

Onderzoek residentiële zorg bij – 6-jarigen

Maart 2015



Provincie
West-Vlaanderen

Kwaliteit. Het zit in ons.



Inleiding

Het jeugdhulpaanbod in Vlaanderen is zeer divers en recent aan grote veranderingen onderhevig geweest. Op 1 maart 2014 is het decreet integrale jeugdhulp in werking getreden. Het decreet wil de voorzieningen ertoe aanzetten om over de sectoren heen te werken. *Het decreet Integrale Jeugdhulp biedt aan minderjarigen, hun ouders en, in voorkomend geval, hun opvoedingsverantwoordelijken en de betrokken personen uit hun leefomgeving die daar behoefte aan hebben, hulp en zorg op maat die met een grote mate aan flexibiliteit aan de hulpvraag proberen te beantwoorden. Ze doet dat door een gemeenschappelijke analyse van de hulpvraag en in een sectoroverschrijdende samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders en intersectorale afstemming van het jeugdhulpaanbod. Het jeugdhulp-aanbod kan herzien worden in functie van wat als efficiënt, effectief en ondersteunend ervaren wordt door de minderjarige en zijn ouders en, in voorkomend geval zijn opvoedingsverantwoordelijken. Ze omvat zowel de rechtstreeks toegankelijke als de niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, waarmee de personen tot wie ze zich richt, instemmen, als gerechtelijke jeugdhulp (bron: decreet Integrale Jeugdhulp).*

Naar aanleiding van het veranderd jeugdlandschap werd door het Agentschap Jongerenwelzijn de vraag gesteld om een onderzoek te doen naar de manier waarop West-Vlaamse voorzieningen die onder integrale jeugdhulp vallen, het begrip 'perspectiefzoekende zorg' invullen. Dit specifiek bij de 0 tot 6-jarigen die in de residentiële zorg zitten.

Het doel van Agentschap Jongerenwelzijn is tweeledig. Enerzijds wil het Agentschap weten of er nood is aan een netwerk en hoe dit ondersteund kan worden. Een tweede doel is om een visie te ontwikkelen.

Dit onderzoek en bijhorende analyse kunnen informatie aanleveren en kunnen een aanzet betekenen voor het formuleren van een algemene visie rond perspectiefzoekende zorg. Het kan eveneens een aanzet zijn om tot een netwerk te komen waar rond initiatieven in de residentiële zorg bij de – 6-jarigen kan gewerkt worden. Dit onderzoek is met andere woorden een eerste fase van een ruimer geheel.

Deze analyse beoogt op geen manier een oordeel te vellen over de situatie, maar streeft naar een zicht op de situatie.

Methodologisch deel

Dit onderzoek kwam er op vraag van het Agentschap Jongerenwelzijn. Het Steunpunt Sociale Planning van de provincie West-Vlaanderen, die beleidsrelevante ondersteuning biedt aan lokale besturen en welzijnsorganisaties, werd gevraagd om het onderzoek uit te voeren.

Een objectief van het onderzoek was om de methodieken van elke organisatie en sector te leren kennen.

De kern van het onderzoek spitst zich toe op de interactie tussen de ouders en het kind alsook op de kinderen zelf. Er worden drie grote lijnen onderscheiden in deze bevraging: eerst en vooral spitsen we ons toe op de observatie (en de methodieken die dan gehanteerd worden), daarna op het groeitraject (welke methodieken worden gehanteerd om de pedagogische vaardigheden van de ouder(s) te veranderen en welke inspanningen worden gedaan bij de kinderen?). Een laatste element betreft de conclusie van de organisatie zelf, of er een standpunt wordt ingenomen door de organisatie.

Er werd gekozen om deze informatie te verkrijgen via kwalitatief onderzoek. Alle West-Vlaamse organisaties die residentiële zorg aanbieden aan de 0 tot 6-jarigen werden aangeschreven. Hier worden ook organisaties in opgenomen die residentiële zorg aanbieden aan kinderen vanaf schoolgaande leeftijd. Het onderzoek richt zich op organisaties die onder het decreet integrale jeugdhulp vallen. Organisaties die niet onder het Agentschap Jongerenwelzijn vallen, maar die wel uitspraken doen op pedagogisch vlak worden eveneens gevraagd om mee te participeren aan het onderzoek. Dit om ook deze organisaties te betrekken in het verhaal en het intersectoraal werken te kunnen bevorderen. De voorzieningen die bevestigd werden worden opgesteld na de opsomming van de vragen die gesteld werden.

In totaal werden 45 organisaties aangeschreven om deel te nemen aan het onderzoek. Er werden 29 interviews afgenomen. Een aantal voorzieningen werken samen of hebben verschillende campussen (met elk een specifieke werking). Bij deze voorzieningen werden de verschillende werkingen samen gebundeld en was er 1 interview. Dit was het geval voor Het Anker en Spermalie (4 afdelingen) en De Witte Berken (en OOC De Wijzer).

In totaal hebben 34 organisaties deelgenomen aan het onderzoek. Dit zijn 3 CKG's, 2 CIG's, 2 OOC's, 14 voorzieningen bijzondere jeugdzorg, 8 MPI's, 1 OBC, 2 internaten, 1 afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie en pleegzorg.

11 organisaties wensten niet deel te nemen aan het onderzoek. Het betreft 1 voorziening bijzondere jeugdzorg, 7 voorzieningen die onder het VAPH vallen, 1 voorziening kinderpsychiatrie en 2 internaten (onderwijs).

In de vragenlijst komen, zoals hierboven reeds gesteld, 3 elementen aan bod: de observatie, het groeitraject en de conclusie.

Er was een basis-vragenlijst, waar verder op ingegaan werd tijdens het interview. Hieronder zijn de vragen terug te vinden.

Vooreerst spitsen we ons dus op de observatie.

Welke componenten/elementen bekijken jullie in de observatieperiode?

Hoe observeren jullie de problematieken?

Hoe observeren jullie de kinderen?

Hoe observeren jullie de ouders en bekijken jullie de pedagogische vaardigheden van de ouder/ouders ?

De interactie tussen ouder en kind? Welk aspecten bekijken jullie dan (naar zorg toe: eten krijgen, op tijd in bed,...; emotionele zorg: emotioneel aanwezig), aan de hand van welke componenten?

Wat wordt er verteld aan de ouders? Evaluatieperiode? Verwachtingen?
Op welke methodieken, theorieën zijn deze observaties gebaseerd?

Een tweede onderdeel behandelt het groeitraject.

Werken jullie met een groeitraject? Hoe zien jullie zo'n groeitraject?

Rond welke componenten werken jullie om te weten of kinderen terug bij de ouders kunnen inwonen?

Welke methodieken passen jullie toe om de pedagogische vaardigheden of emotionele vaardigheden aan te pakken?

Na het groeitraject volgt de conclusie.

In het pleegzorgdecreet wordt gevraagd om op het eind van de periode 'perspectiefzoekende zorg' een uitspraak te formuleren of het kind terug naar huis kan of niet? In andere sectoren is het maken van een conclusie geen verplichting.

Wat is jullie houding tav het maken van dergelijke conclusie? Op wat ga je letten?

Maken jullie zo'n conclusie? Waarom wel (ook als het niet verplicht is) waarom niet (ook als het verplicht is)?

Wordt deze mondeling doorgegeven (eerder als opinie)? Of zetten jullie deze op papier?

Componenten worden niet opgelegd, toch zijn er verschillende componenten die gebruikt kunnen worden in de evaluatie of bij het opmaken van de conclusie? Welke hanteren jullie?

Welk gewicht geef je aan verschillende aspecten of componenten in je evaluatie? Zijn er een aantal componenten die jullie benadrukken in jullie evaluatie?

Op basis van welke theorieën gebruiken jullie de verschillende componenten?

Is het voor de ouders altijd duidelijk? Veranderbaarheid altijd duidelijk geformuleerd?

Hoe groot is autonomie om zelf conclusie te maken (bv. jeugdrechtbank?).
Eindconclusie: gezamenlijk?

Naast deze 3 algemene blokken zijn er nog een paar algemene vragen rond die netwerkvorming en rond het intersectoraal werken.

Wat verstaan jullie precies onder perspectiefzoekende hulp aanbieden? Wat doen jullie dan specifiek anders dan bij perspectiefbiedende zorg?

Vinden jullie dat perspectiefzoekend dat dat een individueel gegeven is, of zouden jullie voorstander zijn om allemaal te sturen naar dezelfde richting?

Zouden jullie nog een aantal elementen willen meegeven? Zijn er in het kader van integrale jeugdhulp nog verwachtingen bij jullie?

Planning van de agenda

Augustus - december 2014: interviews van de organisaties

Januari - half februari 2015: uitschrijven van de interviews

Half februari - maart 2015: verwerking resultaten

Bevraagde organisaties

Sector	Type	Voorzieningen
Kind en gezin	CKG	Sint-Clara
		Kapoentje
		Don Bosco
VAPH	OBC	De Berkjes
	MPI	Het Anker
		Sint-Idesbald
		De Kindervriend
		Ter Dreve
Kinder- en jeugdpsychiatrie	Kinder- en jeugdpsychiatrie	KAS Sint-Lucas
Vlaams gemeenschapsonderwijs	Internaten	Sterrebos
		Pottelberg
Jongerenwelzijn	OOOC	De Zandberg
	OVBJ	Binnenstad
		De Kleine Dennen
		De Witte Berken
		Jongerenzorg Zuid-West-Vlaanderen
		VOT Ieper
		De Walhoeve
		Huize Godtschalk
		De Brem
		Tronkestik
		Zonnewende
		Kompani
		De Kantel
		Arcade
		De Korf
	CIG	Ten Anker
		Huis ter Leye
	Pleegzorg	Pleegzorg West-Vlaanderen

In totaal werden dus 29 organisaties bevraagd. Een aantal bevragingen koppelden verschillende werkingen van organisaties samen. Zo was er één bevraging voor Het Anker, maar zijn er 4 verschillende afdelingen. De Witte Berken zijn verbonden aan OOOC De Wijzer, waardoor OOOC De Wijzer niet rechtstreeks bevraagd werd aangezien ze dezelfde visie delen.

