunt is dan ook: 80% is goed genoeg. Het is belangrijk dat bij de selectieprocedure deskundige en ervaren hulpverleners met ervaring in het werken met de doelgroep en de gezinshuizen betrokken zijn. Sollicitanten schatten veelal de taakbelasting en werkdruk lichter op dan dat zij deze in de realiteit (zullen) ervaren. Daarnaast kan het werk vanuit een idealistisch oogpunt zelfs geromantiseerd worden en is het mede daarom van groot belang dat de ernst van de problematiek van de doelgroep en de belasting voor het gezinssysteem duidelijk benadrukt wordt. De pilot heeft uitgewezen dat het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' staat of valt met de selectie van de professionele opvoedouders. In de pilot bleken een aantal competenties en kwaliteiten van de professionele opvoedouders van groot belang. Vanwege het specialistische karakter van het gezinshuis zal de selectie zeer streng moeten zijn. Dit betekent ook dat aan bepaalde criteria niet mag worden getornd. Het is essentieel dat de professionele opvoedouders al ervaring hebben met de doelgroep, het liefst ook in gezinsverband, zodat zij weten wat hen te wachten staat. Er mogen veiligheidshalve geen jonge kinderen in het gezinssysteem wonen. Ook dienen opvoedouders over de energie en veerkracht te beschikken die nodig is om op moeilijke momenten het lange termijn perspectief te kunnen vasthouden. In verband hiermee is vastgesteld dat professionele opvoedouders bij de aanvang van het gezinshuis niet ouder mogen zijn dan 55 jaar. Essentieel is dat de opvoedouders niet alleen vanuit een idealistisch oogpunt gemotiveerd zijn om dit werk te doen. Van belang is dat zij ook kunnen aantonen op welke manier zij zelf energie en motivatie krijgen uit het werken met deze kinderen. Professionele opvoedouders moeten in staat zijn om op meerdere vlakken hun eigen grenzen te bewaken. Zij hebben hobby's, ontspanningsactiviteiten en een steunend netwerk nodig om hun

draagkracht indien nodig te vergroten. Vanwege de representatieve functie die zij hebben en omdat van hen gevraagd wordt om samen te werken met verschillende partijen, is het noodzakelijk dat zij beschikken over bovengemiddelde communicatieve vaardigheden. Tenslotte kunnen geen concessies worden gedaan aan de bereidheid en de mogelijkheid van de professionele opvoedouders om Parent Management Training Oregon (PMTO) te volgen en om te reflecteren op hun eigen handelen. De taak van een professionele opvoedouder vraagt nu eenmaal flexibiliteit en aanpassingsvermogen. Zelfreflectie is daarbij een onmisbare kwaliteit.

4.5 Professionele opvoedouders werven

Opvoedouders kunnen op verschillende manieren worden geworven. Vacatures kunnen worden geplaatst op de website van de zorgaanbieder, op een vacaturesite, in een dagblad of op andere manier onder de aandacht worden gebracht.

De ervaring leert dat er niet een specifieke strategie is voor het werven van professionele opvoedouders. Geïnteresseerden en kandidaten geven aan dat zij veelal 'door toeval' op de vacature zijn gestuit en van daaruit zijn gaan onderzoeken wat de vacature precies inhoudt. Hun interesse is gewekt vanuit het idee dat ze graag iets voor kinderen willen doen of omdat vrienden/familie hen wezen op deze vacature die bij hen lijkt te passen. Het komt ook voor dat professionele opvoedouders de hulpverleningsvorm kennen en actief zoeken naar een plek waar zij als professionele opvoedouders aan de slag kunnen. Vanwege bovenstaand feit is het belangrijk dat er breed wordt geworven om professionele opvoedouders te vinden.

Het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' vereist dat sollicitanten kennis hebben van de jeugdzorg. Geschikte kandidaten zullen daardoor zeer waarschijnlijk eerder gericht via hun netwerk dan door toeval solliciteren.

4.6 De sollicitatieprocedure

In de sollicitatieprocedure worden aspirant opvoedouders uitgebreid gescreend op hun vaardigheden, competenties en professionaliteit. Daarbij worden ze goed voorgelicht over de doelgroep van het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk', waarmee ze te maken krijgen en de bijbehorende consequenties voor de inrichting van het gezinshuisleven. Beide opvoeders worden volledig meegenomen in de procedure, niet alleen de opvoeder die fulltime beschikbaar zal zijn. De opbouw van de sollicitatieprocedure staat beschreven in bijlage 6.

4.6.1 Kennismakingsgesprek: doel van het gesprek

Doel van het kennismakingsgesprek is informatie verstrekken met betrekking tot de organisatie, de aard van het werk en de kaders waarbinnen de professionele opvoedouders zullen functioneren. Ook wordt er door de organisatie een eerste

inschatting gemaakt van de kandidaten met betrekking tot motivatie, kennis, vaardigheden en houdingsaspecten. Gespreksonderwerpen die aan bod komen staan weergegeven in bijlage 7.

4.6.2 Competentie-analyse

Om zicht te krijgen op relevante competenties van de kandidaten wordt gebruik gemaakt van de competentie-analyse voor professionele opvoeders ontworpen door Bureau Vonk. Deze test is een afgeleide variant van de uitgebreide competentie-analyse van Vonk en speciaal gericht op competenties die van belang zijn voor professionele opvoeders.

Doel van de competentie-analyse, binnen de sollicitatieprocedure, is middels een objectief meetinstrument zicht krijgen op de competenties en ontwikkelingspunten die bij kandidaten aanwezig zijn. De test bestaat uit een grote hoeveelheid vragen waarbij er telkens twee stellingen naast elkaar worden gezet. De maker wordt gevraagd om uit die twee mogelijkheden de stelling te kiezen die het beste bij hem of haar past. De test wordt gemaakt op de computer, via de online testomgeving van Vonk (www.vonk.pro), middels inlogcodes die via de zorgaanbieder worden verstrekt. Na het afronden van de test wordt er door Vonk een competentieprofiel opgesteld, op basis van de gegeven antwoorden. Dit wordt toegezonden aan de gedragswetenschapper die belast is met de sollicitatieprocedure.

4.6.3 Terugkoppelingsgesprek met de professionele opvoedouders door de gedragswetenschapper

De uitkomsten van de competentie-analyse worden besproken met de sollicitanten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de rapportage van Vonk-expertise. Het gesprek wordt geleid door een gedragswetenschapper en de teamleider van het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'. Eén van hen heeft de training met betrekking tot terugkoppeling competentie-analyse gevolgd. De test meet een aantal competenties en gaat daarbij uit van het feit dat wat in aard en aanleg aanwezig is, (en gemeten wordt) ons gedrag grotendeels bepaalt op momenten van stress. Het is belangrijk deze aard en aanleg te kennen zodat bekeken kan worden of de sollicitanten geschikt zijn voor de functie van professionele opvoedouder. De competenties die worden gemeten en besproken staan in bijlage 8.

4.6.4 Gesprekken eigen levensgeschiedenis, normen & waarden en opvoedingsstijl

Het doel van deze gesprekken is om inzicht te verkrijgen in de levensgeschiedenis van de sollicitanten met als doel competenties en vaardigheden waarover zij wel/ niet beschikken verder te verduidelijken. Het eerste gesprek wordt bij de sollicitanten thuis gevoerd zodat ook een indruk ontstaat over de sfeer en de huishouding die de sollicitanten voeren. De sollicitanten hebben van te voren een tijdslijn gemaakt (zie

bijlage 9). In bijlage 10 staan de thema's weergegeven die tijdens de gesprekken centraal staan.

Hierbij wordt uitgebreid stil gestaan bij wat het professionele opvoederschap inhoudt en welk beroep het doet op de professionele opvoedouders. In gesprek wordt bekeken in hoeverre sollicitanten zijn voorbereid op deze taak en een realistische inschatting kunnen maken van het 'gezinshuisleven'. Ervaring en deskundigheid van sollicitanten in het werken met de doelgroep is een vereiste om hierin een adequate afweging te kunnen maken.

4.6.5 Sterkte-zwakte analyse sollicitanten

Op basis van alle gesprekken inclusief de competentie-analyse wordt een sterkte-zwakte analyse gemaakt en de checklist criteria/competenties professionele opvoedouders ingevuld. Binnen het multidisciplinair basisteam 'orthopsychiatrie in de wijk'² wordt vervolgens de balans opgemaakt en wordt besloten of er een positief of negatief advies voor aannname wordt gegeven.

4.6.6 Besluit met betrekking tot aanstelling

Onder eindverantwoordelijkheid van het management van de zorgaanbieder wordt in samenspraak met de behandelcoördinator/gedragwetenschapper besloten of de kandidaat opvoedouders wel of geen (langdurige) aanstelling krijgen. Ook wordt besloten over de omvang van de eventuele aanstelling. Dit besluit wordt genomen op basis van alle beschikbare gegevens en het advies van het multidisciplinair basisteam 'orthopsychiatrie in de wijk'.

4.6.7 Arbeidsvoorwaardelijk gesprek met afdelingsmanager en afdeling P&O

Tijdens het gesprek over arbeidsvoorwaarden wordt de zakelijke kant van de aanstelling doorgenomen en worden de professionele opvoedouders specifiek ingelicht over zaken als omvang van de aanstelling, salaris, vrije tijd en vakanties, etc.

4.6.8 Opvragen verklaring goed gedrag

Om de aanstelling af te ronden, dienen de professionele opvoedouders een verklaring van goed gedrag te overleggen. Deze verklaring kunnen zij op kosten van de zorgaanbieder opvragen bij de Gemeente waar zij op dat moment woonachtig zijn.

4.6.9 De professionele opvoedouders in dienst nemen

Bij het in dienst nemen van de professionele opvoedouders is het belangrijk dat zij goed op de hoogte zijn van hun verplichtingen, maar ook realistische verwachtingen

² In hoofdstuk vijf staat beschreven wie er in het multidisciplinair basisteam zitting neemt.

hebben van wat er door de zorgaanbieder geregeld wordt. Het is dan ook belangrijk dat alle taken en verantwoordelijkheden zijn besproken. De werkbegeleider is ervoor verantwoordelijk dat alle betrokken disciplines voorafgaand aan de plaatsing van de kinderen die in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' komen wonen, hun taken goed uitvoeren. Hieronder vallen:

1. De praktische opstart van het gezinshuis: inventaris/contact technische dienst/verzekeringen eigen inboedel; schade(vergoedingen) wanneer kinderen schade hebben veroorzaakt
2. De algemene organisatiezaken: CAO-boekje, afspraak met administratie over declaraties/budgetbeheer/medisch; regelgeving doornemen; dossierbeheer; lijst met belangrijke telefoonnummers (intern);
3. De omgaan met huis, tuin en bus: regels doornemen omtrent onderhoud huis, afspraken over onderhoud tuin, gebruik bus en evt. bijhouden kilometers.
4. Computergebruik: mailaccount, toegang tot het (elektronisch) registratiesysteem van de zorgaanbieder, meldingen, handboek, BergOp, digitaal dossier, etc.
5. Contact onderhouden met de (semi)professionals rondom het kind.

4.7 Een woonhuis beschikbaar stellen en bewoonbaar maken

De zorgaanbieder draagt de verantwoordelijkheid om een huis beschikbaar te stellen waarin voldoende ruimte is om het kerngezin met vier kinderen te laten wonen. De basisinrichting wordt in overleg tussen zorgaanbieder en de professionele opvoedouders aangeschaft. Er worden afspraken gemaakt over de volgende onderwerpen: afhandeling van praktische zaken bij aankomst; korte communicatielijnen en contact opnemen indien nodig; groot en klein onderhoud; tuin en terrein onderhoud; afwerking niveau interieur; specifieke aanpassingen of verbetering op verzoek van de professionele opvoedouders; de inventaris en de afhandeling van praktische zaken bij vertrek.

4.8 De professionele opvoedouders begeleiden bij hun intrek in het gezinshuis

Ter voorbereiding op de plaatsing van de kinderen in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' vinden er aantal gesprekken plaats over het professioneel opvoederschap tussen de professionele opvoedouders en de gedragswetenschapper. In de aanloop naar deze gesprekken lezen de opvoedouders een aantal artikelen die inzicht geven in zowel de problematiek van de doelgroep alsook het appel dat de kinderen in het gezinshuis op de professionele opvoeders zullen doen. De inhoud van deze artikelen staat tijdens enkele van deze gesprekken centraal. Ook wordt met elkaar teruggeblikt op de eerdere ervaringen die de professionele opvoedouders met de doelgroep hebben opgedaan en vooruitgeblikt naar wat zij denken nodig te hebben om hun

opvoedtaak goed te kunnen vervullen. Hierbij wordt voortgebouwd op de gesprekken uit de sollicitatieprocedure en de daar besproken onderwerpen en thema's. De thema's die belangrijk zijn in de begeleiding van kinderen met orthopsychiatrische problematiek komen tijdens de gesprekken aan bod. Deze staan beschreven in bijlage 11.

De opvoedouders worden naast deze gesprekken intern geschoold in het omgaan met hun specifieke verantwoordelijkheden binnen het hulpverleningsproces en de dagelijkse zorg voor de kinderen. De verschillende disciplines binnen het multidisciplinair team hebben hierin ieder een eigen rol (zie § 5.2). De professionele opvoedouders krijgen scholing over de volgende onderwerpen:

- *Psychiatrische problematiek en medicatiegebruik*: Het is van belang dat de professionele opvoedouders kennis hebben van de meest voorkomende psychiatrische problematiek bij kinderen die geplaatst worden in gezinshuizen. Voorafgaand aan elke plaatsing worden de opvoedouders goed geïnformeerd over de specifieke individuele kindproblematiek. Om deze problematiek goed te kunnen plaatsen is een basis aan kennis nodig. De DSM-IV (binnenkort de DSM V) en de CAP-J worden gebruikt als informatiebronnen om de opvoedouders hierin 'bij te scholen'.
- *Kennis van de sociale kaart*: Om een goede samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' te garanderen, is het van belang dat de opvoedouders goede kennis hebben van de sociale kaart in hun regio. Dit betekent dat de professionele opvoedouders goed op de hoogte moeten worden gebracht van de (jeugdzorg)instanties in de buurt. In Utrecht gaat het hier over BJZ Utrecht, Altrecht (GGZ), de Rading (PMTO), Trajectum, Portes (welzijnsorganisatie) en het Leger des Heils Reclassering. Professionele opvoedouders moeten weten welke zorg, hulp en activiteiten er door hen worden geboden. Ook de verschillende onderwijsvormen moeten onder de aandacht worden gebracht met de nadruk op Cluster 4 (in Utrecht de Pels) vanwege het feit dat het kind met psychiatrische problematiek op dit type onderwijs is aangewezen.
- *Deelname aan Parent Management Training oregon (PMTO)*: PMTO zal voorafgaand aan de plaatsing van de kinderen starten, zodat de professionele opvoedouders samen met de therapeut alvast stappen kunnen zetten in het zich eigen maken van de methodiek.

4.9 De professionele opvoedouders actief betrekken bij het hulpverleningsproces

Het is belangrijk dat de professionele opvoedouders goed weten hoe de taakverdeling binnen het team eruit ziet en wat er binnen de hulpverlening van hen wordt verwacht. Daarnaast zijn er veel zaken die bij hen geïntroduceerd moeten

worden. In bijlage 12 staat een opsomming van zaken die meer of minder uitgebreid met hen besproken wordt voorafgaand aan de plaatsing van de kinderen.

4.10 Algemene organisatorische zaken in de opvoeding

Omdat de professionele opvoedouders van het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' ervaring hebben met de verzorging en specifieke opvoeding van (gezinshuis)kinderen, zijn zij bekend met de algemene aspecten van het opvoederschap. De ervaring leert echter dat ook voor de ervaren opvoeders geldt dat alertheid geboden is. Er zijn vele concrete zaken die zij (eventueel met hulp) moeten regelen en waar zij zicht op moeten houden. Deze staan weergegeven in bijlage 13.

4.11 Omgang met het sociaal netwerk en hechtingsfiguren

Er zijn vaak meerdere betrokken volwassenen bij het kind en ook sociale contacten die zijn ontstaan op plekken waar het kind eerder geplaatst is geweest kunnen belangrijk zijn voor het kind. De professionele opvoedouders dienen hier dan ook zorgvuldig mee om te gaan. Zij houden bijvoorbeeld rekening met verjaardagen van hechtingsfiguren, zoals vader, moeder, broertjes en zusjes, oma's en opa's. Daarnaast gaan zij onder begeleiding van het multidisciplinair basisteam 'orthopsychiatrie in de wijk' aan de slag met het maken van een levensboek met het kind. Ook coördineren de professionele opvoedouders actief belafspraken en bezoeken van en aan belangrijke mensen in het sociale netwerk van de kinderen. In alle contacten houden zij rekening met de loyaliteit die de kinderen voelen naar hun familie en gezin van herkomst.

4.12 Kinderen selecteren voor het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'

Het is de bedoeling dat alle kinderen die in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' worden geplaatst, daar een veilige plek vinden om op te groeien. De praktijk wijst uit dat een verticale opbouw in leeftijd wenselijk is in het gezinshuis. Ook in de literatuur is hier enige onderbouwing voor gevonden (De Baat et al. 2012). Dit betekent dat de leeftijden van de kinderen niet aansluitend zijn en dat de kinderen zo mogelijk in een verschillende leeftijdsfase zitten. Door hier voor te kiezen wordt competitie tussen de kinderen zoveel mogelijk voorkomen. Ook is het van belang om te kijken naar de problematiek van de individuele kinderen voor een goede match. Indien de inschatting wordt gemaakt dat twee kinderen elkaars problematiek zullen versterken is het raadzaam om naar een andere 'match' te kijken. Uiteraard dient bij de selectie en plaatsing van de kinderen ook de veiligheid van alle kinderen voorop te staan. Bij de start van het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' gaat de voorkeur uit naar het plaatsen van een jonger kind behorende tot de orthopsychiatrie doelgroep (tussen zes en negen jaar) en twee of drie iets oudere kinderen met een gezinshuis indicatie. Indien het kind met orthopsychiatrie problematiek al wat ouder is, dient er in ieder geval een verschil van een paar jaar in leeftijd te zijn met de andere

kinderen. Essentieel is verder dat de drie andere kinderen net als het kind dat behoort tot de doelgroep behoefte hebben aan een specifiek opvoedingsklimaat waarin structuur en duidelijkheid in hoge mate aanwezig zijn.