Analyse

Inleidend gedeelte bevraging

Zoals in het methodologisch gedeelte meer in detail beschreven staat, werd de bevraging opgedeeld in drie grote blokken: de observatie, het groeitraject en de conclusie. Deze opsplitsing is eerder een abstracte en theoretische scheiding om de verschillende aspecten in de hulpverlening te duiden. De observatie betreft de observatie bij de kinderen, de ouders en de ruimere context en de interactie tussen kind en ouders. Daarnaast wordt gevraagd of er specifieke denkkaders of methodieken toegepast worden bij de observatie.

Het groeitraject omvat het behandelingsgedeelte. Er wordt aan organisaties gevraagd rond welke componenten er gewerkt wordt om te weten of de kinderen terug bij de ouders kunnen inwonen en welke methodieken hier toegepast worden.

Een derde en laatste onderdeel omvat de conclusie. Hier wordt gepeild in welke mate voorzieningen tot een conclusie komen, al dan niet na een specifieke periode en welke componenten hierin een rol spelen.

Een eerste vaststelling uit de bevraging was dat er grote verschillen bleken te zijn tussen voorzieningen. Sommige voorzieningen gingen zeer gestructureerd te werk en hadden heel wat methodieken in huis die gebruikt konden worden. Andere voorzieningen verkozen de individuele vrijheid en hadden geen vaste methodieken.

Een bijkomende vaststelling is dat observatie en de behandeling (het 'groeitraject') vaak tegelijkertijd gebeuren. Er is meestal geen echte observatieperiode. Voorzieningen pakken eerst de hulpvragen van de ouders aan, of de meest zichtbare problematieken aan (al dan niet doorgegeven door een doorverwijzer). Slechts een aantal voorzieningen werken met een observatieperiode.

Een derde algemene vaststelling is dat heel wat voorzieningen recent gewerkt hebben aan een reorganisatie, mede door het decreet integrale jeugdhulp. Heel wat voorzieningen zijn zoekend naar andere methodieken en blijven streven naar een nog betere invulling van de hulpverlening.

Situering van de verschillende sectoren

Een andere vaststelling is dat elke sector zijn eigen logica heeft, uitgaande van zijn eigen werking en doelgroep. Daarom zullen de resultaten ook per sector besproken worden.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen OOC, OBC, CKG, , organisaties die onder VAPH vallen, internaten, het AZ Sint-Lucas, CIG, Pleegzorg en de overige organisaties Bijzondere Jeugdzorg.

Voorzieningen Kind en Gezin

CKG's (Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning) bieden intensieve preventie voor gezinnen met kinderen tussen 0 tot 12 jaar: CKG's richten zich op gezinnen die aanvoelen dat de algemene adviezen die ze vinden niet volstaan om een probleem in de opvoeding op te lossen, maar waar de problemen ook nog niet zo ernstig zijn dat ze niet op korte tijd (1 tot 6 maand) kunnen opgelost of verbeterd worden (bron: www.ckg.be).

Voorzieningen VAPH

Een **OBC** (Observatie- en BehandelingsCentrum), in West-Vlaanderen is er slechts 1 centrum, richt zich tot kinderen van 3 tot 18 jaar met gedrags- en emotionele problemen, al dan niet in combinatie met leerproblemen. Het doel is om via intensieve observatie tot een diagnose te komen, te starten met een behandeling en/of gericht door te verwijzen voor verdere ondersteuning door een gepaste dienst of voorziening (bron: website De Berkjes). Kinderen kunnen er in principe 3 jaar verblijven. Het OBC wordt, net zoals MPI's, ook gesubsidieerd door het VAPH, maar er werd toch gekozen om deze apart te bespreken omwille van de specifieke werking (naar observatie toe en duurtijd van residentiële opvang).

MPI's (Medisch Pedagogisch Instituut) staan in voor opvoeding en begeleiding van mensen met een beperking. Dit kan gaan om bv een audiovisuele beperking, gedrags- en emotionele stoornissen, een verstandelijke beperking of autismespectrumstoornissen. Deze worden gecombineerd met het aanbod onderwijs (buitengewoon onderwijs).

Kinder- en jeugdpsychiatrie

De **Kinder- en jeugdpsychiatrie KAS** van het AZ Sint-Lucas is ook ingegaan op onze vraag tot deelname aan het onderzoek. Kinderen verblijven er 4 tot 6 weken ter observatie, maar kan nog verlengd worden met 6 weken indien nodig. Het betreft hier vrijwillige opnames.

Voorzieningen Vlaams gemeenschapsonderwijs

Er werden daarnaast ook 2 **internaten** bevestigd: Sterrebeek en Pottelberg. Zij zijn verbonden aan een school voor buitengewoon onderwijs. Ook zij hebben een aantal kinderen die er verblijven na een verwijzing van een jeugdrechter.

Voorzieningen jongerenwelzijn

De OOO's (Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra) hebben 'een jarenlange expertise opgebouwd in het aanleveren van diagnostiek en advies betreffende de aangewezen hulpverlening in problematische leefsituaties' (bron: Protocol Handelingsgerichte Diagnostiek in de Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra, Federatie OOO).

De nadruk ligt op het observeren van de kinderen en jongeren. Kinderen kunnen er in principe 6 weken verblijven, nogmaals verlengbaar met 6 weken.

In dit onderzoek werd 1 OOO bevestigd, nl. De Zandberg.

Het OOO De Wijzer werd niet rechtstreeks bevestigd, maar is verbonden aan De Witte Berken, die wel bevestigd werd.

CIG's (Centra voor Integrale Gezinszorg) bieden residentiële opvang aan ouders samen met de kinderen. In dit onderzoek werden beide CIG's in West-Vlaanderen bevestigd: Ten Anker en Huyze ter Leye.

Pleegzorg West-Vlaanderen is de provinciale dienst voor pleegzorg in Vlaanderen. 'Zij zetten zich in voor kwetsbare kinderen en jongeren die tijdelijk niet meer thuis kunnen wonen' (bron: www.pleegzorgvlaanderen.be). Pleegzorg biedt 4 types pleegzorg aan. Er is vooreerst behandelingspleegzorg, maar dat wordt aangeboden in combinatie met perspectiefzoekende en perspectiefbiedende pleegzorg. Daarnaast is er ondersteunde pleegzorg, dat is een rechtstreeks toegankelijke vorm van pleegzorg waarbij er een ondersteunende vraag is en dat ervan uitgegaan wordt dat het kind terug naar huis kan na een welbepaalde periode. Onder perspectiefbiedende pleegzorg verstaat men pleegzorg met een continu en langdurig karakter. Onder perspectiefzoekende pleegzorg ziet men een vorm van pleegzorg gedurende een periode van maximaal 6 maanden, eenmalig verlengbaar met maximaal zes maanden, waarbij een duidelijk perspectief voor het pleegkind of de pleeggast wordt ontwikkeld.

Daarnaast werden de **overige diensten die onder Bijzondere Jeugdzorg** vallen samen genomen: zij doen begeleidingstrajecten die vaker van lange duur zijn en waarvan de residentiële hulpverlening zich achter de toegangspoort bevindt (niet rechtstreeks toegankelijk).

Overzicht van de bevindingen

Observatie

Met observatie worden alle elementen bedoeld waar men rekening mee houdt in het kader van vraagverheldering en/of diagnostiek. De observatie is vrij ruim te interpreteren, tenzij anders vermeld.

De meeste organisaties hebben geen echte observatieperiode. Observatie en begeleiding zijn sterk verweven en er is een continue wisselwerking tussen beide. Het opmaken van het handelingsplan (voor de meeste organisaties na 45 dagen) wordt gezien als een onderdeel van de observatie.

Een OOC en OBC zijn het duidelijkst bezig met observatie in strikte zin. Het wordt dan ook het sterkst benadrukt in de werking. Zij zijn het sterkst 'diagnostisch' in vergelijking met de andere voorzieningen, maar zoals de meeste voorzieningen ook aangeven, ze vermijden liever een diagnose bij zeer jonge kindjes (in geval dat een diagnose nodig is voor vervolghulp, zoals bij de mogelijke aanwezigheid van autismespectrumstoornissen) .

CKG

Kinderen kunnen slechts een beperkte tijd in een CKG verblijven. Er werden 3 CKG's bevestigd. Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen een CKG-werking die voornamelijk achter de toegangspoort zitten en dus niet rechtstreeks toegankelijk en een CKG-werking die vrijwillig toegankelijk is. CKG's die achter de toegangspoort zitten, hebben 6 maand (en indien nodig verlengbaar met nog eens 6 maand) de tijd om een residentiële begeleiding af te ronden. CKG Kapoentje heeft ervoor gekozen om voor de toegangspoort te zitten, en kan dus 6 weken (verlengbaar met 6 weken) residentieel begeleiden, wat uiteraard een andere werking tot gevolg heeft. Zowel CKG Sint-Clara als CKG Don Bosco hebben eveneens een aantal plaatsen die rechtstreeks toegankelijk zijn.

Een opvallend kenmerk bij de CKG's is dat er bij de observatie veel gebruik gemaakt wordt van vragenlijsten, methodieken en denkkaders en dat zij blijvende aandacht hebben voor (nieuwe) methodieken.

Elk CKG benadrukt het belang van de emotionele ontwikkeling en de hechting naar de ouders toe. Het ontwikkelingspsychologisch kader is nadrukkelijk aanwezig in deze sector.

Eén CKG verwoordt het zo: *"We gaan ook heel nauw stilstaan bij de emotionele ontwikkeling van kinderen. Niet alleen van hoe goed zijn ze met taal, hoe goed zijn ze met puzzeltjes, want eigenlijk is dat de essentie niet. Eigenlijk is die emotionele ontwikkeling veel belangrijk, hoe zit die hechting naar de ouders toe. En dat is niet omdat die hechting niet goed zit, dat het de schuld is van de ouders. Nee, dat is een samenloop van omstandigheden. Maar is wel belangrijk om te onderzoeken, omdat wij ons handelen daarop gaan aanpassen."*

De andere componenten rond fysieke ontwikkeling worden ook aangepakt, maar het is niet de essentie voor deze CKG.