Het is van belang om de kinderen gefaseerd te plaatsen. Op die manier kan het kind dat wordt geplaatst rustig wennen aan zijn nieuwe situatie en kunnen de professionele opvoedouders hun aandacht speciaal richten op de nieuwkomer. Ook heeft het de voorkeur om het kind dat behoort tot de orthopsychiatrische doelgroep niet als laatste te plaatsen zodat het risico op uitsluiting van dit kind door de andere kinderen wordt verkleind.

4.13 Ervaringen vanuit de pilot en vanuit reguliere gezinshuizen

Een goede match tussen zowel de professionele opvoedouders en de kinderen, als kinderen in het gezinshuis onderling is van groot belang voor de kans op een geslaagde gezinshuisplaatsing. Helaas is er nog veel onduidelijk over de specifieke (risico-)factoren die van invloed zijn op deze match. Praktijkervaringen vanuit zowel de pleegzorg als vanuit reguliere gezinshuizen wijzen er op dat het belangrijk is om bij het 'matchen' de volgende aspecten mee te wegen:

- Kind-problematiek in combinatie met de kwaliteiten van de professionele opvoedouders. Indien hierin een goede match wordt gevonden, dan lijkt dit een 'werkzame' factor te zijn. Indien het kind bijvoorbeeld een fors agressie-regulatieprobleem heeft maar de professionele opvoedouder heeft van nature een rustige en luchtige basishouding, dan vergroot dit de kans van slagen van de plaatsing.
- Temperament van de professionele opvoedouders (in combinatie met hun specifieke competenties en vaardigheden) en temperament van het kind.
- De mate waarin de professionele opvoedouders zelf veilig zijn gehecht.

De eerste ontmoeting en de eerste indruk heeft vaak effect op het verloop van de plaatsing. Bij een goede eerste indruk, van beide kanten, lijkt de plaatsing meer kans van slagen te hebben. Meer onderzoek is nodig om deze aspecten te kunnen objectiveren en deze concepten te kunnen verdelen in duidelijke 'matchingcriteria'.

4.13.1 Kinderen plaatsen

Kinderen plaatsen gebeurt met grote zorgvuldigheid zodat tijdens het wentraject tijd, ruimte en aandacht is voor elkaar en voor het (loslatings)proces. Dit proces brengt voor de kinderen vaak ambivalente en stress-gevoelens met zich mee. Zij bereiden zich voor op een nieuwe plek, moeten zich losmaken van hun huidige leefomgeving en veelal moeten ze (opnieuw) accepteren dat zij niet thuis bij hun biologische ouders worden geplaatst. Voor professionele opvoedouders is het ook een spannende periode waarin het vooraf voorbereide traject concreet wordt. Ook hierbij

spelen vaak dubbele gevoelens een rol. Een eerste ontmoeting tussen het kind en de professionele opvoedouders roept veel emoties op en is tegelijkertijd een kostbaar moment waarop er een gevoel van verbondenheid kan ontstaan.

4.13.2 Indicatiebesluit en afstemmingsgesprek

Voorafgaand aan het kennismakingstraject dient een officiële route te worden bewandeld. Na het indienen van een aanvraag bij Bureau Jeugdzorg (BJZ), draagt BJZ zorg voor het indicatiebesluit en stuurt dit inclusief het dossier op naar de zorgaanbieder. De stappen die hierbij worden gezet staan in bijlage 14. Bij een terechte en volledige aanmelding vindt er een afstemmingsgesprek plaats en worden de einddoelen geformuleerd. Bij het afstemmingsgesprek zijn (afhankelijk van de leeftijd) het kind de biologische of adoptieouders en/of de (gezins)voogd, andere (relevante) betrokkenen en de zorgaanbieder aanwezig. Tijdens deze bijeenkomst wordt de belangrijke rol van de biologische of adoptieouders benadrukt door de gedragswetenschapper. Voor aanvang van het afstemmingsgesprek schrijft de gedragswetenschapper van de nieuwe zorgaanbieder het eerste hulpverleningsplan op basis van verkregen informatie over het kind. De reactie en instemming van alle betrokkenen wordt opgenomen in het plan. In het gesprek wordt verder informatie gegeven over de dagelijkse gang van zaken in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'. Tevens wordt aan de biologische ouders/voogd en het kind gevraagd wat hun concrete hulpvragen en hun wensen en doelen zijn ten aanzien van het wonen in het gezinshuis en wordt ingegaan op eventuele vragen. De biologische ouders of de voogd en het kind kunnen nadere informatie geven over recente ontwikkelingen in het leven van het kind. Ook worden afspraken gemaakt over een bezoeksregeling en telefonische contacten.

4.13.3 Kennismaking

De eerste kennismaking vindt plaats op het terrein/de leefomgeving waar het kind op dat moment verblijft. De professionele opvoedouders komen op bezoek om het kind te ontmoeten. Dit gebeurt onder begeleiding van de pedagogisch medewerker die op dat moment dienst heeft en in bijzijn van de biologische of adoptieouders of de voogd. De pedagogisch medewerker brengt het gesprek op gang en draagt bij aan een ontspannen en luchtige sfeer die optimaal is voor de professionele opvoederouders en het kind om elkaar te leren kennen. Voorafgaand aan het gesprek wordt met de betrokken deelnemers overlegd hoe de structuur van de kennismaking er het beste uit kan zien. De professionele opvoedouders gaan vanaf de kennismaking een verbintenis aan met het kind. De problemen die ze vervolgens in die verbinding met het kind onvermijdelijk zullen tegenkomen, zijn dan de noodzakelijk hobbels op weg naar het stapsgewijs opbouwen van een vertrouwensrelatie.

4.13.4 Regelen praktische zaken

Door het multidisciplinair basisteam wordt nagegaan welke praktische zaken nog geregeld moeten worden. Hierbij wordt een checklist gehanteerd van de voorziening waar het kind vandaan komt, waarin onder meer aandacht is voor het regelen van eens school, eventueel vervoer naar school, een kledinglijst, de ziektekostenverzekering, tandarts etc.

4.13.5 Het kind plaatsen op het Speciaal Onderwijs

Voor het kind met orthopsychiatrische problematiek geldt dat er altijd een REC4 indicatie is of moet worden aangevraagd bij de Commissie van Indicatie van het Expertise Centrum Speciaal Onderwijs (www.ecso.nl). Wanneer de indicatie is afgegeven kan het kind worden aangemeld bij het Speciaal Onderwijs.

In Utrecht wordt hierin samengewerkt met school voor Speciaal Onderwijs de Pels. Op deze basisschool zijn zes groepen, voor leerlingen van zes tot twaalf jaar. De leerlingen worden ingedeeld in jaargroepen van ongeveer twaalf leerlingen. Naast de gewone 'leervakken' is er ook de mogelijkheid om praktijkvakken te doen. Naast gymnastiek en handenarbeid is er ook de mogelijkheid om te werken aan vaardigheden op het gebied van koken, van groen-voorzieningen en techniek (www.depels.nl).

De aanmelding van het kind dient op SO de Pels te worden goedgekeurd door de Commissie van Begeleiding. Ruim van tevoren wordt het dossier van het kind door de zorginstelling waar het kind op dat moment verblijft naar de school gestuurd en bestudeerd.

Zowel de Commissie van Indicatie als de Commissie van Begeleiding vergadert op vaste momenten. Dit betekent dat een heel aanmeldingstraject tot een paar maanden in beslag kan nemen. Het is dus van belang om de aanvragen tijdig in gang te zetten. Alleen zo kan worden gewaarborgd dat het kind direct na zijn plaatsing in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' kan starten op zijn nieuwe school. Om een REC4-indicatie aan te vragen bij de Commissie van Indicatie dienen een aantal stappen te worden gezet. Deze staan beschreven in bijlage 15.

4.13.6 Inzet andere modules of hulpverlening

Zo nodig kan gedurende de behandelingsfase worden verwezen naar andere vormen van therapie/hulpverlening of kan een psychologisch onderzoek worden aangevraagd (zie ook hoofdstuk vijf). Dit wordt besloten tijdens een officieel evaluatiemoment met alle betrokkenen. De gedragswetenschapper/behandelcoördinator organiseert deze hulp.

4.14 Contacten met derden

In principe onderhouden de professionele opvoedouders de dagelijkse contacten met school en betrokken hulpverleners. Zij gaan naar de (rapport)besprekingen op de scholen van de kinderen. Mocht hier aanleiding voor zijn dan neemt de behandelcoördinator/gedragswetenschapper in afstemming met de professionele opvoedouders en de PMTO-therapeut contact op met de leerkracht of wordt een afspraak gemaakt op school.

4.15 Logistieke ondersteuning

De professionele opvoedouders worden logistiek extra ondersteund vanwege de specifieke zorgbehoeften van het kind. Kinderen die behoren tot de doelgroep hebben vaak elders therapie, zitten op het Speciaal Onderwijs, doen langer over hun zwemdiploma, etc. Kortom, alles wat dit kind nodig heeft, wordt op maat georganiseerd. Door dit alles te faciliteren in een woonwijk, in een gewone leefomgeving kunnen deze kinderen zo gewoon mogelijk opgroeien en wordt een zo groot mogelijke integratie in de maatschappij nagestreefd.

4.16 Voortijdige beëindiging plaatsing

Om verschillende redenen kan een plaatsing in een gezinshuis beëindigd worden. Het is in dat geval van belang om de plaatsing zo goed mogelijk af te ronden. Dit in het belang van alle betrokkenen. De afbouwfase moet zo kort mogelijk, en bij voorkeur niet langer dan drie maanden, duren. Dit om het kind zo kort mogelijk in een onzekere situatie te laten blijven. De casemanager of de gezinsvoogd heeft bij het effectueren van de vervolgplaatsing een belangrijke rol. Hij is verantwoordelijk voor een eventuele aanmelding elders, begeleiding van de biologische ouders in dit proces, begeleiden van het kind bij bezoeken ter voorbereiding van de plaatsing en bij de plaatsing zelf.

De professionele opvoedouders hebben in een aantal gevallen (vooral bij plaatsingen die langere tijd hebben geduurd) een belangrijke rol (gehad) in het leven van de kinderen. Het kan dan ook in het belang van het kind zijn de contacten met de opvoedouders niet abrupt te verbreken. Per situatie zal moeten worden bekeken welke rol de professionele opvoedouders kunnen vervullen in het traject van de vervolgplaatsing en ook na beëindiging van de plaatsing (bijvoorbeeld mogelijkheden van schriftelijk contact, bezoeken of logeren).

5 Het zorgaanbod afstemmen op kinderen en opvoedouders

5.1 Inleiding

Het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' biedt een stabiele ontwikkelings- en opvoedingsomgeving gekenmerkt door een klimaat van basisveiligheid. Naast verblijf binnen een klimaat van basisveiligheid ontvangen kinderen en biologische ouders aanvullende hulp, die op maat wordt ingezet. Daarnaast worden de professionele opvoedouders intensief ondersteund bij het uitvoeren van hun taak.

In een gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' wordt de kracht van het gewone leven gecombineerd met professionaliteit van de professionele opvoedouders en de specialistische expertise van het ondersteunende multidisciplinair team.

Naast de professionele opvoedouders zijn er andere hulpverleners betrokken bij het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'. Zij werken samen in een multidisciplinair basisteam dat het gezinshuis ondersteunt. Hierin neemt in ieder geval een teamleider zitting, een behandelcoördinator/gedragswetenschapper van de zorgaanbieder, een maatschappelijk werker of gezinsbegeleider van de zorgaanbieder en de PMTO-therapeut. Dit multidisciplinair basisteam creëert de randvoorwaarden die nodig zijn om een gezinsklimaat neer te zetten waarin de kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen. In grote lijnen vertegenwoordigt en bewaakt de teamleider het primair proces, zijn de behandelcoördinator/gedragswetenschapper³ en de PMTO-therapeut verantwoordelijk voor de inhoudelijke hulpverlening en draagt de maatschappelijk werker/gezinsbegeleider zorg voor de balans in draagkracht-draaglast van de professionele opvoedouders. Het multidisciplinair basisteam wordt versterkt door andere betrokken hulpverleners of belangrijke contactpersonen. Te denken valt aan de casemanager of voogd, de kinder- en jeugdpsychiater van Altrecht, een vertegenwoordiger van SO de Pels en een sociaal makelaar van Portes (zie voor meer informatie hoofdstuk zeven). Alle hulpverleners tezamen vormen het multidisciplinair team.

³ De behandelcoördinator is eindverantwoordelijk voor de inhoud van de behandeling en bewaakt dat de PMTOmethodiek leidend is op de werkvloer.

5.2 Modules

Routine, dagelijkse structuur en methodisch handelen zijn geïntegreerd in het dagelijks leven in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'. De gezinshuisconstellatie beweegt bewust mee met problematiek van het kind. Professionele opvoedouders worden toegerust op hun taak door de inzet van verschillende modules:

- Psycho-educatie rondom hechtingsproblematiek in cursusvorm. Bij de invulling van deze module wordt uitgegaan van het artikel: Wat werkt bij hechtingsproblemen? (Bartelink, C., 2013).
- Parent Management Training Oregon (PMTO) als basismethodiek in het benaderen en opvoeden van de kinderen in het gezinshuis.
- Psychiatrische consultatie door toevoegen van een kinderpsychiater aan het multidisciplinair team 'orthopsychiatrie in de wijk'.
- Consultatie over kinderen met orthopsychiatrische problematiek (optioneel)
- Coaching on the job (optioneel).

Hieronder volgt een overzicht van de modules en de wijze waarop de zorg op elkaar wordt afgestemd.

5.3 Psycho-educatie voor professionele opvoedouders over hechting

Hoewel de professionele opvoedouders al ervaring hebben in het werken met de doelgroep, is het van groot belang dat zij theoretisch goed zijn onderlegd op het gebied van de reactieve hechtingsstoornis, type gedesoriënteerde hechting, die de kinderen van de doelgroep kenmerkt. Door hen 'bij te scholen' op dit onderwerp, kunnen de professionele opvoedouders hun kennis hierover oprispen en vertalen naar het specifieke kind en diens specifieke situatie. In dit kader wordt hen een meerdaagse cursus "Hechting" aangeboden. Tijdens deze cursus, die wordt gegeven door de Rading, komen de belangrijkste aspecten die met hechting en hechtingsproblematiek samenhangen aan bod. In bijlage 16 wordt op deze thema's nader ingegaan. Aandacht wordt besteed aan het ontstaan van gehechtheid, de kern bij het herstellen van onveilige hechting, gehechtheid bij kinderen in vervangende opvoedsituaties: verstoorde hechting en hechtingsthema's die van belang zijn in gezinsvervangende situaties.

5.4 Parent Management Training Oregon (PMTO)

De Professionele opvoedouders worden in de opvoeding en begeleiding van het kind structureel ondersteund door middel van PMTO omdat deze methodiek goed aansluit bij de ondersteuningsbehoefte van kinderen met orthopsychiatrische problematiek. PMTO is een ambulante mediatiebehandeling die zich richt op ouders/opvoeders van

kinderen met ernstige gedragsproblemen in de leeftijd van vier tot en met twaalf jaar. PMTO gaat er van uit dat het antwoord op de gedragsproblemen van een kind niet in het kind zelf liggen, maar in zijn sociale omgeving. Vertaald naar de praktijk betekent dit dat de gedragsproblemen van kinderen worden behandeld door de ouders/opvoeders effectieve opvoedingsstrategieën te leren (Albrecht, van Leeuwen & Tjaden, 2010; www.pmt.nl).

PMTO is in verschillende landen en ook in Nederland effectief gebleken in het verminderen van ernstige externaliserende gedragsproblemen bij kinderen, juist bij kinderen met zeer ernstig probleemgedrag (Van Dam, C. & Damen, H., 2012). Voor een uitgebreide beschrijving van PMTO, zie bijlage 17.

5.4.1 De PMTO behandeling aan professionele opvoedouders; praktische implicaties

PMTO is gekozen als leidende methodiek voor de professionele opvoedouders. De professionele opvoedouders zijn hier tijdens de sollicitatieprocedure mee akkoord gegaan en weten dat dit als voorwaarde wordt gesteld. Dit werkt positief op de motivatie van de professionele opvoedouders, wat de behandeling voorspoediger doet verlopen.

Omdat er meerdere kinderen in een gezinshuis wonen is het raadzaam om in de beginperiode twee keer per week een sessie te plannen (in plaats van bij de reguliere PMTO behandeling 1x per week). Op deze manier kunnen meerdere kinderen besproken worden. Elk kind vraagt aandacht en tijd in de sessies. Meerdere kinderen in een gezin betekent: meerdere beloningssystemen die moeten worden opgezet in de sessies en naast elkaar moeten lopen in het gezin. Het lijkt erop dat er binnen de gezinshuis cultuur gemakkelijker gewerkt kan worden met meerdere beloningskaarten tegelijk. In pleeggezinnen en biologische gezinnen wordt dit nogal eens als een probleem ervaren: “we zijn geen tehuis of instelling”.

Ook binnen de PMTO sessies in het gezinshuis ‘orthopsychiatrie in de wijk’ blijkt het kind met het meest forse probleemgedrag de meeste aandacht te vragen. Aandachtspunt is om ook de zgn. “makkelijker” kinderen genoeg aandacht in de sessie te geven. Dit vraagt extra tijdsinvestering wat wederom pleit voor 2 keer per week een PMTO sessie.

Zo snel mogelijk starten met PMTO kan problemen in de toekomst voorkomen. Door snel te starten met de behandeling lopen de opvoedouders en het kind minder snel het risico om elkaar vast te zetten in een negatieve spiraal. Zo snel mogelijk starten met de PMTO beloningssystemen werkt positief voor zowel het kind als de opvoeder.

Het snel starten met PMTO geeft de therapeut de gelegenheid om de eigen opvoedstijl van professionele opvoedouders waar nodig als het ware snel te ‘resetten’ en een opvoedingsklimaat neer te zetten dat optimaal is afgestemd op het

kind met orthopsychiatrische problematiek. Ook is het belangrijk om waar nodig voldoende tijd te besteden aan psycho-educatie. Wat houdt 'pleegkind' gedrag precies in en welk gedrag van het kind kan gelabeld worden op basis van de ervaringen vanuit het verleden van het kind? Dit helpt de opvoedouders om professioneel op te voeden. Ervaren professionele opvoedouders hebben als voordeel dat zij het probleemgedrag kunnen herkennen, beschrijven, de valkuilen van hun kinderen kunnen signaleren en tijdig kunnen ingrijpen.

5.4.2 Ervaringen met PMTO tijdens de pilot

De professionele opvoedouders die tijdens de pilot aan PMTO hebben deelgenomen waren zeer positief over de methodiek. Het bood hen direct concrete handvatten om het probleemgedrag van de kinderen positief te beïnvloeden en om te werken aan het scheppen van een positief basisklimaat.