Dit CKG geeft bv aan dat er op regelmatige basis supervisie is met een ontwikkelingspsychologe. Hierbij wordt het ontwikkelingsniveau van een kind bepaald en dit bepaalt de manier van werken bij elk kind, aangepast aan de bevindingen.

Bij dit CKG worden allerlei methodieken en instrumenten bijeen verzameld, die binnen hun visie past en waarvan zij reeds ondervonden hebben dat het kan gebruikt worden in bepaalde situaties.

In een ander CKG is het gebruik van methodieken en instrumenten minder cruciaal. Daar wordt wel een specifieke observatielijst gehanteerd, rekening houdend met de verschillende ontwikkelingsfases: zowel op motorisch, emotioneel als sociaal vlak. Deze zijn zeer sterk gericht op leeftijd en wordt ook als leidraad gebruikt om te zien welke de ontwikkeling is van het kind.

De ouderlijke betrokkenheid is een belangrijk item bij de observatie van de CKG's, er wordt gekeken of er toezicht is van de ouders uit, hoe ze reageren op de kinderen en of zij sensitief reageren. Er wordt getracht om de ouders zoveel mogelijk te betrekken. In één CKG zijn dit bezoeken via afspraken geregeld, een ander CKG zijn dit vrije bezoekmomenten en bij een ander CKG is het zelfs een 'open huis'. Hierdoor kunnen er veel observaties gebeuren op zowel formele als informele momenten.

Alle 3 de CKG's gebruiken het kind ook als barometer. Als een kind even naar huis geweest is, dan bekijken ze de reacties van de kinderen en vooral het verschil met hoe een kind zich anders in de leefgroep gedraagt.

Qua observaties hebben de 3 CKG's een zeer duidelijke visie, die onderling zeer verschillend zijn. Er is ook een groot verschil tussen het rechtstreeks toegankelijke en de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg.

OBC

Bij het OBC kunnen kinderen veel langer verblijven en kan de observatie veel langer duren. De observaties duren 3 tot 4 maand, soms 5 tot 6 maand vooraleer er een bespreking volgt. Kinderen verblijven in de week in het OBC en worden geobserveerd door een psycholoog, een kinderpsychiater (een infant mental health specialist, bij opname en naar het einde toe), in de leefgroep door begeleiders, op school (verbonden aan een type III school) en een gezinsbegeleider. Hun belangrijkste denkkader zit vervat in de infant mental health.

Dat een OBC meer therapeutisch en diagnostisch ingesteld is heeft ook zijn weerslag in de methodieken die gehanteerd worden bij de observatie. Vooral het psychologische krijgt hier veel aandacht: er wordt bijvoorbeeld een FEAS-lijst bijgehouden, wat een leeftijdsgebonden lijst is. Elementen die hier deel van uitmaken zijn de zelfregulatie en interesse in de omgeving, het aangaan van relaties, hechting en betrokkenheid. Ook wederkerige communicatie, gedragsorganisatie, oplossen van problemen en internaliseren. Ook representatieve differentiatie wordt gemeten door te kijken hoe een kind ideeën kan combineren. Dit past binnen het 'mentalized based' visie, van kinderen te doen denken.

Een ander element is dat een iq-test ook afgenomen wordt wat ook weer typisch is vanuit de doelstellingen en werking van een OBC. Er zijn ook een aantal meer psychologische methodieken die gebruikt worden: steno (doos met blokken, dieren, bomen en mensen zodat de kinderen een verhaal kunnen opbouwen), de house-tree-person, boomtest,... Daarnaast worden er eveneens spelobservaties gemaakt.

Net zoals kinderen worden aangezet om te denken en het mentaliseren, worden ouders ook aangezet van te doen denken en zich in de plaats van het kind te plaatsen. Ouders worden mee bij de psycholoog gevraagd, er zijn soms momenten van therapie en er zijn ook afspraken van de ouders samen met hun kind. Contacten en observaties van ouders

gebeuren voornamelijk met de gezinsbegeleider, dit zijn tweewekelijkse of driewekelijkse contacten. De gezinsbegeleider en psycholoog werken nauw samen.

Ouders worden uitgenodigd bij de psycholoog om daar ook de interactie tussen ouder en kind te zien. Kinderen worden ook in klas en in de leefgroep geobserveerd door de psychologe, om te zien hoe het kind daar is. Soms gaat de gezinsbegeleider ook aan huis met het kind, om daar het gezin te leren kennen en de moeilijkheden die de ouders daar ervaren aan bod te laten komen. De interactie tussen ouder en kind wordt ook door de leefgroepbegeleiders bekeken, wanneer de ouders hun kinderen komen brengen.

MPI

Een Medisch-Pedagogisch Instituut is een verzorgingsinstelling voor jongeren met een beperking die niet in het thuismilieu kunnen opgevangen worden. Een MPI richt zich tot een specifieke beperking. Er is dus een grote verscheidenheid aan verschillende werkingen. Doordat het een beperking van het kind betreft is er, veel meer dan bij de andere voorzieningen, sprake van vrijwilligheid bij de ouders. Dit heeft als gevolg dat de relatie met de ouders en het mandaat van de ouders verschillend is dan bij andere voorzieningen.

Kinderen hebben een clb-attest nodig en een erkenning van het Vlaams Fonds. Dit zorgt er ook voor dat de diagnostiek al gebeurd is vooraleer het kind een MPI binnengaat. De nadruk ligt dan ook op de begeleiding, eerder dan op de observatie. Voor sommige MPI's is het zeer uitzonderlijk dat er ingezet wordt op thuisbegeleiding.

Een groot deel van het observatiemateriaal is dus afkomstig van doorverwijzers. Er wordt enkel nog bijkomend geobserveerd als men bijkomende problematieken vaststelt, of als het over complexe multiprobleem situaties betreft. De schoolsituatie is voor MPI's een goede barometer om weten of er hulp moet gezocht worden.

De observatie die wel nog gebeurt bij een MPI is deze met betrekking tot de ontwikkeling van het kind. De invalshoek is afhankelijk van het type beperking. Bij de ene voorziening richt men zich meer op het emotionele en sociale, bij een andere voorziening kan fysieke ontwikkeling ook een criterium zijn.

Een ander element dat gebruikt wordt als observatie is zien hoe een kind terug in de voorziening komt na een weekend thuis. Wanneer begeleiders merken dat er verschillen in gedrag zijn na een weekend thuis, wordt dit benoemd bij de ouders. Dit gebeurt op een vrijblijvende manier. Indien ouders daar informatie of hulp rond wensen, kunnen ze bij de begeleiders terecht.

Één MPI geeft mee dat in situaties waarbij kinderen door de jeugdrechter binnen gekomen zijn, de leefgroepbegeleiders informatie doorgeven over de verhalen van de kinderen (wat vertellen ze?) en hoe de kinderen na een weekend binnen komen (zien ze er bv verzorgd uit, zijn ze hyperactief,...). In die gevallen gaat de maatschappelijk werker op huisbezoek. Er zijn geen middelen om bij elk gezin huisbezoeken te doen.

Een ander MPI geeft mee dat in geval van verontrustende situaties er een signs of safety plan kan opgesteld worden, maar dat dit zeer uitzonderlijk is.

Sommige organisaties zetten in op gezinswerk, de mate hangt af van de hulpvraag van de ouders. De communicatie via de ouders gebeurt meestal informeel. Dit kan telefonisch zijn of via een heen-en weer-schriftje.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Het AZ Sint-Lucas beschikt over een afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie. De meeste kinderen worden op vrijwillige basis opgenomen. De doorverwijzing gebeurt vaak door het OCJ, OOC, CKG,... Kinderen worden standaard 4 tot 6 weken opgenomen. In die periode wordt vooral observerend gewerkt om een diagnose te kunnen stellen. Tijdens de observatie wordt er een intelligentieonderzoek afgenomen, een belevingsonderzoek en trachten ze verder zicht te krijgen op de kindjes door spelmomenten. Er wordt ook aandacht besteed aan de gevoelens, wat kindjes graag doen, wat ze lastig vinden en wat hen bang maakt. Er wordt verder nog getracht van een totaalbeeld te verkrijgen door te kijken hoe kinderen in contact gaan, hoe staan ze t.o.v. familie en gezin, hoe ze omgaan met mogelijke moeilijke situaties,... Daarnaast wordt de ontwikkeling ook bekeken: kunnen kinderen dingen verwoorden, hoe zit de motoriek en de taal. Net zoals een OOC en OBC gaan zij eerder diagnostisch te werk, maar vermijden ook liever van een definitieve diagnose ('etiket') te stellen.

Er zijn niet alleen leegroepbegeleiders en een orthopedagoge aanwezig, maar ook een logopediste, een psychomotorische therapeut, een ergotherapeut en een psychiater.

De ouders worden betrokken in de behandeling door een groot blok oudergesprekken. Uit oudergesprekken halen ze veel informatie over ouders zelf en wanneer de kinderen erbij zijn, kan ook veel afgeleid worden over de interactie tussen ouder en kind. Er worden ook spelmomenten ingelast, met ouders en kinderen, zodat ouders en kind samen geobserveerd worden.

Er komt ook informatie van het clb, de school en andere doorverwijzers.

Internaat

Er werden 2 internaten bevraagd. De 2 internaten zijn verbonden aan buitengewoon onderwijs. De internaten hebben een charter ondertekend om het aantal geplaatste kindjes terug te dringen tot 7 kinderen. Dit werd beslist omdat veel internaten vonden dat ze terug moesten naar de oorsprong en dat de grenzen van de draagkracht bereikt was. De internaatswerking heeft een ander uitgangspunt dan de voorzieningen die onder integrale jeugdhulp vallen.

De functie van een internaat is dat zij gezinsaanvullend werken.