5.5 De psychiatrie betrekken

Bij kinderen die behoren tot de orthopsychiatrische doelgroep is altijd meer dan één diagnose vastgesteld door een kinderpsycholoog of kinderpsychiater. Het is dan ook belangrijk dat de kinderpsychiater een vast onderdeel uitmaakt van het multidisciplinair team 'orthopsychiatrie in de wijk' en het kind dat behoort tot de doelgroep bij de kinderpsychiater onder controle is. In Utrecht neemt GGZ Altrecht deze rol op zich. De kinderpsychiater buigt zich over het dossier van het kind en gaat periodiek na of en zo ja welke aanvullende behandeling geïndiceerd is. Te denken valt aan de volgende modules:

- Aanvullende diagnostiek
- Medicatie
- ADHD kindergroep
- Minder boos en Opstandig
- Trauma behandeling
- EMDR
- Groep kinderen angststoornissen

De behandelcoördinator organiseert de aanmelding van het kind bij Altrecht en onderhoudt regelmatig contact met de (uitvoerend) behandelaars vanuit de GGZ.

5.6 Gespecialiseerde consultatie over kinderen met orthopsychiatrische problematiek

Afhankelijk van hoe de plaatsing van het kind verloopt, kan het nodig zijn om gebruik te maken van consultatie over kinderen met orthopsychiatrische problematiek. Te denken valt aan overgangsmomenten en veranderingen. Concrete voorbeelden zijn

problemen tijdens het ingroei- traject of bij de plaatsing van een nieuw kind in het gezinshuis, waarbij het kind met orthopsychiatrische problematiek moet wennen aan de nieuwe situatie.

De mogelijkheid om consultatie aan te vragen is ook van belang omdat bij kinderen van deze doelgroep bekend is dat de ontwikkeling verloopt met vallen en opstaan en dat perioden van terugval zich gemakkelijk kunnen aandienen. Dan is het zaak om vol te houden en niet te gaan twifelen en wanhopen of zelfs opgeven. Ondersteuning door middel van consultatie kan dan een essentiële bijdrage leveren. Mede door de OP4-groep die Trajectum heeft opgezet, beschikt de instelling over uitgebreide expertise op het gebied van kinderen die behoren tot de orthopsychiatrische doelgroep. Consultatie vanuit Trajectum wordt gegeven door een behandelcoördinator en vindt altijd plaats in afstemming met de PMTO-therapeut en het multidisciplinair basisteam.

5.7 Coaching on the job

Indien de PMTO voldoende handreikingen en ondersteuning biedt is er geen reden tot inzet van coaching on the job. Zowel PMTO en Coaching on the job werken vanuit dezelfde basisprincipes (Patterson, 2005) en zijn aanvullend aan elkaar. Coaching on the job wordt gegeven door Trajectum en kan met name in de eerste fase een wenselijke aanvulling zijn op PMTO dan wel noodzakelijk zijn in een periode van terugval.

In de eerste periode van de plaatsing kan coaching on the job worden ingezet als aanvulling op de PMTO als de professionele opvoedouders er behoefte aan hebben om in de dagelijkse praktijk gecoacht te worden bij het neerzetten van een passende dagelijkse routine en de bijbehorende benaderingswijze. De coach kan bijvoorbeeld een keer aansluiten bij het gezin in de ochtend of juist bij het avondeten en vanuit het meemaken van die situatie gerichte handelingsadviezen geven.

Tijdens een periode van terugval, mogelijk gepaard gaande met een toename van agressie-incidenten kan de coach eveneens een rol spelen. Dan zal de aandacht vooral uitgaan naar het de-escalerende werken, en naar het aanleren van enkele veilige grepen voor mocht het, ondanks alle interventies gericht op het voorkomen van fysieke inperking, toch nodig zijn om fysiek in te grijpen met oog op gevaar voor het kind zelf dan wel zijn omgeving.

Tijdens een periode van terugval gaat het om het behouden van het vertrouwen in het kind en in de gezinshuisplaatsing. Het bieden van ondersteunende vaardigheden en extra positieve feedback kan de professionele opvoeder motiveren om het proces van ingroei ook in moeilijke tijden vol te houden. Er kunnen instrumenten worden ingezet om het opvoedingsklimaat te verbeteren en zicht te krijgen op de mogelijkheden van het kind. Coaching op maat vanuit Trajectum wordt gegeven door

een ervaren pedagogisch medewerker die tevens is opgeleid als “coach on the job” en vindt altijd plaats in afstemming met de PMTO-therapeut en het multidisciplinair basisteam.

5.8 Effectmonitoring

Om te bepalen in hoeverre de doelen uit het behandelplan worden behaald vindt effectmonitoring plaats. Hierbij wordt aangesloten bij de prestatie-indicatoren in de jeugdzorg. Een prestatie-indicator is te zien als een meetlat voor de mate waarin een prestatie wordt geleverd, een doel wordt gehaald of een succesfactor op orde is. In de zorg voor jeugd zijn prestatie-indicatoren ingevoerd die informatie moeten geven over onder meer de mate waarin cliënten hulpverleningstrajecten al dan niet afmaken (‘uitval’), hun tevredenheid over de hulp, realisatie van hun doelen en de mate waarin hun problemen zijn afgenomen⁴.

De prestatie-indicatoren worden in de provincie Utrecht gebaseerd op respectievelijk de reden van beëindiging van de zorg, de scores op de exitvragenlijst ingevuld door de cliënt, de mate van doelrealisatie vastgelegd met de Goal Attainment Scale (GAS-scores) en de aard/ernst /afname van de problematiek gemeten met de STEP: Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Voor verdere achtergrond informatie wordt verwezen naar de site: <http://prestatieindicatoren.jeugdzorgnederland.nl/pi.10indicatoren.php>

Binnen het gezinshuis ‘orthopsychiatrie in de wijk’ worden de volgende instrumenten bij aanvang van de plaatsing van het kind met orthopsychiatrische problematiek afgenomen en daarna halfjaarlijks, met uitzondering van de STEP en de exitlijst. Deze lijsten worden bij afsluiting van het zorgprogramma afgenomen.

- Child Behavior Checklist (CBCL)

⁴ Bron 1: Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd. Rede verkort uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar ‘Monitoring en innovatie zorg voor jeugd’ vanwege de stichting Nederlands Jeugdinstituut op het domein van de Orthopedagogiek aan de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen op dinsdag 4 juni 2013 door Tom van Yperen.

Bron 2: Samenwerkingsconvenant van BJZ en de aanbieders van geïndiceerde zorg in de provincie Utrecht, versie april 2013.

- Teacher Report Form (TRF)
- Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL)
- Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)
- Goal Attainment Scale (GAS-scores)
- Exitvragenlijst (indien relevant)

De OBVL wordt ingevuld door de professionele opvoedouders om opvoedingsbelasting te meten. Bij het invullen van de CBCL, de TRF en de OBVL dient afstemming plaats te vinden met de PMTO-therapeut die deze instrumenten ook gebruikt om de PMTO-behandeling te evalueren. Dit om dubbelingen te voorkomen. De uitkomsten van de afnames worden meegenomen in de officiële halfjaarlijkse evaluatiebesprekingen van het multidisciplinair team 'orthopsychiatrie in de wijk'.

5.9 Uitvoering van het hulpverleningsplan: multidisciplinair overleg

Bij het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' zijn vele partijen betrokken. Korte lijnen tussen de hulpverleners en een duidelijke overlegstructuur is noodzakelijk om deze partijen geïnformeerd te houden en belangrijke informatie uit te wisselen. Hieronder staat de gewenste overlegstructuur weergegeven. Het is van groot belang dat de betrokken partijen zich ervoor hard maken dat steeds dezelfde hulpverlener betrokken blijft bij het kind. De zorgaanbieder die het kind onderdak biedt, wijst zowel een behandelcoördinator/gedragswetenschapper en een teamleider aan. De betrokken partijen zijn: Bureau Jeugdzorg, Leger des Heils, Trajectum, de Rading, plaatsende instantie, Speciaal Onderwijs de Pels, GGZ Altrecht, Portes *(iedereen). Voor een overzicht zie bijlage 18. In bijlage 19 staat een overzicht van de contactpersonen die bij de uitvoering van het project waren betrokken.

De dagelijkse zorg en begeleiding van de geplaatste kinderen, ligt bij de professionele opvoedouders. Zij zijn dagelijks aanwezig en vormen zoveel als mogelijk is, een stabiele, veilige omgeving voor het kind. Er vindt regelmatig overleg plaats met het multidisciplinair basisteam over de voortgang van de hulpverlening en de vraag of de in het hulpverleningsplan geformuleerde doelen gerealiseerd worden. De PMTO therapeut en de gezinsbegeleider zijn betrokken om het dagelijkse leven te begeleiden en een eenduidige aanpak in het gezinshuis te stimuleren. De PMTO-methodiek is daarbij leidend.

Alle betrokkenen bij het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' komen voor het eerst bijeen voor een 'kick-off bijeenkomst' vlak voordat het kind met orthopsychiatrische problematiek wordt geplaatst in het gezinshuis. Doel van deze bijeenkomst is kennismaken (functie en verantwoordelijkheden), beknopte informatie geven over het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk', het verdelen van taken om de doelen uit het

behandelplan te halen, het creëren van korte lijnen en het maken van afspraken over de te leveren zorg. De 'kick-offbijeenkomst' wordt georganiseerd door de zorgaanbieder. Tijdens de 'kick-off-bijeenkomst' worden contactgegevens van alle betrokkenen verzameld. Deze worden na afloop in de vorm van een overzicht verspreid.

Ieder half jaar vindt een evaluatiebespreking plaats. Hierbij zijn aanwezig: de biologische ouders of de voogd, het kind (deels, indien twaalf plus), de professionele opvoedouders, de casemanager, de PMTO-therapeut, de kinder- en jeugdpsychiater van Altrecht, de gezinsbegeleidster en eventueel andere betrokken hulpverleners. De bijeenkomst wordt voorgezeten door de behandelcoördinator/gedragwetenschapper. De voortgang van de hulpverlening en de evaluatie van de geformuleerde doelen zijn onderwerp van gesprek. Het is noodzakelijk dat de biologische ouders/voogd en de gezinsvoogd of casemanager met de resultaten van de evaluatie en het daarop gebaseerde vervolgplan instemmen. Hun reactie en instemming worden in het vervolg begeleidingsplan opgenomen.

5.10 Continuïteit van behandeling

Verankerd in het zorgaanbod is de voortgezette behandeling en begeleiding van het kind en de ondersteuning van de professionele opvoedouders door de jaren heen. Het kind met orthopsychiatrische problematiek blijft tot aan zijn volwassenheid in het gezinshuis wonen. De continuïteit van zorg door de jaren heen is een voorwaarde om het verblijf van het kind tot een succes te maken. Vanzelfsprekend wordt het behandel aanbod steeds opnieuw afgestemd op de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt.

6 Zorgen voor voldoende ontspanningmogelijkheden voor de professionele opvoedouders en de kinderen

6.1 Inleiding

Om te zorgen voor een zo groot mogelijke kans van slagen van de plaatsing van het kind met orthopsychiatrische problematiek en de andere drie kinderen, is voldoende ontspanning voor zowel de kinderen als de professionele opvoedouders een vereiste. Actieve ontspanningsactiviteiten bieden de kinderen een uitlaatklep voor opgebouwde spanning in het gezinshuis. Door deze activiteiten te organiseren in samenwerking met jeugdvoorzieningen in de wijk, krijgt het kind dat behoort tot de doelgroep de kans om te leren spelen en ontspannen in een zo normaal mogelijke omgeving.

Net als de kinderen in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' hebben ook de professionele opvoedouders het nodig om regelmatig te en voldoende te ontspannen. De opvoedtaak die de opvoedouders op zich hebben genomen vraagt dagelijks veel van hen, zowel fysiek als emotioneel. Anders dan de medewerkers op een gespecialiseerde behandelgroep, gaan de opvoedouders niet 'naar huis' aan het einde van hun dienst. Zij werken in hun thuissituatie en zij dienen altijd beschikbaar te zijn voor de kinderen. Het is dan ook noodzakelijk om de professionele opvoedouders regelmatig te ontlasten, bijvoorbeeld door de kinderen uit logeren te laten gaan of door een professionele oppas in te schakelen. Op die manier kunnen ook de professionele opvoedouders tijdig en hun batterij opladen. Hierbij is het van groot belang dat de opvoedouders weten op welke manier zij kunnen ontspannen. Dit is voor een ieder verschillend en zal dus ook specifieke afstemming op de behoeften van de betreffende professionele opvoedouders vragen.

6.2 Ontspanningsmogelijkheden voor de kinderen: samenwerking met jeugdvoorziening Portes

Om te bevorderen dat het kind met orthopsychiatrische problematiek zich voldoende kan ontspannen, wordt actief en onder gespecialiseerde begeleiding van jeugdvoorzieningen in de wijk gebruik gemaakt van de mogelijkheden die in de wijk aanwezig zijn, bijvoorbeeld onder begeleiding spelen in een publieke speeltuin of deelnemen aan de activiteiten van een sportvereniging of binnen het wijkcentrum.

Portes is een jeugdvoorziening in de wijk die zich samen met ouders, vrijwilligers en derden inzet voor een vreedzame wijk zodat kinderen zich kunnen ontplooiën tot betrokken burgers in de maatschappij. Portes biedt een luisterend oor, ondersteunt of koppelt aan andere (hulp)instanties en zet daarmee kinderen en hun omgeving in hun eigen kracht.

6.3 De speeltuin

Spelen is voor kinderen heel belangrijk. Het is leuk en al spelend verkennen kinderen de wereld. Spontaan en in hun eigen ritme en tempo. Ze oefenen bijvoorbeeld met taal. Ze leren kijken, voelen, luisteren. Door samen te spelen, leren kinderen omgaan met anderen en met hun eigen gevoelens. Portes beheert in Utrecht negen speeltuinen, verspreid over de stad (voor meer informatie kijk op www.portes.nl).

De speeltuin is een plek waar kinderen de ruimte hebben om te spelen en elkaar te ontmoeten in een veilige omgeving. De speeltuin is in een overvolle stad een belangrijke plek vol fysieke uitdagingen zoals klimmen, rennen, bouwen en sporten. In de speeltuin kunnen kinderen zich ontwikkelen, de speeltuin is ook een plek waar wordt opgevoed.

In de speeltuin werkt een team van jeugdwerkers, ouders, vrijwilligers en stagiair(e)s. De jeugdwerkers zijn gericht op het creëren van een prettige sfeer. Ze hebben aandacht, ondersteunen bij het oplossen van conflicten, verbinden, zorgen dat mensen elkaar niet in de weg zitten, brengen activiteiten op gang en zorgen voor goed materiaal en goede omstandigheden om te spelen, te ontdekken en zich te ontwikkelen (www.portes.nl).

Medewerkers van Portes hebben ervaring in het begeleiden van kinderen met gedragsproblemen en Portes heeft zich bereid getoond om een extra investering te doen waar het gaat om het begeleiden van de kinderen uit het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'. Om dit met succes te kunnen doen is een goede afstemming nodig tussen de opvoedouders en de medewerker van Portes die het kind begeleidt bij het spelen in de speeltuin. Om die reden is het ook van groot belang dat er korte lijnen zijn tussen de medewerker van Portes en de professionele opvoedouders en dat de medewerker van Portes deelneemt aan het halfjaarlijkse multi-disciplinaire overleg.

6.4 Meedoen op Straat

Meedoen op Straat is een activiteit van Portes die kinderen en jongeren uitnodigt om op een veilige en positieve manier mee te spelen en sporten op het plein of op straat. Dit project startte in 2005 en is inmiddels een begrip geworden.

Met meedoen op Straat wil Portes zoveel mogelijk plekken in de openbare ruimte realiseren waar jeugd op een positieve manier bij elkaar kan komen. Om elkaar te

ontmoeten en om te doen wat jeugd zoal doet: spelen, hangen, kletsen, sporten, knutselen, dansen. Dit doen we door activiteiten te organiseren op pleinen waar kinderen en jongeren extra begeleiding nodig hebben om in redelijke harmonie samen te sporten en te spelen.

Waar samen spelen niet vanzelf gaat biedt het Meedoen op Straatteam structuur en begeleiding. Daarnaast legt het team actief contact met de buurt om ouders en buurtbewoners te betrekken bij de activiteiten en ze een actieve rol te laten spelen op het plein. Portes stimuleert jeugd om zelf een actieve bijdrage te leveren aan de activiteiten door hen te laten meedenken en helpen met de voorbereiding en uitvoering. De betrokkenheid van de jeugd bij hun eigen speel-, sport, en ontmoetingsruimte op straat wordt zo vergroot (www.portes.nl).

Wanneer de kinderen in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' iets ouder worden, kan het project Meedoen op Straat onder gespecialiseerde begeleiding een mooie kans zijn om sociale vaardigheden op te doen in een zo normaal mogelijke omgeving. Ook hierbij is een goede afstemming nodig tussen de medewerkers van Portes en de professionele opvoedouders.

6.5 De sociaal makelaar

Sociaal Makelaars van Portes richten zich op de buurten en haar bewoners. De Sociaal Makelaar brengt groepen bij elkaar, bundelt de eigen krachten en talenten van buurtbewoners en brengt hen in contact met elkaar. Zo versterkt de Sociaal Makelaar de 'civil society': de inzet van bewoners voor hun samenleven in de buurt.

Portes heeft samen met de Hogeschool Utrecht invulling gegeven aan de nieuwe functie 'Sociaal Makelaar'. De reden is de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Deze wet past in een verschuiving van denken: van een welvaartsstaat die alles regelt naar een samenleving waar meer nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid van burgers.

Sociaal Makelaars van Portes helpen mensen actief te zijn in werk, in onderlinge zorg, in sport en cultuur, het eigen gezin en eigen leven en in hun eigen buurt. Daarmee werkt de Sociaal Makelaar aan het oplossen van maatschappelijke vraagstukken in de buurt.

De essentie van de Sociaal Makelaar bestaat uit: bouwen aan duurzame relaties in de buurt met bewoners, professionals en instanties; kennis verzamelen en kennis delen; partijen met elkaar verbinden, bouwen aan sociale netwerken; bewoners in beweging brengen en op de kaart zetten als belangrijke partij; bewonersparticipatie begeleiden naar een haalbaar niveau; zorgen dat problemen aangepast en opgelost worden (www.portes.nl).

Voor de kinderen in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' kan de sociaal makelaar een belangrijke rol vervullen door samen met de opvoedouders de verbinding te leggen met bijvoorbeeld sportclubs of andere activiteiten in de buurt waar de kinderen graag naar toe zouden willen. Samen met de sociaal makelaar kan worden gekeken welke begeleiding de kinderen nodig hebben om mee te doen op een sport- of dansclub of bij een activiteit en hoe dit kan worden bewerkstelligd.

6.6 Vaste logeerplekken

Om de professionele opvoedouders voldoende de gelegenheid te geven om hun batterij op te laden wordt er binnen het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk' gezorgd voor voldoende ontspanningstijd voor de professionele opvoedouders. Dit betekent dat de opvoedouders iedere maand een weekend vrij zijn. Alle kinderen in het huis gaan dan uit logeren, bijvoorbeeld bij een weekendpleeggezin, andere contacten uit het netwerk van het kind of bij 'Another World'. Ook voor het kind met orthopsychiatrische problematiek geldt dat het de voorkeur heeft als het kan worden geplaatst bij een weekendpleeggezin omdat dit aansluit bij het uitgangspunt 'opgroeien in een zo normaal mogelijke omgeving'. Bovendien geeft een weekendpleeggezin het kind de kans om zijn sociale netwerk te versterken. Ook de vakanties gaan de kinderen uit logeren. Op deze manier krijgen de professionele opvoedouders wat langer de gelegenheid om bij te tanken en energie op te doen. Het blijkt bijvoorbeeld voor bijna elke gezinshuisouder een vereiste om gedurende een periode de verantwoordelijkheid voor de kinderen (deels) los te laten en zich op zichzelf te kunnen richten. Voor professionele opvoedouders zal dit zeer waarschijnlijk, zo mogelijk nog sterker, gelden. Het is belangrijk dat professionele opvoedouders hierbij kunnen aangeven wat aansluit bij hun verlangens en behoeften.

In de eerste periode na de plaatsing kan ook de behandelgroep van waaruit het kind vertrekt een rol krijgen in het bieden van een logeerplek, in weekeinden en vakanties. Bij Trajectum is dit de OP4groep. Het doel is dan om het kind niet te overvragen in het aangaan van allerlei veranderingen, waaronder bijvoorbeeld ingroei in een nieuw weekeindpleeggezin of andere logeerplek. De logeerplek op de behandelgroep dient dan als overbruggingsplek totdat het kind gewend is op zijn nieuwe woonplek en een meer normaliserende logeerplek aan kan. Ook tijdens momenten van crisis kan de behandelgroep het kind een tijdelijk onderkomen bieden, zodat de professionele opvoedouders even op adem kunnen komen.

De keuze en vormgeving van logeerplek zal worden ingegeven door voorkeuren vanuit kind, de biologische of adoptieouders, de professionele opvoedouders, inhoudelijke afwegingen en praktische en financiële mogelijkheden. Zorg op maat is dus ook hier weer het devies.

6.7 Professionele oppas

Om de professionele opvoedouders verder te ontlasten, is er ook een professionele oppas beschikbaar, een pedagogische medewerker, die regelmatig de opvoedtaak enkele uren kan overnemen. Door te zorgen voor voldoende ontspanningsmogelijkheden blijven de opvoedouders in staat om hun taak op een adequate manier te vervullen.

Van groot belang is dat de professionele opvoedouders in staat zijn om zelf te bepalen wat hierin voor hen een passende vorm is. Het doel is om hen te ondersteunen waarbij natuurlijk voldoende rekening moet worden gehouden met de (on)mogelijkheden van de kinderen. Voor sommige opvoedouders is het belangrijk dat zij iets buiten het gezinshuis kunnen doen terwijl het voor anderen juist belangrijk kan zijn om een periode zonder de kinderen in huis te zijn en tot rust te komen. Hierbij is een belangrijk aandachtspunt dat zowel de professionele opvoedouders als de kinderen het recht hebben om in hun huis te zijn en niet het gevoel mogen krijgen 'uit huis' te worden gezet.

In de eerste periode na de plaatsing kan hiervoor wederom gedacht worden aan het inzetten van voor het kind nog bekende pedagogisch medewerkers. Zodra het kind meer gewend is en er mogelijk meer normaliserende mogelijkheden tot oppas ontstaan wordt de oppasregeling vanuit de zorgaanbieder natuurlijk afgebouwd. Welke oppastijden gewenst zijn hangt weer af van de behoefte van het kind en de professionele opvoedouders. Gedacht kan worden aan extra ondersteuning op de vrije woensdagmiddag of aan oppas 's avonds als de opvoedouders graag een avondje weg willen of moeten.

Om zo goed mogelijk te kunnen aansluiten bij de kinderen dient de professionele oppas te worden ingelicht over de dagelijkse routine in het gezinshuis, de huisregels en enkele basisprincipes van PMTO, zoals duidelijke instructies geven, een beloningskaart gebruiken en de time out procedure inzetten. Dit is van belang zodat er een doorgaande lijn is in hoe de kinderen worden benaderd, wat voorspelbaarheid biedt en daarmee veiligheid. De oppas kan hiervoor afstemmen met de professionele opvoedouders en de PMTO-therapeut.

7 Een goede verhouding stimuleren met de biologische of adoptieouders

7.1 Inleiding

Kinderen die geplaatst worden in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' groeien niet op bij hun biologische of adoptieouders, maar wel met de ouders in het vizier. Er wordt samen met de ouders gekeken op welke manier zij een rol kunnen spelen in het leven en de ontwikkeling van hun kind. Het is de taak van de professionele opvoedouders om het kind en de ouders hierin te stimuleren en te ondersteunen.

De rol en opstelling van de ouders kan de opvoedsituatie in het gezinshuis positief of negatief beïnvloeden. Vooral in die situaties waarin het contact tussen kind en ouders een hoge mate van stress bij betrokkenen oproept zien we dat dit sterk interfereert met het voorspoedig verlopen van de plaatsing. Als het kind als geen toestemming krijgt van de ouders om in het gezin op te groeien (bijvoorbeeld bij een gedwongen uithuisplaatsing), zal het probleemgedrag in veel gevallen onverminderd voortduren. In die gevallen zal er eerst rust moeten komen voor het kind alvorens het zich in staat zal voelen positief te gedijen in het gezinshuis.

Uit de pleegzorg is bekend dat het ontbreken van de toestemming van de ouders vaker leidt tot mislukte plaatsingen. Binnen het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' worden de professionele opvoedouders in staat geacht zich als een professional op te stellen richting het kind en het gezin van herkomst. Zij onderhouden contacten met het gezin (en de familie) van herkomst en laten deze waar mogelijk een rol vervullen in het leven van het opgenomen kind. Dit geeft ruimte en mogelijkheden voor het kind om contact te onderhouden met zijn ouders en omgekeerd geeft het de ouders de mogelijkheid om contact te onderhouden met hun kind. Vanuit hun professe kunnen professionele opvoedouders hun verwachtingen verder goed afstemmen op de opgenomen kinderen en deze aanpassen op basis van het gedrag dat het kind laat zien.

7.2 Roldifferentiatie: een module afkomstig uit de Opvoedingsvariant Pleegzorg

Een traject dat bruikbaar wordt geacht binnen dit kader is de methodiek ouderbegeleiding na een opvoedingsbesluit (Albrecht et al., 2011). Dit traject kan worden ingezet vanaf het moment dat duidelijk is geworden dat ouders niet meer de rol van opvoeder gaan vervullen, en hun kind elders opgroeit (het opvoedingsbesluit). Deze module die wordt uitgevoerd binnen De Rading en Zandbergen, is ontwikkeld

door PI Research en sluit aan bij het gedachtegoed van Gé Haans (Haans, G., Robbroeckx, L., Hoogeduin, J. & van Beem-Klompers, A., 2010). In het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' is sprake van een langdurige opvoedingssituatie waarbij het perspectief van het kind in het gezinshuis ligt. De zorg is gericht op het langdurig opgroeien van het kind tot aan de volwassenheid. Het perspectief van de plaatsing is duidelijk. Het kind kan niet meer bij de eigen ouders wonen. Wanneer het kind uit huis is geplaatst en het opvoedingsbesluit is genomen, start voor de ouders het rouwproces als gevolg van het verlies van zeggenschap over het kind, het verlies van het beeld dat men van zichzelf had, het verlies van het kind zelf en soms verlies van datgene wat het leven zin gaf. Ouders gaan één van de moeilijkste perioden van hun leven tegemoet, waarvoor de meeste van deze ouders onvoldoende zijn toegerust. Ouders moeten afscheid nemen van hun opvoedende ouderrol en leren leven met een nieuwe rol waar ze niet om gevraagd hebben. Het proces van herdefiniëring van de ouderrol, noemen we roldifferentiatie en start op het moment van de uithuisplaatsing. Ouderbegeleiding na een opvoedingsbesluit is een methodiek om ouders in dit pijnlijke en moeilijke proces te begeleiden en hen te helpen hun rol als ouder te herdefiniëren.

In de pleegzorg wordt het 'verdragen van de uithuisplaatsing' door de ouders van een langdurige perspectiefbiedende plaatsing in een pleeggezin of gezinshuis gezien als een belangrijke beschermende factor in het welslagen van de plaatsing. Stagnatie in het proces om de uithuisplaatsing te leren verdragen zorgt ervoor dat de ouder van het opvoedingstoneel verdwijnt en dit leidt vroeg of laat tot loyaliteitsproblemen bij het pleegkind. Ouders verschillen in hun reactie op de uithuisplaatsing. Sommigen zullen zich actief opstellen, anderen zijn afwachtend. Sommigen zullen begrijpen waarom hun kind definitief uit huis geplaatst is, andere niet. Ouders kunnen de perspectiefverandering aanvechten, of niet (Handboek Pleegzorg Rading, 2009).

De module roldifferentiatie is bedoeld voor ouders van wie het kind langdurig in een perspectiefbiedende gezinssituatie woont en sluit daarmee goed aan bij de biologische ouders van kinderen geplaatst in het gezinshuis. Voor het inzetten van de module roldifferentiatie worden de volgende indicaties gehanteerd:

- Alle betrokkenen (ouder, kind, pleeggezin of gezinshuis, case-manager, pleegzorg- of gezinshuisbegeleider) moeten van het opvoedingsbesluit op de hoogte zijn. Idealiter wordt een opvoedingsbesluit door alle betrokkenen gedragen; in de praktijk is dit helaas niet altijd het geval.
- Ouders zijn in beeld en willen (op enige manier) betrokken zijn bij het dagelijks leven van hun kind.
- Ouders hebben moeite met de perspectiefverandering en vinden het lastig om aan hun nieuwe rol invulling te geven.

- Pleegzorgbegeleider en gedragswetenschapper maken de inschatting dat (rekening houdend met de ernst van de problematiek van de ouders) binnen een jaar met de ouders stappen gezet kunnen worden richting het verdragen van de (definitieve) plaatsing in het pleeggezin of het gezinshuis en in het invullen van hun veranderde rol.

De methodiek ouderbegeleiding na een opvoedingsbesluit (Albrecht et al., 2011) biedt gezinshuis- en pleegzorgbegeleiders een kader van waaruit zij ouders, voor wie duidelijk is dat hun kind niet meer terugkeert in het gezin van oorsprong, kunnen begeleiden. De module heeft tot doel de ouders te helpen om een nieuwe positie in te nemen in het leven van het kind in het pleeggezin, afgestemd op wat het kind en zijn ouders aan kunnen. In de module gaat het vooral om processen van verliesverwerking en roldifferentiatie en over het opbouwen en onderhouden van betekenisvolle relaties tussen ouders, pleegouders of professionele opvoedouders en kinderen (Handboek Pleegzorg Rading, 2009).

In het proces van roldifferentiatie is het tevens van belang dat de pleegouders / professionele opvoedouders een goede ondersteuning krijgen. Enerzijds zijn zij de belangrijkste verzorgers en opvoeders van het kind, anderzijds hebben zij een belangrijk aandeel in het geven van een rol aan de ouders. Dit is een lastig puzzel. Pleegouders / professionele opvoedouders raken steeds meer aan het kind gehecht. Hierdoor lukt het niet altijd om ouders te accepteren als de mensen die onlosmakelijk met het kind verbonden zijn. Het is belangrijk om als (pleegzorg)begeleider, vanuit kennis over loyaliteit en hechtingstheorie, het belang van het contact tussen ouder en kind te benadrukken.

De gezinshuisbegeleider werkt in het proces van definitieve uithuisplaatsing met het kind, de ouders en de professionele opvoedouders stapsgewijs en doelgericht aan roldifferentiatie en rouwverwerking. De begeleiding binnen de module roldifferentiatie is opgedeeld in drie fasen. Het doel van fase 1 is de start van de opvoedingvariant, het opstellen van doelen ten aanzien van de roldifferentiatie en de start met het werken aan de doelen. Fase 2 richt zich op het werken aan doelen die opgesteld zijn in fase 1 en indien nodig het herformuleren van doelen of het opstellen van nieuwe doelen. In fase 3 werkt de gezinshuisbegeleider naar een afronding van de begeleiding toe en wordt tevens onderzocht of ouders nog extra ondersteuning of begeleiding nodig hebben.

Het begeleiden van ouders bij roldifferentiatie en rouwverwerking is een complexe zaak. Een begeleider moet meerzijdig partijdig kunnen werken en kennis hebben van zaken als hechting en rouwverwerking.

Binnen de (ambulante) begeleidingstrajecten van Trajectum en Kinabu wordt vanzelfsprekend ook aandacht besteed aan hoe ouders een nieuwe passende rol kunnen vervullen in het leven van hun uit huis geplaatste kind. Dit wordt gedaan

vanuit een contextuele benadering waarin de blijvende positie en het belang van (biologische) ouders wordt benadrukt. De module roldifferentiatie is in dit opzicht een uitgewerkt voorbeeld van hoe begeleiding aan (biologische) ouders eruit kan zien. De module roldifferentiatie heeft een gestructureerde opzet, met een duidelijke fasering. De volgende doelen staan binnen de module centraal:

- Ouder verdraagt de permanente uithuisplaatsing
- Ouder heeft een invulling gegeven aan de ouderrol
- Ouder geeft het kind toestemming om in een pleeggezin te wonen
- Pleegouders geven de ouders ruimte en ondersteuning bij de invulling van hun ouderrol
- Kind heeft duidelijkheid over de permanente uithuisplaatsing en de rol die de ouder in zijn leven blijft spelen

Een voorwaarde om te kunnen starten met de module is dat het opvoedingsbesluit is genomen en besproken met alle betrokkenen. De duur van de module is twaalf maanden. In die periode zijn er vijftien contactmomenten met de ouders. Betrokkenen bij de interventie zijn de ouders, de professionele opvoedouders en het kind. In Bijlage 20 staat de opbouw van de module vermeld. De module wordt aangeboden door de Rading.

8 Financiën

In dit hoofdstuk staan de kosten gespecificeerd per cliënt met orthopsychiatrische problematiek. Ook staat in tabel 8.1 weergegeven welke zorginstelling welke hulpvorm kan leveren.

Tabel 8.1 Gespecificeerde kosten per cliënt orthopsychiatrie in de wijk

Onderdeel hulpverleningstraject	Uitvoerder	Kosten
Verblijf inclusief de specifieke opvoeding en begeleiding in het gezinshuis	<i>Leger des Heils</i>	€ 53.200 (per jaar)
PMTO (max. 2 trajecten)	<i>De Rading</i>	€ 18.000 (1 ^e jaar)
Module roldifferentiatie	<i>De Rading</i>	€ 4.500 (1 ^e jaar)
Consultatie (optioneel, max. 10 x over 2 jaar)	<i>Trajectum</i>	€ 650 (per 1 ^e 2 jaar)
Coaching on the job (optioneel, max 10 x over 2 jaar)	<i>Trajectum</i>	€ 500 (per 1 ^e 2 jaar)
Weekend en vakantie-opvang (max. 12 weekenden en 5 vakantieweken per jaar =59 dagen;; dagprijs €125)	<i>Trajectum</i>	€ 7.375 (per jaar)

Maximale kosten 1^e jaar € 83.650

Maximale kosten 2^e jaar € 62.650

Maximale kosten per jaar vanaf 3^e jaar € 62.075

De kosten zijn berekend op basis van de pilot die heeft plaatsgevonden tussen april 2012 en april 2013. Hieronder volgt een toelichting op de kosten:

- *PMTO*: de professionele opvoedouders nemen bij 1^e plaatsing van een kind met orthopsychiatrische problematiek deel aan *PMTO*. Deze kosten worden derhalve eenmalig gemaakt. Bij mogelijke vervolgonnames van kinderen met orthopsychiatrische problematiek hoeven de opvoedouders niet opnieuw te worden getraind. Om de vaardigheden en technieken vanuit *PMTO* levendig

te houden wordt gedacht aan wat “opfris” momenten door jaarlijkse terugkombijeenkomsten(1 x per kwartaal).

- *Cursus Hechting*: de cursus hechting die wordt aangeboden door De Rading is groepsgericht en hierbij kan worden “aangehaakt”.
- *Consultatie en coaching on the job*: dit heeft betrekking op het specifiek geplaatste kind. De verwachting is dat dit maximaal 10 keer nodig is. Bij mogelijke vervolgonnames van kinderen met orthopsychiatrische problematiek zijn deze kosten naar alle waarschijnlijkheid per kind weer aan de orde. Dit geldt mogelijk ook voor het onderdeel coaching on the job.
- *Weekend- en vakantie-opvang*: dit is afhankelijk van het specifieke kind en zijn netwerk.

9 Literatuur

- Albrecht, G. & Breg, A. (2011). Ouderbegeleiding bij vormgeven ouderrol. Ouderbegeleiding na een opvoedingsbesluit. PI Research, Duivendrecht.
- Albrecht, G., Leeuwen, E. van & Tjaden, J. (2010). Handleiding voor PMTO-therapeuten. PI Research, Duivendrecht.
- Baat, M. de, Berg-Le-Clercq, T. & Steege, M. van der (2012). Wat werkt in gezinshuizen? NJI, Utrecht (www.nji.nl).
- Bartelink, C. (2013). Wat werkt bij hechtingsproblemen? NJI, Utrecht (www.nji.nl).
- Dam, C. van & Damen, H. (2012). Evaluatie Kenniscentrum PMTO. Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het Kenniscentrum PMTO. Praktikon.
- Delfos, M. & Visscher, N. (2010). (Pleeg)kinderen en vreemd gedrag!?: afwijkend gedrag bij jongeren en kinderen in 16 thema's: Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Dries, L. van der., Juffer, F., IJzendoorn, M.H. van & M. Bakermans-Kranenburg, J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, v. 31, no. 3.
- Eenshuistra, R.M., Rahder, E.J. & Bijl, B. (2011). Opgroeien in een gewone omgeving. Een advies voor een zorgprogramma in Utrecht voor kinderen van 6 tot 12 jaar met ortho-psychiatrische problematiek. PI Research, Duivendrecht.
- Forgatch, M.S., Bullock, B.M. & Patterson, G.R. (2004). H27: From Theory to Practice: Increasing Effective Parenting through Role-Play: The Oregon Model of Parent Management Training (PMTO). In H. Steiner, (Eds.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach*. (pp. 782-812). San Francisco: Jossey-Bass.
- Functieboek Jeugdzorg. Overleg Arbeidsvoorwaarden Jeugdzorg Utrecht (2009).
- Haans, G., Robbroeckx, L. Hoogeduin, J. & Beem-Klompers, A. van (2010), Ouderbegeleiding bij roldifferentiatie: ouders helpen bij het invullen van de ouderrol na plaatsing van hun kind in een pleeggezin. Amsterdam, SWP.
- Handboek Pleegzorg Rading (2009; beschreven door Van Montfoort in opdracht van De Rading).