De werking is er niet op gericht op het observeren van problematieken noch op het behandelen van problematieken. Zij omschrijven het als hun taak om een probleem te melden aan de school, de consulent, een clb,... Ook wat de problematieken van de ouders betreft, is hun mandaat zeer beperkt in vergelijking met andere voorzieningen.

Er zijn opvoeders die met kinderen werken in de leefgroepen. De observatie die spontaan gebeurt, bestaat uit hoe de kinderen de maandag toekomen, wat er in het valiesje zit, wat er in het heen-en-weerschriftje geschreven wordt, of kinderen blauwe plekken of schaafwonden vertonen.

Ook wat de kinderen vertellen over de thuissituatie is een basis om een beeld te vormen van hoe het thuis is. Net zoals een MPI, zien internaten de school ook als bron van informatie. Bij de inschrijving kan ook informatie komen vanuit het clb of de orthopedagoog van de school. Internaten hebben ook een vlot contact met de consultants.

Kinderen waar er extra aandacht aan moet besteed worden (waar de problematieken gekend zijn), worden soms besproken in een kindbespreking of een overleg.

Extra aandacht gaat vooral uit naar meer praktische zaken: bv. een kind warm leren eten, leren samen spelen,...

De contacten met de ouders zijn er ook, al is het maar omwille van de praktische kant om de weekends te plannen.

OOOC

De OOOC's hanteren een protocol 'Handelingsgerichte Diagnostiek' om hun werking te stroomlijnen. In de beschrijving van het formele kader wordt melding gemaakt van de wetenschappelijke bevinding dat diagnostici kwetsbaar zijn voor het maken van oordeelsfouten. Als denkkader wordt behandelingsgerichte observatie genoemd.

Bij de observatie van de kinderen houden ze rekening met de ontwikkeling in het algemeen wat de mogelijkheden zijn van de kinderen, hoe ze omgaan met grenzen, structuur, sociale vaardigheden, hoe ze in relatie gaan, merken ze dezelfde zaken binnen de relatie als de relatie thuis, wat de hechtingsmogelijkheden zijn,...

Bij de observatie van de ouders kijken begeleiders eerst naar de basisnoden van het kind: hebben de ouders werk en een woning? Kunnen ze structuur bieden (heel elementair), een dagstructuur aanbieden en over welke pedagogische vaardigheden beschikken de ouders. Daarnaast wordt gekeken of ze de noden van het kind zien. Deze observaties gebeuren door middel van wekelijks contact te hebben met het gezin. Soms bij het op- en afhalen volgt er een gesprek, maar de huisbezoeken zijn een constante. Er wordt ook gepeild naar de verwachtingen van de ouders en trachten zo ook te zien of de ouders de noden van hun kind kunnen inschatten of mee rekening houden.

De componenten zijn de mogelijkheden van de ouders (pedagogisch en affectief), de mogelijkheden naar noden en beleving en het inschatten van veranderbaarheid.

De interactie wordt vooral bekeken in de leefgroep, hoe de opbouw evolueert met de ouder(s). De emotionele beschikbaarheid en de voorspelbaarheid worden geobserveerd. Wat de interactie met de ouders thuis betreft, beroepen de begeleiders zich voornamelijk op wat de ouders zelf aangeven.

CIG

Bij een CIG is het hulpverleningstraject voor zowel het (al dan niet geboren) kind en minstens één ouder in de voorziening zelf. Ook de ouder verblijft dus in de voorziening.

Net zoals CKG's beschikken CIG's over een duidelijk denkkader. Het model van Hellinckx werd in beide CIG's vernoemd als basis en wordt gebruikt voor hun werking. Het komt erop neer dat elke ouder een pedagogisch aanbod heeft en elk kind een pedagogische vraag. Er wordt gekeken of dat aanbod en die vraag bij elkaar passen. Onderstaande afbeelding (zie volgende bladzijde) geeft een samenvatting weer van het model van Hellinckx (bron: 'Het gezinspedagogisch kader (Hellinckx): een samenvatting', Hogeschool-Universiteit Brussel) en geeft dus de elementen weer die belangrijk zijn binnen de CIG's.

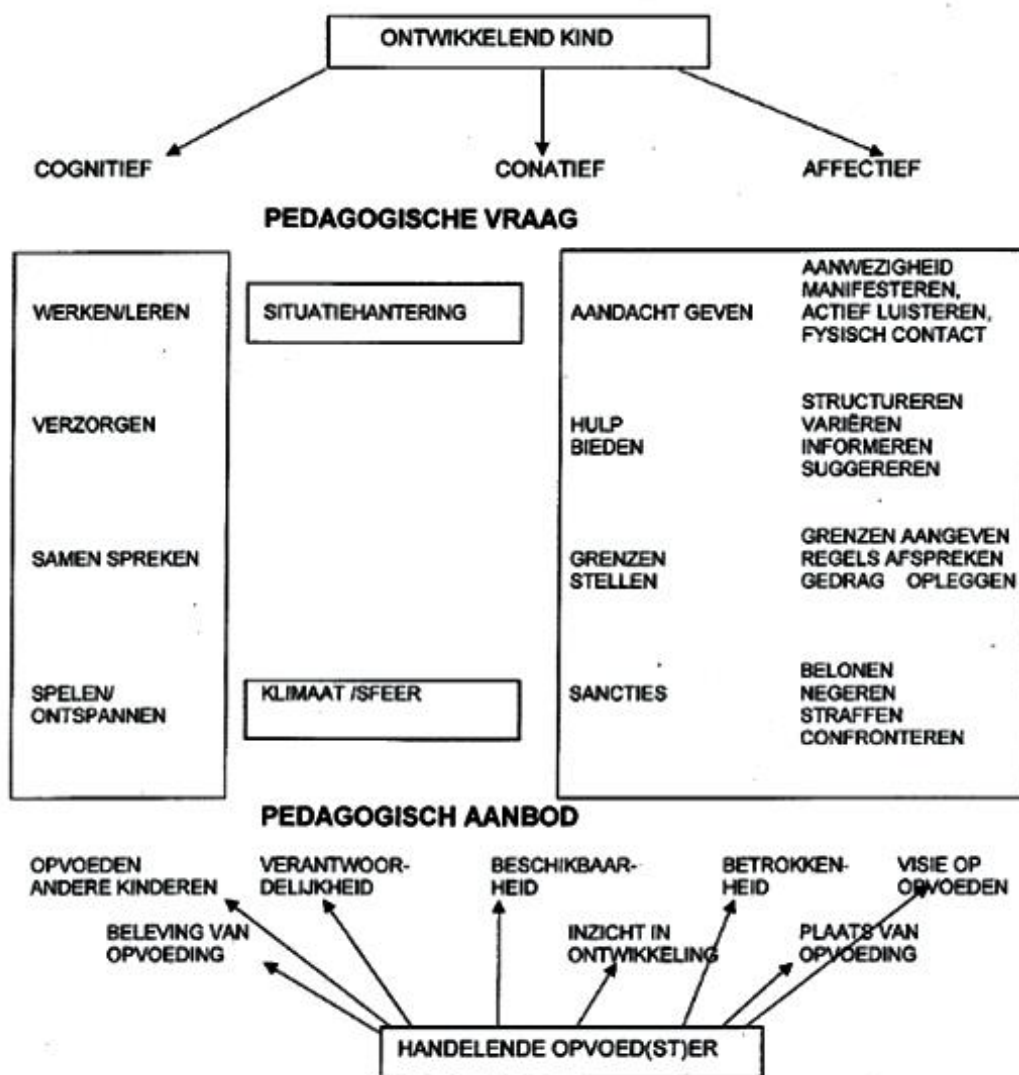
Bij het kind worden volgende aspecten geobserveerd: de cognitieve (kennis), de affectieve (de gevoelens) en de conatieve (het streven naar zelfverwezenlijking) ontwikkeling.

Bij ouders houdt men in dit kader rekening met hoe de opvoeding met andere kinderen gebeurt, de opvoedingsverantwoordelijkheid, de opvoedingsbeschikbaarheid, de opvoedingsbetrokkenheid, de visie op opvoeden, de beleving van opvoeden, de inzichten in de kinderlijke ontwikkeling en de plaats van opvoeding naast andere functies.

Dit denkkader wordt als basis gebruikt, maar elk CIG geeft nog een verdere invulling en gebruikt verder nog andere componenten om de problematieken te observeren.

Bij één CIG gebeurt dit in combinatie met de piramide van Greenspan (reductie van risicofactoren en zoeken naar optimale omstandigheden) en de Infant Mental Health (het effect van het affect). Bij hen wordt ook een tijdslijn, een ecogram en een genogram opgesteld in combinatie met een krachten-klachten-analyse. Een andere methodiek is de 'watch, wait and wonder'-methodiek: de moeder moet 20 minuten met het kind spelen, dit wordt opgenomen en daarna samen bekeken.