Heteren, M. van, Smits, P. & Veen, M. van (2010). *Orthopedagogiek: Antwoorden op vraagstellingen (9^e editie)*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

IJzendoorn, M.H. van (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam, Boom Academic.

IJzendoorn, M.H. van, & Juffer, F. (2006). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 2006. Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228-1245.

Juffer, F. (2010). *Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties*. Den Haag, Raad voor de Rechtspraak.

Kabinetsvisie Perspectief voor Jeugd (2010). Rijksoverheid.

Knutson, N.M., Forgatch, M.S., & Rains, L.A. (2003). *Fidelity of implementation rating (FIMP): The training manual for PMTO*. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center.

Leeuwen, E. van & Albrecht, G. (2009). *Parent Management Training Oregon*. Uit de congresbundel van Stichting Jorik: De ouder als partner. De rol van ouders van jonge risicokinderen tijdens opvang, zorg en onderwijs. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Orobio de Castro, B. (2001). Emoties en sociale cognities van kinderen en jongeren met antisociale gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 22, nr. 4, 281-294.

Patterson, G. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist*, 28(2), 25-32.

Patterson, G.R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist Behavior as a Determinant for Client Noncompliance: A Paradox for the Behavior Modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.

Polderman, N. (1998). Hechtingsstoornis, beginnen bij het begin. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 37, (422–433).

Rygaard, N.P. (2007). *Hechtingsstoornissen praktijkgericht therapieboek voor ernstige hechtingsstoornissen bij kinderen*. Amsterdam SWP.

Verboom, B. (2003) *Kinderen die ze nergens willen hebben. Onderzoek naar een vergeten doelgroep*. Publicatie Trajectum

Wiel, N. van de (2002). The effect of manualized behavior therapy with disruptive behavior disordered children in everyday clinical practice: a randomized clinical trial. Proefschrift Universiteit Utrecht.

10 Bijlagen

10.1 Bijlage 1. Risicofactoren bij kinderen met orthopsychiatrische problematiek

Tabel 1. Veel voorkomende aan het kind gerelateerde risicofactoren

Gebrek aan zelfcontrole, onevenwichtig zelfbeeld, zwakke zelfbepaling en een ineffectieve zelfhandhaving. Uit onderzoek blijkt dat deze doelgroep minder dan niet-problematische kinderen acht slaat op sociale 'cues' en meer let op vijandige 'cues'. Daarnaast komen ze tot minder oplossingen voor sociale problemen, terwijl ze meer vertrouwen hebben in agressie als passende respons (Van de Wiel, 2002).
Onvoldoende zicht op eigen gedrag of het effect ervan, onvoldoende inlevingsvermogen, moeite met herkennen van (hun mate van) boosheid, minder goed in staat voelen reacties te controleren en meer geneigd zijn om gevoelens te negeren (Van de Wiel, 2002; Orobio de Castro, 2001).
Gedesoriënteerde hechting op grond waarvan het kind geen emotionele distantie, geen goede emotieregulatie ontwikkelt. Daardoor ontwikkelt het ook geen goede zelfregulatie en aanpassingsvermogen, waardoor hulp van buiten veel langer nodig blijft dan bij een veilig gehecht kind (Rygaard, 2007). De gehechtheid van een kind weerspiegelt in feite de opvoedingsgeschiedenis die het kind met zijn opvoeder heeft (Van Ijzendoorn, 2008).
Lichamelijke, genetische factoren bijvoorbeeld (bv. aandachtsstoornissen, leerproblemen, taalachterstand, genetische aanleg voor een persoonlijkheidsstoornis).
Emotionele problemen zoals angst en een negatieve zelfwaardering, weinig doorzettingsvermogen.

Tabel 2. Voorkomende risicofactoren ten aanzien van het gezin en de omgeving van kinderen.

Opvoederkenmerken zoals persoonlijkheidskenmerken of psychische problemen van ouders: prikkelbaarheid, verslaving, agressieregulatie-problemen, persoonlijkheidsproblematiek, ouderlijke onmacht; onvoldoende emotionele beschikbaarheid van ouder; verwaarlozing; ouders die het verkeerde voorbeeld geven (veelvuldige, escalerende ruzies, druggebruik, crimineel gedrag) en algehele disharmonie in het gezin.
Ten aanzien van het opvoedingsgedrag: ineffectief ouderschap, onvoldoende ondersteuning, verwaarlozing of ouderlijke afwijzing, gebrek aan bijsturing, onvoldoende opvoedingsvaardigheden (zoals het onvoldoende of niet consequent stellen van regels, het inconsequent of overmatig straffen, of juist het onbedoeld belonen van ongewenst gedrag).
Een problematische opvoedings- en gezinssituatie door onder andere: problemen ten aanzien van het sociale netwerk zoals het hebben van geen of een beperkt netwerk, het ontbreken aan vaste activiteiten in het derde milieu, ervaren van onvoldoende sociale ondersteuning;
Meerdere ingrijpende, traumatische (levens)gebeurtenissen, bijvoorbeeld mishandeling, echtscheiding, dood van een ouder, huiselijk geweld, meerdere verplaatsingen.
De maatschappelijke positie: armoede/schulden; werkloosheid; problemen in de wijk/op school; slechte woonomgeving; criminaliteit.
De gezinsproblemen spelen vaak al van generatie op generatie.
De verhouding draaglast-draagkracht is langdurig en ernstig uit balans.

10.2 Bijlage 2 Criteria Zorgprogramma Orthopsychiatrie in de wijk

Om te kunnen bepalen of een kind behoort tot de doelgroep van het zorgprogramma 'orthopsychiatrie in de wijk', is een checklist ontwikkeld. Kinderen voor wie dit aanbod passend is, voldoen aan deze criteria (zie checklist 1).

Checklist 1. Criteria waaraan kinderen voldoen die in aanmerking komen voor het gezinshuis 'Orthopsychiatrie in de wijk'

Criterium	✓
Er is geen uitzicht op terugkeer naar huis. Met de gezagsdrager is een opvoedbesluit genomen: de komende jaren ligt het woonperspectief van het kind niet bij de biologische ouder(s).	✓
Er zijn minimaal twee diagnoses gesteld door een psycholoog of psychiater en aan de hand van de DSM-IV-TR, 2000, bijvoorbeeld: ADHD, gedragsstoornis (ODD, CD); posttraumatische stressstoornis (PTST) en/of stemmings- of angststoornissen; hechtingsstoornis.	✓
In het profiel van de CBCL en TRF (instrumenten om psychosociale problemen van kinderen te meten) ligt de score op de schalen 'regel overtredend gedrag' en/of 'agressief gedrag' in het klinische bereik. Op de STEP (instrument om inschatting te maken van de zwaarte van de problematiek) geeft de score minimaal 'zware problemen' aan.	✓
Minimaal een eerdere plaatsing in een pleeggezin, op een behandelgroep of in een regulier gezinshuis is mislukt/afgebroken vanwege het gedrag van het kind.	✓
De inschatting is dat een nieuwe plaatsing in een regulier pleeggezin of regulier gezinshuis niet succesvol zal zijn en zal leiden tot afbreking en opnieuw crisis.	✓
Op basis van intelligentieonderzoek is vastgesteld dat het kind normaal begaafd is (IQ>80).	✓
Er is een REC 4 indicatie.	✓
Minimaal twee risicofactoren uit tabel 1 en twee risicofactoren uit tabel 2 zijn op het kind van toepassing.	✓
Het kind kan binnen 1 tot 2 maanden een volledig schoolprogramma aan. Deze inschatting wordt gemaakt in overleg met de oude en de nieuwe school van het kind, en in samenspraak met de behandelcoördinator.	✓
De kalenderleeftijd van het kind is bij opname niet jonger dan zes of ouder dan twaalf jaar.	✓
Het gedrag van het kind op de huidige behandelgroep is gedurende ongeveer een half jaar stabiel. Dit blijkt onder meer uit het feit dat: het kind de afgelopen drie maanden de werkpunten en doelen haalt uit zijn behandelplan; dat er niet meer dan een keer per maand sprake is van een fixatie; dat er geen heftige incidenten meer zijn op school; dat er geen sprake meer is van weggelooptgedrag.	✓

Indien een kind te maken heeft met onderstaande factoren (zie checklist 2), dan is plaatsing niet geïndiceerd. Het kind heeft in dit geval een ondersteuningsbehoefte waar in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' onvoldoende aan kan worden voldaan.

Checklist 2. Contra-indicaties voor plaatsing

Er is sprake van belastende chronische lichamelijke of medische problematiek.	✓
Er is sprake van bedreiging door personen uit het natuurlijke milieu van het kind, waarbij de inschatting wordt gemaakt dat de veiligheid van de opgenomen kinderen en/of de professionele opvoeders in gevaar dreigt te komen.	✓
Het kind heeft te maken met ernstige loyaliteitsproblematiek naar de biologische ouders en/of ouders onthouden hun toestemming voor plaatsing en belasten het kind hiermee.	✓
Het kind heeft (nog) de ondersteuning nodig van een psychiatrische setting dan wel van de OP4groep van de jeugdzorg).	✓
Er is een diagnose gesteld in het autisme spectrum.	✓
Er is sprake van een psychose of verslaving.	✓

Er zijn tenslotte een aantal praktische voorwaarden waaraan moet worden voldaan om over te gaan op plaatsing. Deze staan weergegeven in Checklist 3.

Checklist 3. Voorwaarden voor plaatsing

De gezagdrager stemt in met de plaatsing en schrijft indien nodig een indicatie.	✓
Het kind is woonachtig in de Provincie Utrecht.	✓
Schoolplaatsing is gerealiseerd.	✓

10.3 Bijlage 3 Taken van een professionele opvoedouder

De belangrijkste taken van een professionele opvoedouder zijn in het Functieboek Jeugdzorg (2009) omschreven. In tabel 2 staat een samenvatting.

Tabel 2. Taken van een professionele opvoedouder

Het observeren, opvoeden, behandelen, begeleiden, stimuleren, activeren en ondersteunen van kinderen, in een 24-uurs situatie;
Het volgen van de ontwikkeling van kinderen, het toezien op de dagelijkse gang van zaken, het treffen van maatregelen en het (schriftelijk) rapporteren hierover;
Het op methodische wijze aanleren van sociale vaardigheden en het geven van gedragsinstructies;
Het leveren van een inhoudelijke bijdrage aan het vaststellen, aanpassen en toetsen van opvoedings-/hulpverleningsplannen onder meer door middel van het maken van gedragsbeschrijvingen per opgenomen kind;
Het op systematische wijze uitvoering geven aan opvoedings- en hulpverleningsplannen door opvoedkundige interventies;
Het organiseren c.q. begeleiden van therapeutische en recreatieve activiteiten ter bevordering van het behandelklimaat en de individuele ontwikkeling van de kinderen in en vanuit de gestructureerde en permanente 24-uurs situatie;
Het met de ouders bespreken en tonen van mogelijkheden en onmogelijkheden bij de opvoeding van kinderen;
Het verrichten van in het kader van de functie voorkomende huishoudelijke werkzaamheden;
Het verrichten van administratief-organisatorische werkzaamheden, zoals het beheer van gezinshuisgelden, het opstellen van een begroting en het beheer van persoonlijke gegevens van kinderen;
Het gebruikelijk deelnemen aan werkoverleg.

10.4 **Bijlage 4 Kwaliteiten van een professionele opvoedouder**

In het Functieboek Jeugdzorg worden daarnaast nog een aantal specifieke functiekenmerken genoemd. Deze zijn uiteengezet in tabel 3.

Tabel 3. Kwaliteiten van een professionele opvoedouder

Sociale vaardigheden voor het onderhouden van informatieve contacten met (pleeg)ouders, familie, scholen, externe instanties en dergelijke;
Communicatieve vaardigheden voor het in een gezinssituatie begeleiden van kinderen met gedragsproblematiek;
Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid onder andere voor het opstellen van gedragsbeschrijvingen en het rapporteren over bevindingen;
Probleemoplossend vermogen;

10.5 Bijlage 5 Criteria en competenties van een professionele opvoedouder

Een professionele opvoedouder die in dienst is bij een zorgaanbieder, moet minimaal over een HBO werk- en denkniveau beschikken op het gebied van de pedagogiek of didactiek. Overige criteria en competenties waar de professionele opvoedouders aan moeten voldoen staan in tabel 4 beschreven.

Tabel 4. Criteria en competenties van een professionele opvoedouder

criterium/competentie	Voldoen professionele opvoedouders?
Is wat ouder, zonder kinderen of met oudere kinderen. Maximale leeftijd bij aanvang 55 jaar.	✓
Heeft een stabiele relatie met zijn/haar partner.	✓
Heeft geen onverwerkte (verlies)ervaringen.	✓
Heeft een professionele houding tav de opvoeding van de kinderen die in het gezinshuis wonen.	✓
Kan een beroep doen op zijn/haar netwerk in geval van nood.	✓
Er is minimaal één opvoedouder fulltime beschikbaar.	✓
Is bereid om te verhuizen naar een huis van de zorgaanbieder en hun huis open te stellen voor derden die betrokken zijn bij de hulpverlening aan de kinderen.	✓
Is gezond (geestelijk en lichamelijk beschikbaar) en in staat voor langere tijd een gezinssituatie te bieden.	✓
Is bij voorkeur geschoold op het gebied van gedragsproblemen en pedagogische vaardigheden.	✓
Heeft reële verwachtingen ten aanzien van het gedrag van het kind en te verwachten verbetering/ aangaan emotionele binding.	✓
Kan kleine stappen in de ontwikkeling van het kind op waarde schatten.	✓
Is ervaren in het omgaan met kinderen met hechtingsproblemen, met een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling en/ of ernstige gedragsproblemen.	✓
Kan het (biologische) netwerk van het kind (permanent) een plek geven.	✓
Wil zich verder ontwikkelen als professional en participeren in intervisie, thema-bijeenkomsten, PMTO etc.	✓
Is bereid zich voor lange tijd te committeren.	✓

Partners vullen elkaar aan mbt de benodigde vaardigheden en competenties.	✓
Persoonlijke kwaliteiten / criteria	
Heeft incasseringsvermogen en is volhardend.	✓
Kan leiding en sturing geven aan kinderen.	✓
Neemt geen verantwoordelijkheden van cliënten of andere betrokkenen over	✓
Is zelfverzekerd en empathisch.	✓
Kan gedrag duiden en maakt van een mug geen olifant.	✓
Heeft voldoende ego-sterkte.	✓
Werkt goed samen in teamverband.	✓
Is stuurbaar: bereid om nieuwe dingen te leren.	✓
Is nuchter, kan emoties goed reguleren.	✓
Heeft een positieve basishouding.	✓
Kan methodisch werken en de rode lijn vasthouden.	✓
Is in staat om (kritisch) te reflecteren op het eigen handelen.	✓
Is responsief: merkt de de signalen van het kind op, weet deze juist te interpreteren, weet hier effectief op te reageren en wil/kan dat ook (Polderman, N. & Holsher, F., 2008).	✓
Kan "relationele ruimte laten en nabijheid bieden". Dat wil zeggen betrokken aanwezig zijn zodat het kind zich tot de volwassene kan wenden als het dat wil (Van Heteren et al., 2010).	✓
Heeft goede communicatieve vaardigheden met kinderen.	✓
Is flexibel in het hanteren van structuur/grenzen waarbij afstemming op de behoeften van het kind centraal staat.	✓

10.6 Bijlage 6 Opbouw van de sollicitatieprocedure

De opbouw van de sollicitatieprocedure heeft de volgende opbouw (zie tabel 5). Met uitzondering van stap 2 en 3, worden alle gesprekken in onderstaand schema met beide partners gevoerd. Dit geeft veel informatie over de dynamiek tussen beide partners.

Tabel 5 Opbouw van de sollicitatieprocedure

1. Kennismakingsgesprek met als doel een eerste indruk krijgen van sollicitanten, uitleg van de functie en gevraagde competenties en sollicitatieprocedure.
2. Competentie-analyse: test online invullen bij zorgaanbieder
3. Terugkoppelingsgesprek competentie-analyse
4. 1 ^e sollicitatiegesprek levensloop
5. 2 ^e sollicitatiegesprek levensloop
6. Sterkte-zwakte analyse sollicitanten
7. Besluit. Uiteindelijk wordt door het gehele multidisciplinair basisteam ⁵ , onder eindverantwoordelijkheid van de afdelingsmanager, besloten of sollicitanten in aanmerking komen voor het professionele opvoederschap. Daarna zal het arbeidsvoorwaardengesprek plaatsvinden.
8. Arbeidsvoorwaardengesprek
9. Opvragen van een verklaring van goed gedrag.

De checklist met criteria (zie tabel 4) wordt vanaf stap 1 waar mogelijk ingevuld en verder aangevuld gedurende de sollicitatieprocedure. Indien er gedurende de procedure gegronde redenen blijken te zijn om niet met de kandidaat opvoeders in zee te gaan, dan wordt de sollicitatieprocedure afgebroken.

⁵ In hoofdstuk vijf staat beschreven wie er zitting neemt in het multidisciplinair basisteam.

10.7 Bijlage 7 Punten van gesprek tijdens de kennismaking

Door de organisatie wordt een eerste inschatting gemaakt van de kandidaat professionele opvoedouders met betrekking tot motivatie, kennis, vaardigheden en houdingsaspecten. Gespreksonderwerpen die aan bod komen staan weergegeven in tabel 6.

Tabel 6 Punten van gesprek tijdens de kennismaking

Welkom
Organisatie / sector / identiteit
Functie professionele opvoedouder
Perspectief biedende plaatsing
Aard en ernst problematiek op ouder en kind niveau op basis van dossier en zorg op maat
Deelname aan PMTO
Ontspanningsmogelijkheden kinderen
Ontspanningmogelijkheden professionele opvoedouders
Contact onderhouden met biologische ouders
Logistieke ondersteuning vanuit de zorginstelling
Informatie / positie multidisciplinair team
Aanstelling (duur en omvang)
Informatie sollicitatieprocedure (stap 1 t/m 6)
Tijdpad sollicitatieprocedure
Informatie omgang met de gegevens uit de sollicitatieprocedure (ook met betrekking tot privacy gevoeligheid)
Regelgeving en CAO
Motivatie sollicitanten
Verwachtingen sollicitanten
Gezinssituatie kandidaten
Gezinsgeschiedenis kandidaten

10.8 Bijlage 8 Competenties die worden gemeten en besproken

De volgende competenties worden gemeten en besproken:

1. *Empathie*. De communicatie tussen mensen vindt plaats op twee niveaus: op inhoudsniveau (wat feitelijk gezegd wordt) en op betrekkingniveau (wat tussen de regels door ook wordt gezegd of bedoeld). Deze competentie meet de mate waarin men (in eerste instantie) geneigd/in staat is zich te richten op het betrekkingniveau.
2. *Ik-sterkte*. Deze competentie meet de mate waarin kandidaat opvoeders in staat zijn om positie in te nemen en de mate waarin zij assertief zijn. In hoeverre gaat men bijvoorbeeld openlijk het conflict aan? De competentie ik-sterkte geeft een indicatie van de mate waarin de kandidaat opvoeders in staat zijn om grenzen te stellen en om basisveiligheid voor anderen te creëren.
3. *Kritische zelfreflectie*. Deze competentie geeft informatie over de vraag of de kandidaat opvoeder in staat is kritisch te reflecteren op het eigen handelen en vooral ook of hij dat vanuit zichzelf doet, dan wel daartoe moet worden aangespoord.
4. *Bijstaan zonder overnemen*. Hoe gaan kandidaat opvoeders om met de hulpvraag van anderen? In hoeverre zijn zij geneigd om de taken en verantwoordelijkheden van anderen over te nemen?
5. *Sturen*. Deze competentie gaat over de vraag of de kandidaat opvoeder iemand is die gemakkelijk boven de groep uitstijgt op basis van gezag en natuurlijk overwicht, dan wel of hij liever (en beter) tussen en naast anderen staat.
6. *Ordering*. De mate waarin iemand van nature geneigd is zich te verbinden aan regels en kaders, en de neiging heeft om zich te conformeren aan de groep.
7. *Samenwerken*. Het vermogen om gezamenlijke belangen en resultaten 'leidend' te maken. Deze competentie meet in hoeverre iemand behoefte heeft aan zelfstandigheid, of de natuurlijke neiging hebben om samenwerking te zoeken.

10.9 Bijlage 9 Tijdslijn behorende bij de sollicitatieprocedure

Een tijdslijn is een instrument dat helpt te reflecteren over:

- belangrijke incidenten
- invloedrijke personen
- belangrijke lessen die we geleerd hebben

Het is de bedoeling dat er een tijdslijn gemaakt wordt, (van babytijd tot nu). Hierin worden bovenstaande punten meegenomen: verhuizingen, ziektes, ziekenhuisopnames, schoolloopbaan, andere bijzondere gebeurtenissen etc. zijn voorbeelden van zaken die hierin meegenomen moeten worden.

Kindertijd basisschoolperiode (middelbare) schooltijd volwassenheid

Vragen die hiernaast beantwoord moeten worden volgen hieronder, dit kan puntsgewijs maar het liefst geïntegreerd in een verhaal.

- Hoe is uw gezin van herkomst samengesteld? welke plaats had u binnen het gezin en hoe heeft u die ervaren?
- Kunt u iets vertellen over uw beide ouders en over de relatie die u met ieder van hen had? Hoe is, als uw ouders nog in leven zijn, uw contact op dit moment met hen?
- (indien van toepassing) Hoe was, en is tegenwoordig, het contact met broer(s) en zus(sen)?
- Hoe heeft u de sfeer binnen uw gezin van herkomst ervaren?
- Kunt u aangeven wat belangrijke waarden waren die uw ouders u, naar uw idee, wilden meegeven in het leven?
- Op welke manier hanteerden uw ouders (huis)regels en welke regels waren belangrijk?
- Hoe was u als kind en hoe ontwikkelde u zich in de pubertijd?
- Wat is uw mening over de opvoedingsstijl van uw ouders en hoe kijkt u terug op uw jeugd?

Deze tijdslijn is afkomstig uit de sollicitatieprocedure 'gezinshuizen' van het Leger des Heils Midden Nederland.

10.10 Bijlage 10 Thema's die behandeld worden in gesprek met kandidaat opvoedouders

<i>Gespreksthema's</i>
Normen en waarden in het algemeen en met betrekking tot eigen opvoeding en wenselijke opvoeding aan de kinderen in het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'.
Opvoedingsstijl van eigen ouders en indien men een eigen gezin heeft, eigen opvoedingsstijl.
Steun en hulpbronnen.
Verwerking van verlieservaringen.
Eigen hechtingsstijl en relatie met hechtingsfiguren.
Het toepassen van de eigen professionaliteit in een privésetting.
Veiligheid waarborgen van de kinderen.
Communicatieve vaardigheden.
Loyaliteitsproblematiek van kinderen en eigen loyaliteiten (ten aanzien van ouders en kinderen).
Contacten onderhouden met biologische ouders.
Externaliserende gedragsproblemen en de impact daarvan op het gezinsleven.
Diversiteit aan kind problematiek en zorg op maat.
Dossiervorming.
Behandeling van de kinderen die in het gezinshuis wonen in een privésetting naast de dagelijkse zorg voor de kinderen en jezelf.
Motivatie voor het professionele opvoedouderschap.
Omgaan met kinderen uit andere (gezins)culturen.
Omgaan met kinderen die ervaring hebben met (seksueel)misbruik en de impact hiervan op het gezinsleven.
Omgaan en openstaan voor andere (semi)professionals die, gezien de aard en ernst van de problematiek van het kind, bij de gezinshuisplaatsing betrokken zullen zijn, zoals bijvoorbeeld de kinderpsychiater.
Balans draagkracht-draaglast en manieren om te ontspannen en de draagkracht te vergroten.

10.11 Bijlage 11 Belangrijke thema's in de begeleiding van kinderen met orthopsychiatrische problematiek

De thema's die belangrijk zijn in de begeleiding van kinderen met orthopsychiatrische problematiek komen tijdens de gesprekken aan bod. Deze staan hieronder beschreven.

- *Sensitiviteit en responsiviteit*: het artikel inzichten uit het hechtingsonderzoek van F. Juffer (2012, zie literatuurlijst) wordt besproken. Binnen het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' gaat men ervan uit dat alle kinderen in staat zijn tot het opdoen van correctieve gehechtheidservaringen. Sensitiviteit en responsiviteit zijn hierbij sleutelwoorden. Deze kwaliteiten zullen de professionele opvoedouders gaan inzetten en verder gaan ontwikkelen in het contact met de kinderen.
- *Professionaliteit*: een professionele houding is een voorwaarde om een kind met orthopsychiatrische problematiek maar ook de andere kinderen in het gezinshuis succesvol te kunnen begeleiden. Zij hebben een specifieke opvoeding nodig met veel duidelijkheid, structuur en aanmoediging in kleine stapjes. Tijdens het proces worden de vaardigheden en competenties van de professionele opvoedouders zwaar op de proef gesteld. Hierbij is het belangrijk om vanuit de sterkte-zwakte analyse die tijdens de sollicitatieprocedure is gemaakt, te bekijken waar en hoe de kinderen de professionele opvoedouders zullen gaan 'testen'. Voorbereid zijn op deze situaties en weten hoe in die situaties te handelen is erg belangrijk en vergroot de kans dat de opvoedouders het volhouden om hun taak uit te voeren (Baat, Berg-le Clercq, & Steege, 2012).

10.12 Bijlage 12 Af te stemmen zaken voorafgaand aan de plaatsing van de kinderen

Hieronder staat een opsomming van zaken die meer of minder uitgebreid met de professionele opvoedouder wordt besproken, voorafgaand aan de plaatsing van de kinderen.

Tabel 7. Af te stemmen zaken voorafgaand aan de plaatsing van de kinderen

De taakverdeling van het team rondom het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk' en de afdelingsmanager; werkdagen en bereikbaarheid; (overleg)structuur begeleiding (team)
Introductie in de organisatie en specifiek bij overige opvoedouders die eens per zes weken bij elkaar komen voor (afwisselend) deskundigheidsbevordering en intervisie
Taken rondom de hulpverleningscyclus: Ingroei/ Hulpverleningsplannen/ evaluaties/ verslagen.
De omgang met de casemanager/ (gezins)voogd.
De omgang met de (biologische) ouders en het sociale netwerk van de kinderen.
De omgang met de weekendouders indien van toepassing.
De communicatie met school, vrijetijdsvoorzieningen, en de externe hulpverlening.
Het waarborgen van de privacy van de kinderen.

10.13 Bijlage 13 Organisatorische zaken waar de opvoedouders zich over buigen

Er zijn vele concrete zaken die zij (eventueel met hulp) moeten regelen en waar zij zicht op moeten houden. Deze staan weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. Organisatorische zaken waar de opvoedouders zich over buigen

Fondsaanvragen voor fiets/zwemles/kamp, etc.
Structurele communicatie met school over rapporten/vieringen/ overleggen
Het vervoer van en naar school (in geval van speciaal onderwijs)
Inschrijven bij de gemeente/huisarts/tandarts
Terugkerende rituelen in het jaar (avondvierdaagse/ verjaardagen/feestdagen)
Fysieke verzorgingsaspecten van de kinderen die overlegd worden met de biologische ouders: kleding/ haardracht/piercings/bril, etc.

10.14 Bijlage 14 Informatie over indicering

Kennisdocument indicatie jeugdzorg versie 09 03 24 , GvZ 1

Lange tijd was het sterk afhankelijk van de sector (jeugdbescherming, jeugdhulpverlening, gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen) waarin de jeugdige 'toevallig' terecht kwam welke zorg werd geïndiceerd en verleend. Met de intrede van de wet op de jeugdzorg in 2005 is daarin verandering gekomen. Het bureau jeugdzorg verzorgt sinds die tijd voor steeds meer doelgroepen de indicatiestelling. Zo zijn zij enkele jaren geleden voor de jeugd GGZ gaan indiceren. En gaan zij in 2009 indiceren voor de doelgroep jeugdigen LVG (lichte verstandelijke beperking). Er wordt gewerkt aan een afstemmingsproces tussen de bureaus jeugdzorg onderling en ook tussen de werkwijzen van bureaus jeugdzorg en het CIZ plaats om de indicaties zoveel mogelijk op dezelfde wijze te stellen. De bedoeling is uiteindelijk om te komen tot een kader integraal indiceren via een loket. Bij een dergelijk loket kan voor de totale range van speciaal onderwijs, AWBZ- en/of jeugdzorg een indicatie worden aangevraagd. De verwachting is dat de afstemming beter zal worden, maar ook dat de werkwijze klantvriendelijker zal zijn voor de gebruiker. Sinds 1 januari 2009 hoeft in een indicatie duur en omvang van de zorg niet meer in het indicatiebesluit te worden opgenomen. Dit gaat prestatieafspraken tussen zorgaanbieder en provincie mogelijk maken. Ook behoeft niet iedere aanvraag meer beoordeeld te worden door een gedragswetenschapper. In dit document gaat het om het verduidelijken van indicatiestelling voor plaatsing in een gezinshuis. Binnen het gezinshuis wordt het vanzelfsprekende van een gezin gecombineerd met professionaliteit en vakmanschap op het gebied van jeugdzorg. Gezinshuizen zijn een vorm van residentiële zorg.

Financieringsbronnen jeugdzorg

Jeugdzorg wordt (nu) vanuit verschillende kaders gefinancierd:

- Provinciaal gefinancierde zorg (wet op de jeugdzorg)
- Jeugd geestelijke gezondheidszorg (AWBZ of ZVW)
- Zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (IQ > 70) (AWBZ of ZVW)
- Gesloten jeugdzorg (wet op de jeugdzorg)
- Zorg voor verstandelijk gehandicapten (IQ <70) (AWBZ)

Indicatie verblijf

Om zorg en begeleiding te kunnen ontvangen binnen een gezinshuis, als kleinschalige vorm van residentiële (24-uurs)zorg, is een **indicatie verblijf** noodzakelijk.

Wie indiceert wat?

Afhankelijk van de doelgroep binnen het gezinshuis zijn er verschillende indicatiestellende organen, dus 2 toegangspoorten, te weten bureau jeugdzorg en het CIZ. Verschillende indicaties geven recht op zorg in een gezinshuis. Bij indicatiestelling binnen de Wjz gaat het altijd om de beoordeling van het individu en het gezinssysteem. De Wjz wordt als voorliggend op de AWBZ beschouwd, het gaat dan om opvoed- en/of opgroei problemen. Bij een AWBZ indicatie gaat het om de vaststelling van beperkingen ten gevolge van een aandoening of handicap. Het betreft chronische aandoeningen. Dit verschil maakt geleiding naar het juiste domein vaak complex. Een eerste indicatie voor (observatie)diagnostiek is van belang om te kunnen bepalen wat de geëigende grondslag voor een indicatie is.

Hoe wordt geïndiceerd?

De bureaus jeugdzorg gaan bij het stellen van een indicatie uit van de omgeving van het kind, de opvoeding, school, etc. en stellen de vraag: welke zorg is voor dit kind geschikt? De werkwijze is uitgewerkt in het referentie werk model (RWM). De 15 bureaus jeugdzorg hebben daarbinnen ruimte voor het maken van eigen keuzes en werken (nog) niet volgens één uniforme methode. Daardoor is bij het aanvragen van een indicatie een oriëntatie op de werkwijze van het betreffende bureau jeugdzorg noodzakelijk. Zie voor meer www.bureaujeugdzorg.nl

CIZ verzorgt indicaties voor kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking (IQ lager dan 70). Het CIZ en de bureaus jeugdzorg indiceren nu nog verschillend:

Het CIZ indiceert vooral op basis van een dossier: is er sprake van een handicap of een beperking bij het kind, heeft het kind recht op zorg? En dat volgens één uniforme methode. Zie voor meer www.CIZ.nl Inhoud en geldigheidsduur indicatie Een indicatie wordt binnen een bepaalde tijd afgegeven en bevat de aard (en omvang) van de zorg waar recht op bestaat. Indicaties Wjz De Wjz regelt niet welke cliëntinformatie moet worden vastgelegd. Er wordt ook geen aanmeldingsformulier voorgeschreven. Het indicatiebesluit bevat:

- Beschrijving van het probleem, de ernst en oorzaak
- De daarop gebaseerde zorg en het doel daarvan (voor verblijf AWBZ in de vorm van een ZZP)
- Duur van de zorg
- De termijn waarbinnen de aanspraak geldig is
- Advies wie de zorg kan bieden
- Of en wie de zorg mogelijk kan coördineren

Voor het afgeven van een besluit moet minimaal een maal overleg worden gevoerd met de aanvrager.

Indicaties CIZ

CIZ maakt gebruik van landelijk ontwikkelde formulieren. Het indicatiebesluit bevat:

- Algemene gezondheid aanvrager
- Beperkingen die aanvrager ondervindt
- De grondslag voor de beperkingen
- De woning en woonomgeving van zorgvrager
- Psychisch en sociaal functioneren
- Sociale omstandigheden
- Aard en omvang van niet professionele en professionele hulp van de aanvrager voor verblijf in de vorm van een ZZP.

Een indicatie dient binnen 6 weken te worden afgegeven.

Geldigheidsduur

- Wjz kent een maximum van 1 jaar
- Zvw kent een maximum van 1 jaar (bij DBC staan voorwaarden in polis)
- AWBZ kent een maximum van 5 jaar, voor het aanleren van gedragsvaardigheden maximum van 1 jaar, jeugdigen krijgen meestal een indicatie voor 2 jaren

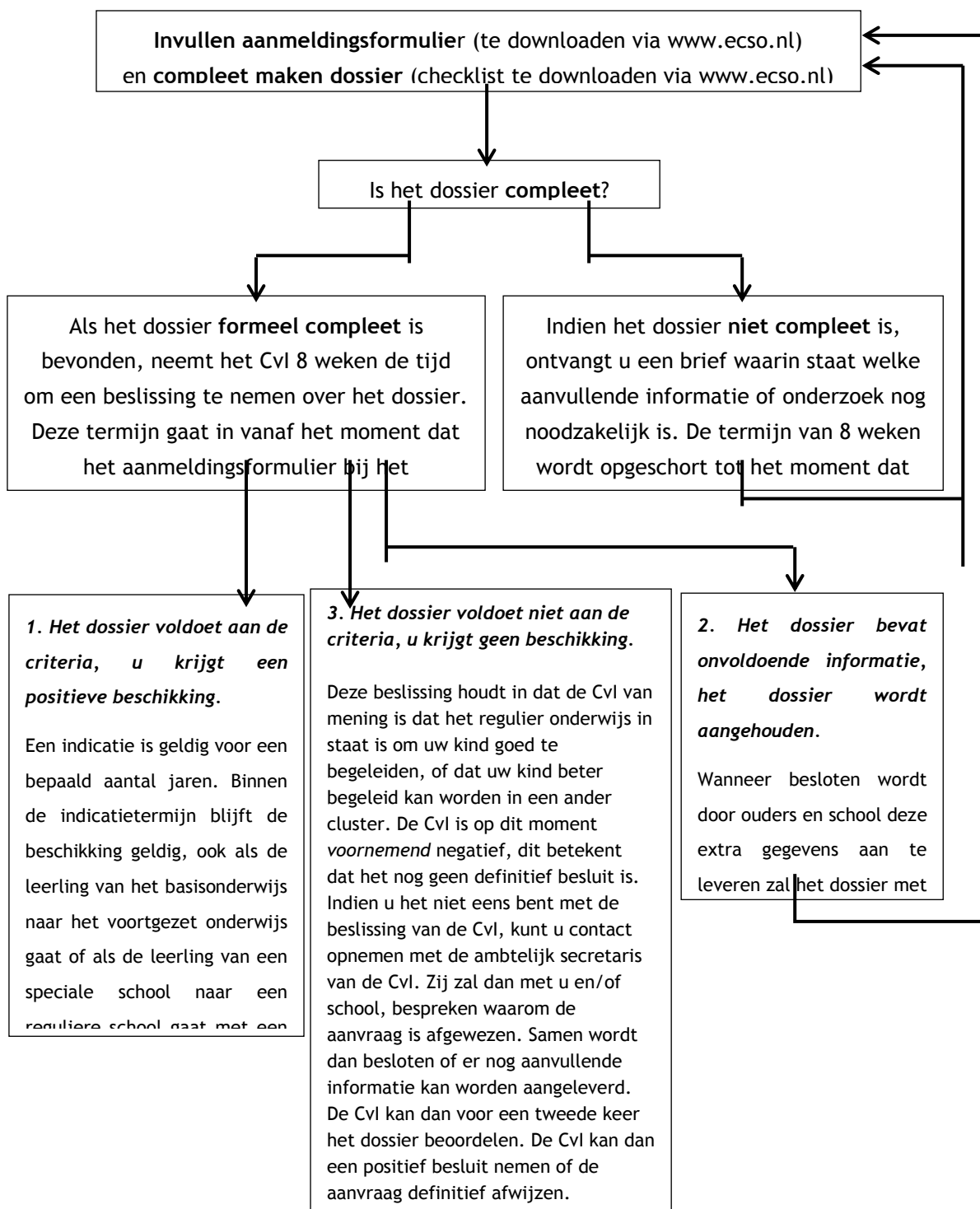
Na de afgegeven indicatie

Een indicatie is het toegangsbewijs voor zorg. De indicatie geeft met andere woorden recht op zorg. Deze zorg kan met het toegangsbewijs worden 'verzilverd'. Zie voor de financiering van de zorg het *kennisdocument de bekostiging zorg bij een gezinshuis*.