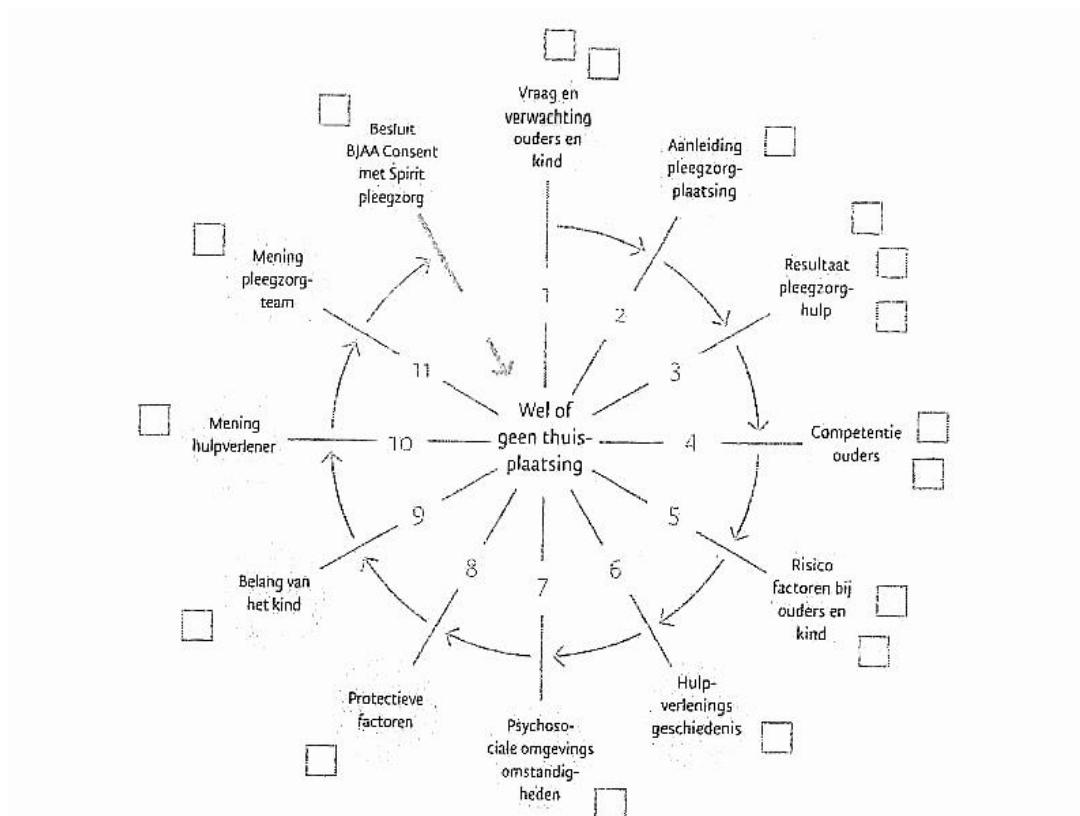
Bij het andere CIG wordt er samengewerkt met UGent rond gezinsdiagnostiek en hebben zij een testbatterij met een tiental testen om op deze manier ontbrekende info in te vullen, indien nodig. Bij kinderen wordt ook de NOSI afgenomen (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index), die de stressbeleving van een kind meet. In dit CIG maakt men ook gebruik van het EAS videofragment (Emotional Availability Scale).



Pleegzorg

Pleegzorg ondersteunt pleegkinderen, pleeggasten, pleeggezinnen, gastgezinnen, ouders en familie. Pleegzorg zegt zich in voor kwetsbare kinderen en jongeren die tijdelijk niet meer thuis kunnen wonen (bron: www.pleegzorgvlaanderen.be). Zoals beschreven in bovenstaande situering van de sectoren, zijn er vier verschillende modules binnen pleegzorg. De perspectiefzoekende module is er één van. Het decreet pleegzorg structureert voor een groot deel de visie van pleegzorg en zorgt voor een duidelijk kader. De focus ligt sterk op het ontwikkelingsbelang van het kind. Daar waar vroeger de focus meer lag op een terugkeer naar huis, benadrukt men nu veel meer het ontwikkelingsbelang van het kind. Een belangrijk element hierbij is dat men termijnen vooropstelt. Binnen het perspectiefzoekende wenst men binnen de 6 maand tot een uitspraak te komen zodat het kind duidelijkheid krijgt. Dit is nog eens verlengbaar met maximaal 6 maand. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat duidelijkheid voor een kind belangrijk is. Op die manier kan de hechting zich ten volle ontwikkelen. In die zin kiest pleegzorg nu resoluut voor het ontwikkelingsbelang van het kind. In de perspectiefzoekende module wordt ook bekeken of men tot een ingroei of een terugkeer gaat. Een instrument dat daarbij gebruikt wordt is de beoordelingsboog, een instrument dat uit Nederland komt. Het instrument wordt niet standaard gebruikt maar het zijn de thema's die standaard aan bod komen en in het achterhoofd gehouden worden bij het uitklaren van een perspectief.

Onderstaande afbeelding toont de 9 factoren of criteria die de hulpverleners beoordelen bij het geven van een advies over het toekomstperspectief van het kind. Deze factoren hebben betrekking op de situatie van de cliënt in het hier en nu (dit zijn de criteria genummerd van 1 t.e.m. 9). Daarnaast zijn er nog 3 factoren in het model getekend die slaan op de mening van de hulpverlener, op de mening van het pleegzorgteam en op de mening van het Bureau Jeugdzorg (Nederlands model).



De 9 criteria die aan bod komen zijn:

- de vraag en verwachting van ouder en kind
- de elementen die de aanleiding gaven tot een pleegzorgplaatsing
- wat het resultaat was van de pleegzorghulp
- wat de competentie is van de ouders: gaande van huisvesting tot adequaat omgaan met het gedrag van kinderen en het bieden van veiligheid
- de risicofactoren bij ouders en kind: bv psychiatrische problemen, eenoudergezin,...
- de hulpverleningsgeschiedenis
- de psychosociale omgevingsomstandigheden: d.i. de sociaal economische status, de culturele context,...
- de protectieve factoren bv. in de context
- het belang van het kind: de inschatting of het kind meer winst zal halen bij het terugkeren naar huis dan wel binnen een pleegsituatie.

Elke factor bestaat uit 5 elementen waar men op kan scoren. Dit model zorgt ervoor dat men verplicht is om die 9 factoren naast elkaar te leggen bij een bespreking.

Veel van deze informatie wordt gehaald uit overleg met andere hulpverleners en doorverwijzers waar informatie voor handen is.

Observatie bij de ouders gebeurt door wekelijks tot om de 2 weken langs te gaan bij de mensen thuis om hun pedagogische vaardigheden rond opvoedingsondersteuning, rond bredere thematieken zoals financiën en huisvesting op orde te brengen. De invulling van ouderbegeleiding is nog voor verandering vatbaar: pleegzorg bekijkt de mogelijkheid of ouderbegeleiding bij een terugkeer naar huis door externen kan overgenomen worden, terwijl pleegzorg ouderbegeleiding eerder zou inzetten bij een aanvaarding van de (pleegzorg)situatie.

OVBJ

De overige bevroegde residentiële voorzieningen bijzondere jeugdzorg staan meestal voor langdurige plaatsingen. Zij stellen meestal geen termijnen voorop, omdat het kind voorlopig nergens anders meer heen kan. Omdat er sprake is van een langdurige hulpverlening, is er niet zozeer een observatieperiode. Voorzieningen gaan onmiddellijk over tot het aanpakken van de problematieken. Vaak begint men met de hulpvraag van de ouders, al is het maar om een ingang te vinden tot samenwerking en een vertrouwensband op te bouwen zodat de weerstand van de ouders vermindert. Observatie en hulpverlening zitten verweven in elkaar en er is bijgevolg sprake van een permanente observatie. Er is ook sprake van een opbouw: eerst werken aan de meest basale zaken en daarna dieper op een aantal problemen ingaan.

In tegenstelling tot pleegzorg is dat men bij deze voorzieningen langere tijd blijft inzetten op een terugkeer naar huis (of op zoek gaat naar nieuwe contexten).

Het meest benoemde element van observatie is de ontwikkeling van het kind, zowel de emotionele ontwikkeling als de fysieke ontwikkeling. Het grote verschil met de andere sectoren is dat weinig organisaties zo sterk gestructureerd zijn als CIG's of CKG's bijvoorbeeld. De meeste voorzieningen geven aan dat de situaties zo verscheiden zijn, dat ze een hulpverlening op maat verkiezen boven standaard vragenlijsten. Omdat er vaak weerstand is bij de ouders, is het ook belangrijk om eerst een vertrouwensband te kunnen opbouwen.

Een aantal voorzieningen gebruiken weliswaar standaard vragenlijsten, methodieken of observatielijsten bij de kinderen. Het betreft dan bv. een belevingsonderzoek, spelobservatie, de tandemlijst (vragenlijst over ontwikkeling, spel en motoriek), de CBCL (child behavior checklist), een observatielijst op basis van het model van Greenspan (die de vaardigheden en de relationele ontwikkeling observeren van de kinderen), een observatiebundel voor leefgroepbegeleiders rekening houdend met verschillende componenten zoals persoonlijkheid en gedrag, sociale ontwikkeling, cognitieve ontwikkeling, praktische vaardigheden en medische elementen.

Zoals reeds aangegeven, gebruiken de meeste voorzieningen geen vaste vragenlijsten of vaste methodieken, het observeren gebeurt voornamelijk in de leefgroep. Er wordt dan meestal op maat van de hulpvraag gewerkt en indien nodig kan een vragenlijst of methodiek aangewend worden.

De meeste voorzieningen voorzien een wekelijks contact met de ouders via contextbegeleiding. Daarnaast zien ze de ouders in de voorziening of hebben ze telefonisch contact met de ouders.

Ouders worden in de meeste voorzieningen zo veel mogelijk betrokken bij de zorg van het kind. Een aantal voorzieningen gaan daar nog verder in door ouders mee te laten participeren in de leefgroep. Het merendeel is daar geen voorstander van omdat het moeilijker is om de structuur in de leefgroep te behouden en veroorzaakt chaos waardoor het begeleiden zelf in het gedrang komt. Op basis van die bezoekenmomenten (ofwel in de voorziening ofwel thuis, samen met het kind) kunnen begeleiders een assessment maken van de pedagogische vaardigheden van de ouders. Een vaak vernoemd element is dat een netwerkoverleg kan georganiseerd worden om een totaalbeeld te krijgen van alle problematieken.

Een aantal voorzieningen gebruiken methodieken bij ouders in functie van het in kaart brengen van de opvoedingssituatie. Eén voorziening overloopt 2 vragenlijsten met de ouders: VSOG (Verkorte Schaal Ouderlijk Gedrag) en OBVL (OpvoedingsBelasting VragenLijst).

3 voorzieningen vernoemen het model van Patterson, een model dat gehanteerd wordt bij het observeren van de ouderlijke vaardigheden.



De interactie tussen ouders en kinderen worden ofwel in de voorziening zelf geobserveerd en indien het kan (van de jeugdrechtbank afhankelijk) worden kinderen ook af en toe meegenomen tijdens de huisbezoeken om te zien hoe ouders en kinderen zich in hun natuurlijke habitat kunnen bewegen.