10.15 Bijlage 15 Te zetten stappen aanvraag van een REC4 indicatie

Om een REC4 indicatie aan te vragen dienen de volgende stappen te worden gevolgd (zie figuur 1).

Figuur 1. Een Indicatie aanvragen bij de Commissie van Indicatie (CvI)



10.16 Bijlage 16 Achtergrondinformatie over gehechtheid

Het ontstaan van gehechtheid

Gehechtheid ontstaat bij iedere kind van nature. Het is de aangeboren neiging van het kind om steun te zoeken bij iemand die sterker is, een volwassene die het kind kan beschermen en helpen. Een kind kan die neiging niet uitstellen of de kop indrukken en hecht zich dus altijd aan degene die hem op dat moment verzorgt. Kinderen kunnen veilig of onveilig gehecht zijn. Hun gedrag weerspiegelt hoe zij door hun hechtingsfiguur zijn behandeld en wat zij van deze hechtingsfiguur geleerd hebben te verwachten. Hechting is dus geen kenmerk van een kind, maar een specifieke, unieke band die het kind heeft met een bepaalde hechtingsfiguur. Dit kunnen overigens meerdere personen zijn. Ook zijn gehechtheidsrelaties niet voorbehouden aan volwassenen en kinderen die een bloedband met elkaar delen. Kinderen hechten zich ook aan een vervangende ouder. Als kinderen weten dat zij op de hechtingsfiguur kunnen vertrouwen, openlijk hun angst of verdriet kunnen laten zien in de wetenschap dat zij beschermd en getroost zullen worden, zullen zij de hechtingsfiguur anders benaderen dan kinderen die hierin teleurgesteld werden. Een onveilig gehecht kind negeert of vermijdt de hechtingsfiguur bijvoorbeeld na een scheiding (onveilig vermijdtend gehecht) of zoekt nadrukkelijk de nabijheid van de hechtingsfiguur door te protesteren, te huilen, zich vast te klampen en zich te verzetten (onveilig ambivalent gehecht). Sommige kinderen zijn tijdens een al ingezette gedragsstrategie (bijvoorbeeld vermijdtend reageren) het spoor plotseling bijster en reageren gedesorganiseerd. Dat gebeurt op cruciale, spannende momenten, bijvoorbeeld als de hechtingsfiguur terugkeert na een korte scheiding. Deze kinderen worden ook wel onveilig gedesorganiseerd gehecht genoemd. Kinderen met orthopsychiatrische problematiek zijn gedesorganiseerd gehecht.

Kinderen die niet op jonge leeftijd veilig gehecht zijn, lopen een groter risico dat zij later problemen krijgen, vooral op externaliserende gedragsproblemen. Andere mogelijke gevolgen zijn: problemen in het aangaan van relaties en het opbouwen van vriendschappen, problemen in het omgaan met stressvolle gebeurtenissen en problemen in cognitieve vaardigheden en taalontwikkeling.

Gehechtheid bij kinderen in vervangende opvoedsituaties; verstoorde hechting

Een kind dat in een vervangende opvoedsituatie (zoals een pleeggezin of gezinshuis) woont onderscheidt zich van andere kinderen doordat het op een zeker moment in zijn leven gescheiden is van beide ouders. Deze scheiding alleen al kan een traumatiserend effect hebben. Dit kan vervolgens ook van invloed zijn op het aangaan van hechtingsrelaties in de toekomst.

Uiteraard is de reden van de uithuisplaatsing van invloed op de mate van vertrouwen welke het kind heeft in volwassenen. De meeste kinderen met orthopsychiatrische problematiek kennen een achtergrond van verwaarlozing en/of mishandeling. Vaak is bij een of beide ouders sprake van psychiatrische problematiek, is het kind getuige geweest van geweld tussen ouders, heeft het voor zichzelf en/of broertjes en zusjes moeten zorgen, etc. De manier waarop een jong kind reageert binnen een gezinsvervangende setting is onlosmakelijk verbonden met de ervaring die hij of zij heeft gehad in de relatie met de eigenlijke opvoeder(s). Deze kinderen zijn belast met ervaringen die het voor pleegouders of professionele opvoedouders moeilijk maken zich koesterend op te stellen naar het kind toe.

Het opbouwen en onderhouden van contacten met volwassenen waarvan je als kind afhankelijk bent, is niet te omschrijven zonder dat daarbij de angst om afgewezen te worden in acht wordt genomen. Doordat deze kinderen al meerdere scheidingen hebben meegemaakt, is hun angst om weer afgewezen te worden groot. Naarmate een kind meer veranderingen heeft meegemaakt is het logisch dat het zich sneller aanpast aan nieuwe situaties. Dit kan leiden tot vlakke reacties en aangepast gedrag. Ook het tegengestelde gedrag is een mogelijkheid. Het kind reageert op weer een overplaatsing met agressief en brutaal gedrag. Al deze gedragingen zijn te herleiden tot de angst voor afwijzing (Delfos & Visscher, 2010; De Baat et al., 2012). Hoe manifesteert een onveilige hechting zich in het gedrag van een kind dat geplaatst wordt in een pleeggezin of gezinshuis?

- zelfbepalend gedrag
- alles in de gaten houden
- laat zich niet troosten
- zoekt geen hulp als er wat is
- voelt zich snel afgewezen
- weert lichamelijk contact af
- kan moeilijk stilzitten, overbeweeglijk, onrustig, gespannen
- gericht op het vervullen van zijn eigen behoeften
- het kind legt heel makkelijk en (te) vrij contact met vreemden of is juist heel bang voor vreemden
- veel moeite met afscheid nemen of juist helemaal geen moeite met afscheid nemen
- moeite met spelen
- moeite met concentreren op school

De verstoring in de hechtingsrelatie tussen (pleeg)ouder en kind komt tot uiting in de interactie tussen hen. In de Verenigde Staten is de praktijkrichtlijn “American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” (2006) ontwikkeld die een overzicht geeft van signalen van verstoorde hechting bij een kind. De signalen hebben betrekking op acht aandachtsgebieden en worden gerubriceerd onder ‘adaptief’ bij een veilige hechting en ‘niet adaptief’ bij een kind met een verstoorde hechting. In tabel 9 staan deze uiteengezet.

Tabel 9 Signalenkaart verstoorde hechting

Gedrag	Adaptief	Niet adaptief
1. Genegenheid	Vertoont genegenheid in verschillende interacties	Gebrek aan uitwisseling van genegenheid in verschillende situaties
2. Troost zoeken	Zoekt troost bij de hechtingsfiguur	Zoekt geen troost bij de hechtingsfiguur of doet dit op een vreemde manier
3. Hulp vragen hechtingsfiguur	Bereid om hulp te vragen aan hechtingsfiguur	Buitensporig afhankelijk of niet in staat om hulp te vragen aan een hechtingsfiguur
4. Medewerking	Werkt meestal mee met hechtingsfiguur	Reageert voortdurend ongehoorzaam of reageert angstig gehoorzaam
5. Exploratiedrag	Gebruikt de hechtingsfiguur als veilige basis van waaruit de omgeving verkend wordt	Het kind gaat in een onbekende omgeving niet even terug naar de hechtingsfiguur als hij is weggelopen of is niet bereid om de omgeving te verkennen
6. Controlerend gedrag	Geeft weinig blijk van controlerend gedrag jegens de hechtingsfiguur	Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag jegens de hechtingsfiguur, of buitensporig bazig, straffend en controlerend gedrag jegens hechtingsfiguur
7. Reactie op hereniging	Indien van streek: zoekt troost bij hechtingsfiguur Indien niet van streek: positief herstellen van contact door tonen van genegenheid.	Na scheiding wordt het contact niet hersteld, negerend of vermijdend gedrag, intense boosheid of gebrek aan genegenheid.
8. Reactie op vreemden	Aanvankelijke terughoudendheid ten opzichte van vreemden.	Onmiddellijk contact zoeken zonder op zijn hoede te zijn, met uitgebreid fysiek contact zonder op te letten op de hechtingsfiguur. Zonder protest met een vreemde meegaan.

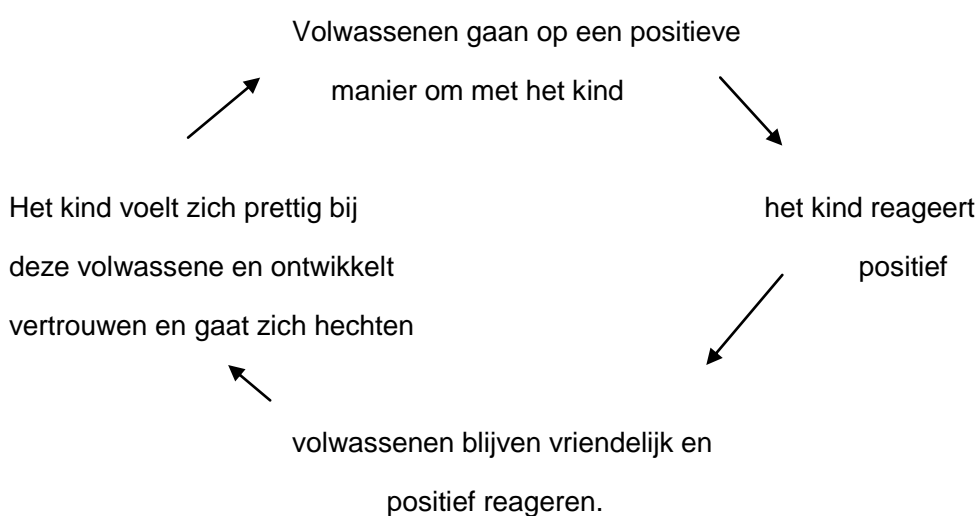
De kern bij het herstellen van onveilige hechting

Hoe biedt een opvoeder veiligheid en stelt hij zich op als hechtingsfiguur (sensitief, responsief)? In welke woorden en met welke houding stelt hij zich op als professionele opvoeder?

In elke nieuwe relatie nemen kinderen (maar ook volwassenen) ervaringen en strategieën mee van vroeger. Dit plaatje kan echter weer langzaam worden bijgesteld wanneer de ander anders reageert dan verwacht of gewend (zie schema 1). Dit kan worden gezien als een boom met steeds nieuwe vertakkingen. Elk contact is een nieuwe neurologische verbinding in de hersenen. Hoe meer stress, hoe minder vertakkingen. Hersenen van sterk verwaarloosde kinderen groeien ook anders. Inzichten vanuit hechtingsonderzoeken geven aan dat kinderen in staat blijven tot het opdoen van correctieve hechtingservaringen. Hiervoor zijn sensitiviteit en responsiviteit van professionele opvoeders nodig (Juffer, 2012).

In de praktijk wordt er soms van uitgegaan dat het opbouwen van een veilige gehechtheid slechts mogelijk is in de eerste kinderjaren. Vanuit de gehechtheidstheorie en het beschikbare wetenschappelijke gehechtheidsonderzoek is er echter geen enkel steekhoudend argument aan te voeren dat het om een afgemeten en beperkte periode zou gaan waarin kinderen een veilige gehechtheid kunnen ontwikkelen (Juffer, 2010). Verschillende onderzoeken hebben bijvoorbeeld uitgewezen dat gehechtheid (zelfs in de meest gedepriveerde opvoedingssituatie) in positieve zin kan veranderen door pleegzorg of adoptie (van IJzendoorn en Juffer, 2006). De plasticiteit van de hersenen zorgt ervoor dat deze zich tot ver in de volwassenheid kunnen herstellen als reactie op nieuwe ervaringen.

Schema 1: een voortdurende positieve wisselwerking



Als het kind positief op de hechtingsfiguur gaat reageren, zal de opvoeder geneigd zijn om op die lijn door te gaan. Zo ontstaat er een patroon in de omgang en zo ontstaat een voortdurende positieve wisselwerking.

De gezinshuisouders zijn niet alleen positief, maar ook continu aanwezig en zijn daardoor potentiële gehechtheidsrelaties. Het kind wordt de mogelijkheid aangeboden een relatie aan te gaan, maar dit wordt niet opgedrongen, waaronder het kind zich onprettig zou voelen. Het kind wordt relationeel de ruimte gelaten (van Heteren, Smits & van Veen, 2010). Het kind krijgt de mogelijkheid om gedurende lange tijd positieve, correctie ervaringen op te doen na de opgedane onveilige gehechtheidservaringen.

Een positieve omgang met het kind is niet alleen belangrijk om het kind de kans te geven zich te hechten, maar ook om het een positief gevoel te geven over zichzelf. - Dat patroon komt over en weer tot stand. Het kind merkt dat anderen om hem geven. Het voelt dat het de moeite waard is. Als dat patroon consequent en op dezelfde manier verloopt, wordt bij het kind zelfvertrouwen en een gevoel van eigenwaarde ontwikkeld. Niet alleen aan de kant van het kind, maar ook aan de kant van de opvoedouder. Als een kind in een gezinshuis wordt geplaatst, heeft het behoefte aan ondersteuning en begeleiding. Deze behoeften zijn onder meer:

- Informatie krijgen
- Geruststelling ontvangen
- Toestemming krijgen om te voelen wat het voelt
- Geschikte manieren leren om gevoelens te uiten
- Tijd krijgen om te herstellen en zich aan te passen

Zeer specifiek voor de kinderen met orthopsychiatrische problematiek geldt dat het van essentieel belang is dat de professionele opvoedouders hen niet loslaten en het vertrouwen in het kind behouden in moeilijke periodes. De kinderen moeten steeds blijven voelen en ervaren: "Natuurlijk mag je hier blijven". Recent onderzoek wijst uit dat de verstoorde hechting van een kind kan worden hersteld als het langer dan vijf jaar opgroeit in een stabiel, veilig en positief gezinsklimaat.

Hechtingsthema's die van belang zijn in gezinsvervangende situaties

Tijdens de cursus "Hechting" vindt psycho-educatie plaats over hechtingsproblematiek. Daarin komen de volgende onderdelen aan de orde: Wat is hechting; veilige en onveilige hechting; cirkel van vertrouwen; neurobiologie; hechting in samenhang met stress, emoties en perspectief. Daarnaast krijgen professionele opvoedouders voorlichting over hechtingsthema's die van belang zijn in gezinsvervangende situaties, zoals:

- *Uitleg over voorgeschiedenis kind* en wat daarvan terug te zien is in het gedrag van het kind door bijvoorbeeld een levenslijn of verliesinventarisatie te maken. Dit maakt dat professionele opvoedouders meer in staat zijn het (moeilijke) gedrag van het kind los te koppelen van zichzelf en meer te zien als een gevolg van hun voorgeschiedenis. Hierdoor voelen de opvoedouders zich minder persoonlijk afgewezen door het afwijzende gedrag van het kind.
- *Uitleg over loyaliteit naar biologische ouders*: om het kind nog meer een gevoel van veiligheid en geborgenheid te geven, is het van het grootste belang dat het kind het gevoel heeft dat zijn biologische ouders er ook mogen zijn, in alle opzichten. Als het kind zelf niet het initiatief neemt om er over te praten, is het essentieel dat zijn opvoeders regelmatig, zonder opdringen, zijn biologische ouders ter sprake brengen.
- *Uitleg over specifieke deskundigheid*: Benoemen naar professionele opvoedouders dat het omgaan met een onveilig gehecht kind meer vraagt van hen dan het gewone; dit kind heeft opvoeders met 'specifieke deskundigheid nodig'. Er dient als het ware een inhaalslag te worden gemaakt.
- *Verwachtingen bijstellen*: De begeleider moet professionele opvoedouders helpen bij het bijstellen van hun verwachtingen m.b.t. het kind. Professionele opvoedouders moeten het kind aanspreken als een kind dat enkele jaren jonger is dan zijn/haar kalenderleeftijd. Hierdoor kunnen ze vaak makkelijker overweg met zijn/haar gedrag. Verwacht nog niet teveel van de zelfstandigheid van kinderen. Emotioneel zijn deze kinderen vaak (veel) jonger dan je op basis van hun leeftijd zou verwachten.

Tot slot krijgen professionele opvoedouders voorlichting en tips over hoe veilige hechting te bevorderen

- *Sensitiviteit en responsiviteit*: Professionele opvoedouders moeten sensitief en responsief zijn willen zij een veilige gehechtheidsrelatie met het kind vormen. Hiermee biedt de interactie tussen opvoedouder en kind ervaringen voor het kind op grond waarvan het in kleine stapjes een gevoel van basisveiligheid en vertrouwen. Sensitief wil zeggen dat een opvoeder zich goed kan verplaatsen in wat een kind nodig heeft en reageert op de signalen die het kind afgeeft. Responsief wil zeggen dat de opvoeder op een adequate manier op het kind reageert.
- *Benoemen*: Professionele opvoedouders laten het kind weten dat zij zijn initiatieven zien door een ontvangstbevestiging (verbaal of non-verbaal) te geven. De opvoeders geven, net als bij een baby, een ondertiteling voor alle acties, gevoelens en daden. Het is heel belangrijk dat het onveilige kind zich

begrepen en gehoord voelt. Dit kan de opvoeder bereiken door actief naar het kind te luisteren en zijn gevoelens te verwoorden. Als het kind hoort dat hij bang, boos of verdrietig mag zijn, voelt hij zich begrepen en zal de spanning afnemen.