Via de interactie kan men de ontwikkeling van het kind linken aan de situatie en betekenis geven aan de ontwikkeling.

Groei

In dit onderdeel wordt aan de voorzieningen gevraagd wat gedaan wordt om de pedagogische vaardigheden van de ouders aan te pakken zodat het kind weer naar huis kan en aanvullend hoe de begeleiding bij de kinderen gebeurt. Er wordt ook gepeild naar hun denkkaders en methodieken. Veruit alle voorzieningen halen het oplossingsgerichte denkkader naar voor als visie. Ook het contextuele wordt quasi in elke voorziening opgesomd. Hoe dit in de praktijk vertaald wordt, vertoont grote verschillen tussen de voorzieningen onderling.

Het spreekt voor zich dat, naargelang de sector, sommige voorzieningen zich eerder richten tot de vaardigheden van de kinderen, dan wel de vaardigheden van de ouders.

CKG

De denkkaders die opgesomd worden binnen de CKG's zijn: het oplossingsgerichte, het systemische en het contextuele.

De vaardigheden van de ouders worden op veel verschillende manieren aangepakt, maar er wordt empowerend gewerkt. Er wordt gewerkt aan de vaardigheden van de ouders door pedagogische trainingsschema's of -programma's (bv rond zindelijkheid, rond voeding,...), er wordt met videobeelden gewerkt of via modelling. In de drie CKG's tracht men de ouders zoveel als mogelijk te laten participeren en ouders worden zoveel als mogelijk betrokken bij de behandeling. Bij de ene voorziening betekent dit in de praktijk een 'open deur' en vraagverhelderend werken, bij de andere zijn dit afspraken op vaste tijdstippen.

Het opmaken van een signs of safety-plan gebeurt soms ook, maar wordt niet als hét instrument gezien.

De context wordt betrokken in het verhaal om te zien op wie ouders kunnen terugvallen indien het minder goed gaat met de ouders. Mede hierdoor wordt ook bekeken om het netwerk uit te bouwen.

In één CKG is er bijvoorbeeld een ouderraad opgebouwd zodat ouders die nu begeleid worden, ook in contact komen met ouders waarvan het kind ondertussen weer thuis is.

In één andere CKG wordt er specifiek nog iets gedaan bij de kinderen zelf en wordt er rond de hechting van de kinderen gewerkt, aan de hand van een aantal specifieke methodieken uitgewerkt door een ontwikkelingspsychologe.

OBC

Een kind kan tot 3 jaar in het OBC verblijven, waardoor de behandeling van het kind zeker aan bod komt. Het OBC gaat er sowieso van uit dat een kind terug naar huis moet na deze periode van 3 jaar. De behandeling richt zich voornamelijk op het kind, in interactie met de ouders.

Het OBC gelooft zeer sterk in de mogelijkheden en krachten van de ouders.

Als denkkader zit het psychodynamische en de psychotherapie ingebakken in de voorziening.

Het OBC werkt vooral met ouder-kindtherapie en speltherapie om doelstellingen aan te pakken.

De pedagogische vaardigheden van de ouders worden vooral in gesprekken aangehaald om zo te weten te komen hoe ouders probleemsituaties aanpakken. Dit zorgt ervoor dat het bijleren van pedagogische vaardigheden op vraag van de ouders gebeurt. Pas na aansluiting te vinden bij de ouders, door op hun tempo te werken, wordt er een insteek gedaan op vlak van pedagogische vaardigheden.

Er wordt vooral gewerkt rond de ontwikkeling van het kind, waarbij de visie van Vygotsky van belang is: in plaats van rekening te houden met wat een kind zou moeten kunnen op een bepaalde leeftijd, wordt gekeken naar wat een kind nog (net) niet kan, en daarop wordt er gefocust. Er wordt mentalized based gewerkt, kinderen doen nadenken over wat hun gedrag als gevolg heeft.

MPI

Logischerwijs richten de MPI's zich voornamelijk naar de kinderen, er wordt sterk ingezet op de ontwikkelingsmogelijkheden van de kinderen.

Bij één MPI wordt het oplossingsgerichte denkkader ook vernoemd: zij kijken naar wat de vragen zijn, waarom het kind hier zit en waar willen de ouders een oplossing voor.

Anders dan in de meeste andere sectoren, worden de doelstellingen enkel rond het kind geformuleerd. De ontwikkeling van de kinderen en de dagdagelijkse vaardigheden bij de kinderen zijn hier prioritair.

Afhankelijk van voorziening tot voorziening wordt ingezet op contextbegeleiding. Op deze manier kunnen ouders aangeven als er hulpvragen zijn. Dan wordt informatie gegeven tot zelfs ondersteuning. Indien er weinig of geen contextbegeleiding is, gebeurt de communicatie met de ouders voornamelijk telefonisch of informeel.

Als er rond de pedagogische vaardigheden van de ouders gewerkt wordt, is dat meestal op vraag van de ouders. Er kan vrijblijvende informatie gegeven worden en er wordt gepeild naar hulpvragen om die zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen. Er wordt niet gezegd dat ouders iets fout doen: *'We laten de ouder een ouder blijven, zelfs al gaat het niet snel genoeg. We denken dat traag nog altijd beter is dan opdringen, want we denken dat we ze dan gewoon kwijt zijn'*. Er wordt info gegeven van *'dit werkt, dat werkt niet'* (op maat van het kind). Maar ouders worden niet aangesproken op dingen die zij verkeerd doen (tenzij in verontrustende situaties).

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden geen specifieke methodieken gehanteerd, wat de pedagogische vaardigheden betreft. Uitzonderlijk wordt modelling gehanteerd, maar meestal tracht men de pedagogische vaardigheden door oudergesprekken aan te pakken. Er worden adviezen geformuleerd, maar ook dit is op vraag van de ouders.

Er zijn geen huisbezoeken in de weekends, uitzonderlijk kan dit plaatsvinden op vraag van de ouders.

Internaat

De internaten zetten niet in op specifieke methodieken. Men gaat vooral vanuit het eigen voelen met de kinderen om.

Indien ouders met pedagogische hulpvragen zitten, kunnen tips gegeven worden over hoe het op internaat aangepakt wordt. Bij hulpvragen wordt de school meestal mee betrokken, aangezien zij orthopedagogen in dienst hebben.

Er is geen verschil in werking tussen kinderen die geplaatst worden en kinderen die vrijwillig op internaat verblijven. Internaten trachten wel een constante op te bouwen wat de leefgroepen betreft, zodat kinderen daar een band kunnen opbouwen (ook met opvoeders).

OOOC

Het OOOC heeft het psychodynamische en het contextuele gedachtegoed als denkkader.

Omdat het een korte periode van opname betreft, is de begeleiding relatief beperkt. Het OOOC probeert tot hypothesen te komen na een observatieperiode en daarna wordt geprobeerd tot een groeitraject te komen. Er wordt ofwel geadviseerd om een begeleiding voort te zetten in thuisbegeleiding, ofwel worden er vooral heel concrete zaken behandeld (bv. leren rond belonen en straffen).

Naar pedagogische vaardigheden richten ze zich zeer vaak op bijvoorbeeld een dagstructuur, omdat dit ook heel concreet is. Minder concrete elementen vergen meer tijd: *'Relationele dynamieken zitten helemaal anders, ouders moeten tot een inzicht komen. Het zegt iets over de noden naar de toekomst toe en welke hulpverlening daarna geïnstalleerd dient te worden.'*

CIG

Beide CIG's hebben een duidelijk denkkader en visie over de behandeling van het gezin. De infant mental health is het denkkader bij de ene CIG, Hellinckx is de visie in de andere CIG. Er wordt aandacht geschonken aan het orthopedagogische, het interpersoonlijke en het contextuele kader.

De CIG's kunnen makkelijk aan de slag gaan met de ouders, aangezien de ouders in de voorziening verblijven.

Er worden heel wat methodieken gehanteerd in beide CIG's, zoals video home training, het gebruik van duplo's bij de ouders, pakketten rond opvoedingsvaardigheden aanreiken aan de ouders, hard inzetten op ouder-kindactiviteiten, modelling...

Pleegzorg

Pleegzorg geeft zelf aan dat ze vinden dat ze te weinig kunnen werken met ouders: *'Dat is een visie binnen West-Vlaanderen dat we daar veel te weinig middelen voor hebben, dat we daar veel te weinig rond kunnen doen. Vandaar dat we voor samenwerkingsverbanden gaan. De begeleiding van de ouders houdt bij ons vooral in dat die bezoeken bij pleegouders geregeld worden en bekijken wat de ouders verwachten. Maar effectief begeleiden? Rond pedagogische vaardigheden, zelfzorg, zorg voor partner, netwerk, financieel, huisvesting,... al*

die zaken, dat is bij ons zeer beperkt. Je kan geen traject aangaan met mensen als je ze maar een aantal keer ziet per jaar'.

Pleegzorg voorziet om de contextbegeleiding met andere voorzieningen te gaan uitbouwen en dit af te stemmen op elkaar. Op tijdstip van het interview was dit nog niet gebeurd, omwille van de veranderingen rond het decreet integrale jeugdhulp en het decreet pleegzorg. Bij pleegzorg is de zoektocht naar de inhoudelijke invulling nog bezig.

Toch zijn er een aantal denkkaders binnen pleegzorg die naar voor geschoven worden: de klassieke systeemtheorieën, de leertheorie, het contextuele. De hechtingstheorie is een belangrijk element. Een ander belangrijk denkkader is het sociaal interactioneel model van Patterson. In West-Vlaanderen werd een map rond affectief relationele ontwikkeling opgemaakt, opgebouwd rond theorieën van Tine Maeyens. *'Het ontwikkelingsdenken, het relationele daarbinnen, welke invloed heeft het gedrag van het kind op het gedrag van de pleegouders en omgekeerd. Of ook naar ouders toe. Hoe reageren ouders op? En wat zijn de noden van ouders en kinderen? In welke ontwikkelingsfase zitten ouders? Kunnen ze daarmee tegemoetkomen aan noden van het kind? Ook bij pleegouders trouwens.'*

Zoals net aangehaald, de denkkaders en methodieken worden niet alleen toegepast op ouders. Indien geopteerd wordt voor pleegouderschap, dan worden ook pleegouders ondersteund. Er wordt dan eveneens een afspraakregeling getroffen zodat de biologische ouders hun kind nog kunnen zien, in een pleegsituatie.

OVBJ

De meeste voorzieningen hebben een aantal denkkaders gemeenschappelijk: quasi alle voorzieningen halen de contextuele visie van Nagy aan.

Een ander denkkader dat vaak aangehaald wordt is het oplossingsgericht denken. Dit houdt in dat begeleiders kijken wat de competenties zijn van ouders en daarmee aan de slag gaan, om ouders te ondersteunen en te versterken. Er wordt aandacht gevestigd op deze 'positieve' begeleiding om ouders betrokken te houden in de begeleiding, in plaats van het focussen op het negatieve.

De meeste voorzieningen hebben ook een emancipatorische en empowerende visie: men wil de ouders zo veel als mogelijk actief betrekken bij de opvoeding en de zorg van het kind, zodat ouders op hun verantwoordelijkheden worden gewezen. Men wenst ouders zelf te laten nadenken en niet alles op een plateau presenteren.

Twee voorzieningen houden het denkkader van Patterson in het achterhoofd: men tracht de volledige context te normaliseren.

Één organisatie werkt binnen het 'Brugs model': het grote project van therapie (analyse, verwerking en expressie) wordt verlaten om zich te focussen op de moeilijkheden van elke dag.

Één andere voorziening haalt het relationeel cognitief behaviorisme aan als visie. *"Dit is een gedragsmatig model waarbij hulpverlening wordt gezien als een probleemoplossend proces waarbij hulpverlener en netwerk en cliëntsysteem in actieve relatie met elkaar treden, zeer sterk participierend en dat je eigenlijk in het kader van een multiprobleem gezinnen een aantal problematieken gaat aanpakken en proberen op te lossen zodat het weer ok wordt voor het netwerk. Altijd plaatsen in relationele, socioculturele en historische context en via eigen methodieken."*

Wat de gebruikte methodieken naar de ouders toe betreft, zien we een aantal verschillen tussen de voorzieningen.

Vijf voorzieningen geven aan dat ze geen specifieke methodieken gebruiken om de pedagogische vaardigheden van de ouders aan te pakken. Naast de gesprekken (o.a. via contextbegeleiding) en het aanklampend werken zijn er geen specifieke methodieken voor handen.

Alle voorzieningen gebruiken de contextbegeleiding aan om de pedagogische vaardigheden van de ouders aan te pakken. Bij de ene voorziening wordt dit door 1 uur per week contextbegeleiding ingevuld of door bezoeken om de 2 weken bij de context, bij andere voorzieningen kan dit iets meer zijn. Bij sommige voorzieningen worden ouders meer betrokken binnen de voorziening zelf. Andere voorzieningen kiezen ervoor om met de kinderen naar de context zelf te stappen.

Sommige voorzieningen werken voornamelijk aan de hand van modelling, niet op een belerende manier, maar eerder meedoen met de ouders om te zien hoe het anders kan. Begeleiders trachten zo veel als mogelijk om ondersteunend te werken in plaats van het over te nemen van de ouders.

Een andere methodiek is bijvoorbeeld van het werken met camerabeelden, om te werken aan het bewustzijn van de ouders en hen proberen tot inzichten te brengen.

Er wordt ook vaak met 'signs of safety' gewerkt, waarbij bekeken wordt wat goed loopt, wat er nog moet gebeuren en wie er wat doet.

Een vaak gebruikte methodiek zijn de duplo's. Dat wordt zowel voor ouders gebruikt, als voor kinderen. Dit wordt gebruikt om een aantal zaken uit te leggen. Het is een communicatiemiddel om te zien waar de ouders nu zitten en waar ze naartoe willen in relatie met datgene dat al geholpen heeft om de problematieken aan te pakken.

Een aantal organisaties organiseren ook een rollenspel om tot inzichten te komen.

Er worden ook spelvormen gekozen om rond emoties, opvoedingsvaardigheden of sociale vaardigheden te werken, zowel voor ouders als voor kinderen.

Er worden ook allerlei trainingsactiviteiten georganiseerd om vaardigheden aan te leren, gaande van coping skills tot problem solving skills.

Naast pedagogische vaardigheden bijbrengen bij de ouders, zijn er een aantal organisaties die ook methodieken hanteren bij de kleine kinderen. Dit gaat meer specifiek rond de brede ontwikkeling van het kind.

Een aantal organisaties geven aan ook rond de emotionele ontwikkeling te werken van een kind. Dit kan door het gebruik van de hopla-doos (spel rond het emotionele) of specifiek door rond hechting te werken. Één voorziening is op bezoek geweest bij een CKG die reeds langer bezig is met het werken rond hechting en daar specifieke methodieken voor hanteert.

Ook spelstructuratie wordt als gedragstherapeutische methodiek toegepast in een voorziening.

Het maken van een conclusie

Er werd aan de voorzieningen gevraagd of ze tot een conclusie kwamen en na hoeveel tijd. Verder werd er ook gevraagd welke componenten een rol spelen bij het maken van deze conclusie: wat moet er zeker aanwezig zijn vooraleer kinderen opnieuw naar huis kunnen of wanneer wordt de keuze gemaakt voor een andere oplossing? Het blijkt een zeer moeilijk afwegen tussen het belang van het kind en het belang van de ouders, waar ook rekening mee gehouden wordt: *'Het ligt heel sterk aan je buikgevoel, eigen intuïtie. Er moet een stukje vertrouwen zijn. Je kan daar niet 24 op 24 zijn'.*

Indien het niet mogelijk blijkt om tot een terugkeer naar huis te werken, is pleegzorg een mogelijke oplossing. Wanneer overgegaan wordt tot deze beslissing, gaan voorzieningen vooral inzetten op het doen inzien van de ouders dat dit de beste oplossing is. Quasi elke voorziening voorziet dat ouders instemmen met pleegouderschap of dat ouders inzien dat dit het beste is voor het kind. Op die manier houdt men rekening met de loyaliteit van de kinderen ten aanzien van de ouders: indien ouders instemmen met pleegouderschap kunnen kinderen dit makkelijker accepteren en is de kans op succes groter. Een opmerking hierbij is echter ook dat veel kinderen niet meer in aanmerking komen voor pleegouderschap, wat bijna alle voorzieningen aanhalen. Hieronder twee voorbeelden:

'Soms ook heel complexe situaties, we hebben hier nu een kind van 8 jaar, is al zijn 8^{ste} plaats waar hij naartoe gaat. Een pleeggezin is geen optie meer. Wij hebben heel veel kinderen die dit niet meer kunnen... Ik vind dat een heel mooi idee hoor, pleeggezinnen. Maar onze hulpverlening zorgt er dikwijls voor dat het veel te laat is. Kinderen zijn soms al zodanig verstoord, je moet al heel sterk in je schoenen staan als pleegouder. Die piste van pleegzorg hebben wij hier vaak niet meer, helaas.'

'Wat ook een rol speelt is het kind zelf. Naar hechting toe. Iemand die heel zwaar gekwetst is, is niet evident om terug in een gezin te laten functioneren. Dan moet je ook kijken hoe sterk een kind gekwetst werd en wat een pleeggezin aankan. Sommigen kunnen dat aan, andere niet. Hangt af van pleeggezin tot pleeggezin.'

Een andere opmerking betreffende pleegzorg is dat een deel van de vragen naar pleegzorg beginnen als 'ondersteunende pleegzorg', waarbij het perspectief nog altijd een terugkeer naar huis is. Ondersteunende pleegzorg wordt als iets tijdelijks gezien. Maar in de praktijk resulteert dit in een andere situatie: *'Veel ondersteunende vragen zijn overbruggingspleegzorg, wij noemen dat zo, waarbij we zien dat de aanmelder het zo aanmeldt omdat zoekend of biedend te ingrijpend is voor de ouders. Dit is een oneigenlijk gebruik moet ik eerlijk zeggen. Het decreet is daar zeer duidelijk in, het perspectief ligt absoluut niet in het pleeggezin.'*

Wat opvalt bij het maken van een conclusie is dat, ongeacht de sector, alle conclusies samen met het team genomen wordt. Alle begeleiders en diensten die betrokken zijn bij het kind gaan mee aan tafel om een beslissing te nemen. Dit verloopt quasi altijd zeer vlot, zelfs indien er verschillende meningen zijn. Elke mening telt in het team en er wordt gestreefd naar een door het team gedragen beslissing, zelfs al is er nog discussie rond. Onderstaande uitspraak geeft aan dat niet alle situaties makkelijk zijn om tot een conclusie te komen:

'Sommige begeleiders gaan daar zeer ver in voor hun cliënten. We gaan dit nog proberen en dat nog proberen. Het voelt voor sommige begeleiders ook als falen aan, als kinderen toch nog geplaatst moeten worden. Er komt daar veel emotie bij, dat wel.'

Vaak is het aan een zorgcoördinator of iemand van de directie om de knoop door te hakken wanneer discussie heerst rond een conclusie.

Ook wat de communicatie naar de ouders toe betreft, rond de conclusie, zien we grote gelijkenissen over de sectoren heen. Ouders worden bij zeer veel voorzieningen sterk betrokken, zeker wat de hulpvragen van de ouders betreft. Doelstellingen vanuit de voorzieningen worden steeds gecommuniceerd, zowel op formele als op informele momenten, waardoor een evaluatie of een conclusie nooit 'een verrassing' blijkt te zijn. Er wordt verwacht dat alle diensten binnen de voorziening alles communiceren naar de ouders toe. Ouders worden in bijna alle voorzieningen ook geïnformeerd over evolutieverslagen, er wordt hen gevraagd of ze akkoord gaan met de inhoud en ouders kunnen daar nog hulpvragen bij formuleren of kunnen hun bedenkingen ook formuleren. Een vrijwillige begeleiding is meer vraaggestuurd en hierbij gaan voorzieningen niks ondernemen zonder het akkoord van de ouders, alles wordt met hen overlegd en ze worden op de hoogte gesteld van wat de toekomstige stappen zullen zijn. In sommige voorzieningen worden ouders ook betrokken bij het opmaken van de verslagen zelf.