- *Positieve interactie* met het kind is essentieel. Het is belangrijk dat de professionele opvoedouders het kind het gevoel geven: “Jij bent belangrijk voor mij”. “Ik wil dat het goed gaat met ons en dat jij je prettig voelt”. Het geven van veel complimenten, gericht op het gedrag van het kind, draagt hieraan bij.
- *Conflicten*: Bij conflicten blijven de professionele opvoedouders rustig. Zij verwoorden wat er mis is. Zij benoemen het gedrag dat niet door de beugel kan, maar bevestigen steeds opnieuw het kind als persoon. Negatieve initiatieven negeren zij indien mogelijk. Als dat niet kan benoemen zij het ongewenste gedrag en bieden een alternatief aan (stop met springen op de bank, spring maar op de grond, dan blijft de bank heel). Belangrijk is dat het kind de boodschap krijgt dat het er ook mag zijn met ongewenst gedrag. Dat het als persoon niet wordt afgewezen.
- *Leiding nemen*: de opbouw van een relatie en het bieden van structuur zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Leiding nemen zonder afwijzing te laten ervaren, ook al lijkt het kind hier op aan te sturen is belangrijk in de begeleiding van kinderen met een verstoorde hechting. Aan de geboden structuur ontnemen onveilige kinderen veel veiligheid. Polderman noemt dit ‘positief voorzeggen’ (Polderman,1998). Van belang is dat de opvoedouders stevig en duidelijk reageren. Zij geven het kind de boodschap dat zij er zijn om voor hem/haar te zorgen en te helpen met groot groeien en dat het kind niet alles alleen hoeft te doen. Zij laten hem merken dat hij niet alles al alleen hoeft te kunnen.
- *Nieuwe dingen*: Om de voorspelbaarheid voor onveilig gehechte kinderen te vergroten, is het van belang dat professionele opvoedouders de kinderen extra goed voorbereiden op nieuwe dingen die komen gaan, zodat zij weten wat zij kunnen verwachten. Te deken valt aan nieuwe situaties voorstructureren en dicht bij de kinderen in de buurt blijven, vooral in voor de kinderen onveilige situaties. De professionele opvoedouders kunnen hiermee keer op keer bevestigen dat zij er voor de kinderen zijn.
- *Lichamelijke zorg*: De opvoedouders grijpen actief kansen aan om fysiek voor de kinderen te kunnen zorgen, bijvoorbeeld bij het aankleden, tanden poetsen of in bad doen. Gat en hiaten in de vroege zorg moeten door de professionele opvoedouders gedicht worden. De kinderen hebben juist veel verzorging en aandacht nodig.

10.17 Bijlage 17 Een beschrijving van PMTO

10.17.1 Doelgroep PMTO

Opvoeders van kinderen met ernstig openlijk of heimelijk externaliserend probleemgedrag behoren tot de doelgroep van PMTO. Het gaat bij openlijk gedrag bijvoorbeeld om het stelselmatig niet opvolgen van instructies van volwassenen en agressief gedrag naar leeftijdnoten, zoals schelden, slaan en vechten. Bij heimelijk gedrag kan het gaan om je niet aan afspraken houden, liegen, stelen, weglopen of vernielingen plegen. Hoewel het kinderen van twaalf jaar en jonger betreft, kan ook middelengebruik en spijbelen aan de orde zijn. Soms gaat het externaliserende probleemgedrag gepaard met internaliserend probleemgedrag, zoals neerslachtigheid en problemen in contacten met leeftijdgenoten. Kortom: PMTO is een mediatie-therapie bedoeld voor kinderen met complexe problematiek, die goed aansluit bij de doelgroep van het gezinshuis 'orthopsychiatrie in de wijk'.

Vanuit onderzoek naar de klinische praktijk van de pleegzorg weten we dat - bij kinderen die opgroeien in een vervangende gezinsituatie - bestaansonzekerheid, hechtingsproblematiek en loyaliteitsproblematiek soms als basis kunnen worden aangewezen voor het externaliserende probleemgedrag. Onder het probleemgedrag wordt vaak het trauma zichtbaar van de verlating die deze kinderen hebben meegemaakt en de basisangst die zij hebben om zich aan volwassenen over te geven. Soms zijn kinderen bang om een 2^e, (3^e, 4^e) keer een vertrouwde omgeving (met vertrouwde personen) te moeten verlaten. Met het probleemgedrag proberen deze kinderen de regie over hun levenssituatie te behouden. Ook wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een loyaliteitsconflict tussen de ouders en pleegouders van een kind, zie je soms aanhoudend verzet bij het kind naar de pleegouders toe. De strijd los laten betekent in dit geval déloyaal zijn aan de eigen ouders.

PMTO kan veel kan betekenen voor kinderen met dergelijke complexe problematiek. Professionele opvoedouders krijgen in de PMTO behandeling vaardigheden aangereikt als consequente bekrachtiging en het stellen van heldere en duidelijke grenzen zonder een appél te doen of druk te leggen op de relatie. Het geeft deze kinderen veel houvast en veiligheid en tegelijkertijd emotionele ruimte. De methode draagt bij aan een positief zelfgevoel bij pleegouder en pleegkind, aan een sfeer van betrokkenheid in het gezin en aan een afname van probleemgedrag.

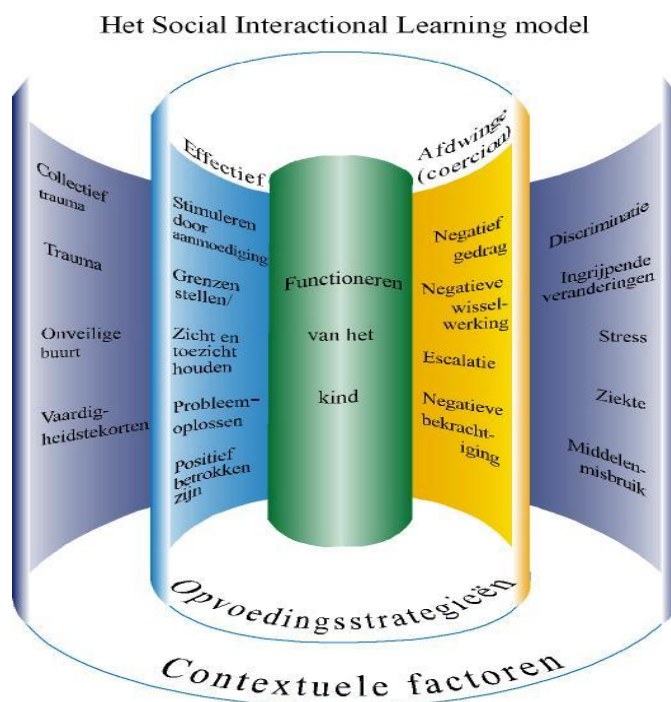
10.17.2 De basis van PMTO

Het fundament van PMTO is in de jaren '60 gelegd. Gerald Patterson, oprichter van het Oregon Social Learning Centre (OSLC), startte in die periode met het systematisch observeren van negatieve gedragspatronen tussen ouders en kinderen. Uit dit onderzoek bleek dat ouders vaak terecht komen in verschillende vormen van negatieve interactie met hun kind: 1) een negatieve wisselwerking, waarbij de ouder

reageert op hetzelfde niveau als het kind, bijvoorbeeld door het voeren van een 'welles/nietes' discussie; 2) escalatie als gevolg van die negatieve wisselwerking, waarbij de discussie tussen ouder en kind uitmondt in ruzie die uit de hand loopt; 3) bekrachtiging van negatief gedrag, waarbij het kind met ongewenst gedrag iets afdwingt. Met het 'ontleden' van deze negatieve interactiepatronen hebben Patterson en zijn collega's de eerste bouwstenen gelegd voor PMTO.

Onderzocht werd welke vaardigheden en technieken ouders nodig hebben om het gedrag van hun kind in positieve zin te beïnvloeden. De uitgangspunten en de werkzame elementen van PMTO staan weergegeven in het door Patterson ontwikkelde Social Interactional Learning model (SIL-model). Dit model beschrijft hoe ouders er met effectieve opvoedingsstrategieën voor kunnen zorgen dat hun kind goed functioneert in zijn omgeving en voldoende is opgewassen tegen de negatieve invloed van ongunstige contextuele factoren, zoals een onveilige buurt of een echtscheiding. Effectief ouderschap fungeert dus als buffer tegen de invloed van stressoren in de omgeving, waardoor het kind zich toch adequaat kan ontwikkelen. In dit kader worden de ouders binnen PMTO gezien als degenen van wie het kind het meeste leert. In figuur 2 staat een afbeelding van het SIL model.

Figuur 2. Het Social Interactional Learning model



Patterson en zijn collega's beschrijven in het SIL-model vijf effectieve en vier ondersteunende opvoedingsstrategieën. Deze zijn inmiddels opgenomen in een groot aantal opvoedkundige programma's, zoals Triple P, Incredible Years en PCIT. Het gaat hierbij om de volgende effectieve strategieën

- *Je kind stimuleren door aanmoediging:* Door gericht te prijzen en te belonen, leren ouders hun kind welk gedrag gewenst is en vergroten zij de kans dat het kind dit gedrag vaker laat zien. Ook bouwen zij aan het zelfvertrouwen van hun kind.
- *Grenzen stellen:* Met behulp van systematische procedures leren ouders om structureel milde consequenties te verbinden aan ongewenst gedrag. Daarnaast leren zij hun kind om in een vroeg stadium 'slim' te kiezen om zo een milde consequentie te voorkomen.
- *Met elkaar probleemoplossen:* Ouders leren hoe zij vraagstukken en (keuze)problemen op een constructieve manier en in gezinsverband kunnen bespreken en oplossen. Kinderen leren om samen te werken en hoe zij zelf op een gestructureerde manier een probleem kunnen aanpakken.
- *Zicht en toezicht houden:* De ouder leert in te schatten welke situaties risicovol kunnen zijn voor zijn kind en krijgt concrete handvatten aangereikt

om effectief zicht te houden op de verschillende gebieden die belangrijk zijn in het leven van hun kind.

- *Positief betrokken zijn bij je kind:* Deze effectieve opvoedingsstrategie wordt ook wel 'de liefde' binnen PMTO genoemd. Ouders leren om leuke dingen met hun kind te ondernemen, daar voldoende tijd voor vrij te maken en interesse te tonen in de leefwereld van hun kind.

Ondersteunende opvoedingsstrategieën die tijdens de behandeling worden ingevlochten zijn: het geven van **duidelijke instructies** geven, het **reguleren** van heftige **emoties**, het observeren en het **bijhouden van gedrag** en het effectief **communiceren** met elkaar (Albrecht, van Leeuwen & Tjaden, 2008).

10.17.3 Vaardigheden van de therapeut

Om een gedragsverandering bij het kind te kunnen bewerkstelligen, is het van belang dat ouders de vijf effectieve opvoedingsstrategieën leren beheersen en deze in de praktijk gaan toepassen. Parallel aan de ontwikkeling van het SIL model, hebben onderzoekers van het OSLC onderzocht welke vaardigheden en technieken een therapeut nodig heeft om ouders optimaal te kunnen begeleiden in hun leerproces.

Dit onderzoek heeft geresulteerd in het Fidelity of Implementation Rating System (FIMP) (Knutson, Forgatch & Rains, 2003). In dit kwaliteitssysteem staan in vijf categorieën de vaardigheden en technieken beschreven die een PMTO-therapeut kan inzetten om het leerproces van ouders te bevorderen. Dit zijn: 1) kennis, 2) structuur, 3) didactische vaardigheden, 4) procesvaardigheden en 5) algehele kwaliteit.

De FIMP wordt gebruikt als certificeringsinstrument en wordt tijdens wekelijkse supervisie-bijeenkomsten ingezet om de behandelintegriteit van therapeuten te bevorderen. Daarnaast wordt de FIMP benut als onderzoeksinstrument. Uit onderzoek is gebleken dat een hoge score op de FIMP samenhangt met het gebruik van effectieve opvoedingsstrategieën door de ouders en een positieve gedragsverandering bij het kind (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004).

10.17.4 Rollenspel als middel om nieuw gedrag in te slijpen

Binnen PMTO leren ouders nieuwe vaardigheden door concreet te oefenen. Tijdens de behandeling wordt dan ook veel gebruik gemaakt van rollenspel, een actieve werkvorm die in de FIMP uitgebreid staat beschreven. Rollenspel is een krachtig didactisch middel dat ouders op verschillende manieren helpt om inzicht te verwerven en nieuwe vaardigheden te leren. Tijdens de bijeenkomst doet de therapeut een nieuwe vaardigheid eerst voor. Hierna oefenen de ouders met de nieuwe vaardigheid in de bijeenkomst. Wanneer ouders de vaardigheid voldoende beheersen, proberen ze deze thuis uit bij hun kind (van Leeuwen & Albrecht, 2009).

1. De therapeut staat model

Ouders leren doordat de therapeut de vaardigheid eerst voordeelt en de ouders kunnen 'afkijken' hoe het moet. Door het vraagproces van de therapeut ontdekt de ouder dus zelf de belangrijkste kenmerken van een nieuwe vaardigheid en overtuigt hij zichzelf van het nut hiervan (Patterson & Forgatch, 1985).

2. De ouder oefent zelf in de bijeenkomst

Nadat de therapeut model heeft gestaan, oefent de ouder zelf met de nieuwe vaardigheid, waardoor hij in de gelegenheid wordt gesteld om zich deze ter plekke eigen te maken. Tijdens het oefenen coacht en ondersteunt de therapeut de ouder. Dit biedt de ouder de veilige context die nodig is om met succes te kunnen experimenteren.

3. De ouder oefent de vaardigheid in de praktijk

Als de ouder de vaardigheid voldoende beheerst, zoekt de therapeut samen met de ouder naar een tijdstip en een geschikte situatie in de komende week, waarin hij de nieuwe vaardigheid thuis gaat uitproberen. Gedurende de week neemt de therapeut telefonisch contact op met de ouder, om hem hierbij te ondersteunen en eventuele vragen te beantwoorden. In de daaropvolgende sessie evalueert de therapeut met de ouder wat er goed is gegaan en wat eventueel nog anders kan om de kans op succes verder te vergroten. Hierna oefent de ouder opnieuw met rollenspel. De combinatie van model staan, ouders bevragen, oefenen, ondersteunen, bijstellen en opnieuw oefenen, vergroot de kans dat ouders succes ervaren met de nieuwe vaardigheid en deze in de praktijk toepassen.

10.17.5 PMTO is 'research driven'

PMTO ontwikkelt zich steeds verder doordat er, parallel lopend aan de behandeling, ook onderzoek en effectmeting plaatsvindt. De onderzoeksuitkomsten worden gebruikt om de theoretische basis van behandeling aan te scherpen, wat vervolgens aanleiding geeft om de inhoud van de behandeling aan te passen.

10.18 Bijlage 18 Overzicht afstemming betrokken partijen

Tabel 10 Afstemming van de betrokken partijen

Wie	Hoe vaak	Wat	Met/Naar wie
Iedereen	1 keer per maand	Algemene update via mail	Door teamleider
Multidisciplinair basisteam 'orthopsychiatrie in de wijk'	1 keer per week	Inhoudelijk overleg	Team intern
Altrecht	1 keer per 3 maanden	Belcontact + consultfunctie	Behandelcoördinator/ gedragswetenschapper
Pels	1 keer per 3 maanden	Mailcontact	Door teamleider
Portes	Afhankelijk van aanbod	Afstemming onderling	Door teamleider
PMTO	1 keer per 6 weken 1 keer per 2 weken verslaglegging	Groot overleg Verslag PMTO therapeut	Gezinsbegeleider/ PMTO therapeut/ behandelcoördinator
Trajectum	1 keer per maand	Terugkoppeling logeerweekend	Gezinsbegeleider
Plaatsende instantie	1 keer per maand	Algemene mail	Teamleider
Professionele opvoedouders	1 keer per week	Terugkoppeling week	Multidisciplinair basisteam
PM'er	1 keer per week	Terugkoppeling contact	Professionele opvoedouders +AP

10.19 Bijlage 19 Overzicht van contactpersonen

	Leger des Heils	De Rading	Trajectum
Module	- Verblijf incl. specifieke opvoeding en begeleiding in gezinshuis	- PMTO (max. 2 trajecten) - PMTO terugkombijeenkomsten - Roldifferentiatie	- Consultatie (optioneel, max. 10 x over 2 jaar) - Coaching on the job (optioneel, max 10 x over 2 jaar) - Weekend en vakantie-opvang (max. 12 weekenden en 5 vakantieweken per jaar = 71 dagen)
Contactpersoon	Yvonne Meijer (Manager Jeugd en Opvoedhulp) Josephine van Heusden (Gedragswetenschapper)	Renate de Vries (Bestuurder) Lonneke Jansen (Gedragswetenschapper)	Ans van Wijk (Regiomanager) Pinie Smits (Gedragswetenschapper)
Adres	Tholen 25 3524 ZN Utrecht	Huizingalaan 121 3572LL Utrecht	Verlengde Slotlaan 109 3707 CE Zeist
Telefoonnummer	030-2749121	030-2724353	030-6936800
Website	www.legerdesheils.nl	www.rading.nl	www.trajectum.nl

10.20 Bijlage 20 Opbouw module roldifferentiatie

In tabel 12 staat de opbouw van de module vermeld. De module wordt aangeboden door de Rading.

Tabel 12. Opbouw van de module (uit methodiek ouderbegeleiding na een opvoedingsbesluit, Albrecht & Breg, 2011)

Fase	Duur	Doel	Hulpmiddelen
Fase 1	3 maanden	Uitleg verandering van perspectief (aan alle partijen) Opstellen van concrete doelen ten aanzien van roldifferentiatie Eerste toetsing van gestelde doelen	- Jaarplanning - Praatplaten - Genogram - Verliesladder - Rouwvisualisatie
Fase 2	6 maanden	Werken aan opgestelde doelen Bijstelling van doelen Toetsing van gestelde doelen Toewerken naar afrondingsfase	- Jaarplanning - Praatplaten - Genogram - Verliesladder - Rouwvisualisatie - Brieven schrijven - Verhaallijn naar het kind
Fase 3	3 maanden	Toewerken naar afronding en zelfstandigheid van de ouder Evaluatie van opgestelde doelen Toetsing van de mate van roldifferentiatie	- Jaarplanning - Praatplaten - Genogram - Verliesladder - Rouwvisualisatie - Brieven schrijven - Verhaallijn naar het kind