De meeste voorzieningen geven aan over een redelijke autonomie te beschikken en hebben het gevoel dat hun mening gewaardeerd wordt, zelfs al zijn zij niet verantwoordelijk voor de eindbeslissing (bv. met een jeugdrechter). Jeugdrechters wijken niet vaak af van het advies van een voorziening. Het gebeurt echter wel occasioneel dat de jeugdrechter anders beslist. Anderzijds 'gebruiken' voorzieningen soms het OCJ en de jeugdrechter om de weerstand van de ouders te doorbreken: ze nemen de positie in van partner van de ouders, om hen te helpen om aan de voorwaarden te voldoen van het OCJ en de jeugdrechter.

CKG

CKG's maken een onderscheid tussen een vrijwillige hulpverlening en hulpverlening waar een consulent betrokken is: 'Bij een vrijwillige hulpverlening is de ouder een meebepalende factor of de hulpverlening wordt stopgezet of niet. We laten ouders mee beslissen, want zij hebben wel de beslissende factor. ... *Waar extra diensten op zitten, dan trachten we voor een stuk advies te formuleren en dat wordt op een gegeven moment doorgeven aan de consulent. Wij zijn daar niet doorslaggevend in, maar onze mening wordt sterk gewaardeerd en opgevolgd*'.

Een van de belangrijkste componenten voor CKG's is ook veiligheid, maar ook zij vinden de basale, fysieke veiligheid niet voldoende. De sensitiviteit is ook van belang. De betrokkenheid, de vaardigheden om heel praktische dingen te doen en de band met de kinderen vallen hieronder. Het is voor CKG's belangrijk dat tijdens de stressmomenten de ouders nog altijd de kant van de kinderen blijven zien.

Tegenindicaties zijn psychiatrische problematieken en middelengebruik, wat onder die fysieke veiligheid valt.

Een ander belangrijk element is dat er leerbaarheid aanwezig moet zijn binnen het gezin.

Los van het pedagogische, is het agogische ook belangrijk, er moet stabiliteit aanwezig zijn in het gezin: de multiproblemen moeten weer op rails en gedeproblematiseerd zijn.

De vijf pedagogische vaardigheden (leiding geven en grenzen stellen, monitoring, positieve betrokkenheid, positieve bekrachtiging en problemen oplossen) moeten in balans zijn. Het kader van Patterson wordt gehanteerd bij het nemen van een conclusie.

Ook het netwerk is een belangrijke component. Indien iemand uit het netwerk bijvoorbeeld een bijdrage kan leveren in het belang van de emotionele ontwikkeling van het kind, kan dat mee in rekening gebracht worden.

Één CKG zegt dat er eigenlijk geen conclusie op het einde komt, maar dat er gedurende het ganse traject telkens opnieuw conclusies gemaakt worden aan de hand van signs of well being.

OBC

Een kind kan maximaal 3 jaar in een OBC verblijven. Op het einde van deze 3 jaar wordt een eindverslag opgemaakt, met een eindconclusie. Indien er nood is aan vervolghulp, dan wordt dat besproken met de ouders.

Het belangrijkste component is de veiligheid van het kind, deze moet gegarandeerd worden vooraleer het kind terug naar huis kan. Dit houdt zowel de fysieke als de emotionele veiligheid in.

Alles wordt besproken met de ouders, ook indien het OBC van mening is dat het kind voorlopig niet naar huis kan. Indien er reeds een OCJ betrokken is, dan gaan ze met hun advies naar het OCJ. Is het OCJ niet betrokken, dan zal er een m-doc ingevuld worden.

Het psychodynamisch denkkader zit vervat in de visie van het OBC.

MPI

Een MPI heeft weinig beslissingsmacht in vergelijking met andere sectoren, en houdt zich daar niet echt actief mee bezig: *'Wij moeten opletten dat we niet in een concurrentiepositie zitten met de ouders'*.

De focus ligt op de ontwikkeling van de kinderen en het aanleren van vaardigheden. Er worden geen uitspraken gemaakt over het al dan niet naar huis kunnen terugkeren, tenzij er sprake is van verontrusting.

In overleg met ouders wordt afgetoetst wat er beslist kan worden: *'wij hebben geen mandaat ten aanzien van de ouders'*.

MPI's werken niet rond die basale noden zoals financiële mogelijkheden of huisvesting,... maar MPI's kunnen wel informatie verschaffen over extra opvoedingsondersteuning. In die zin hebben MPI's weinig vat over de thuissituatie. Ze zien wel een aspect van de basisveiligheid, als ze zien hoe het kind de maandag terug binnenkomt (bv. kind niet gewassen, vuile kleren aan,...). MPI's geven aan dat het niet aan hen is om beslissingen te maken over het al dan niet naar huis kunnen gaan. Zij geven informatie mee aan de consulent over de ontwikkeling van het kind en wat zij opmerken bij de ouders, indien dit van toepassing is.

Hoe complexer de problematieken bij de kinderen, hoe moeilijker om weer naar huis terug te keren, bv. bij kinderen die altijd toezicht nodig hebben waardoor het moeilijker is om terug te keren. Soms is het ook praktisch niet combineerbaar, van kleine kinderen die in een type III onderwijs zitten, maar die van ver komen. De begeleiding gebeurt vooral op vraag van de ouders.

MPI's geven ook aan dat er weinig conclusies gemaakt worden bij de zeer jonge kindjes. Kindjes schuiven gewoon door: *'Eenmaal hier binnen doen ze meestal de periode uit'*.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Na een termijn van 6 weken is de observatie voorbij en wordt een diagnose opgemaakt, al zouden ze bij de KAS verkiezen om geen 'etiket' te plakken. De KAS zorgt vooral voor een doorverwijzing (indien nodig) of kan de ouders informatie geven over hoe ouders kunnen omgaan met bepaalde problematieken.

Veiligheid is ook voor de KAS een zeer belangrijke component. Ook ontoereikende zorg of kinderen die naar huis gaan in moeilijke omstandigheden (bv waar drugs in huis ligt, waar er agressie is), dan contacteert de KAS het OCJ.

Indien ouders bv tekort doen op vlak van emotionele zorg zal men aansturen op vervolghulp. Indien ouders dat niet zien zitten, dan wordt ook het OCJ gecontacteerd.

Internaat

Net zoals MPI's behoort het maken van een conclusie niet tot de kern van de werking van een internaat. De consulent luistert naar het advies en bundelt alle informatie. Internaten observeren ook zeer weinig expliciet, al worden er een aantal zaken wel opgemerkt.

Internaten regelen de weekends van de kindjes (al dan niet naar huis kunnen gaan). Als componenten hanteren zij hierbij veiligheid, zorg en gedragsproblemen van de kinderen (signaal dat er thuis iets niet goed is). Er wordt geluisterd naar ouders en kind, wat zij allebei aangeven. Maar ook hier geven internaten de melding aan een consulent en nemen zij niet zelf een beslissing. Indien zij spreken van een buikgevoel, dan wordt er contact opgenomen met het CLB.

OOOC

Het OOOC streeft naar een verblijf van 2 maand, maar in de praktijk ligt dit vaak hoger omwille van meer praktische redenen (bv. geen plaats bij vervolghulp). Het OOOC probeert vooral de noden in het gezin te benoemen en wat de 'begeleidbaarheid' is. Als het advies tot pleegzorg als perspectiefbiedende zorg wordt voorgesteld, dan wordt dat meestal voorgelegd aan de pleeggezindiensten.

De componenten die van belang zijn vooraleer een kind kan terugkeren naar huis zijn de veiligheid van het kind, het affectief-relationale, de hechting (en vooral voldoende mogelijkheden naar hechting) en de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind. Daarnaast moeten de ouders inzicht hebben in het kind en moeten de ouders ook 'begeleidbaar' zijn.

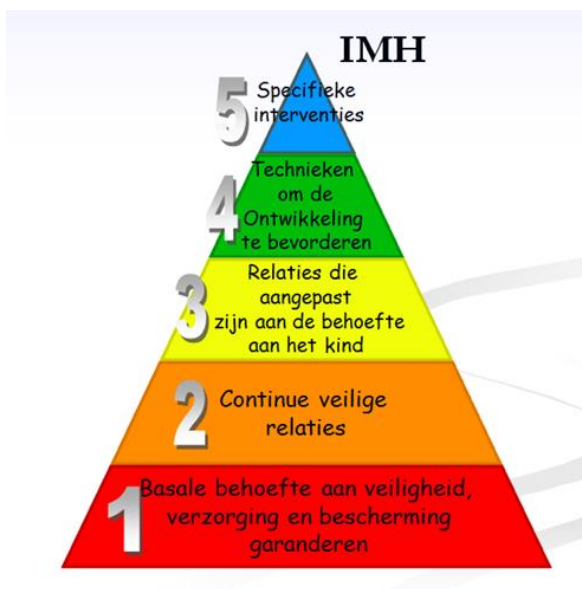
Tijdens de vierde week wordt een conclusie geformuleerd, in de zesde week wordt bekeken wat uit die conclusie geconcludeerd zal worden, hoe het geheel geïntegreerd wordt tot een advies. Het advies wordt genomen op basis van wat voorgesteld wordt door de verschillende

diensten. Elke dienst formuleert hypothesen vanuit zijn dienst en dat wordt in één verslag gegoten.

CIG

Aangezien ouders samen met het kind in de voorziening verblijven, gaat men er van uit dat het kind naar huis terugkeert. Er wordt een perspectief gezocht in de ouder-kindrelatie. Er wordt geen termijn geplakt op het nemen van een conclusie, want het hele proces is belangrijk. In de praktijk rekent men op een termijn van 1 jaar tot maximum 2 jaar, afhankelijk van gezin tot gezin.

Zoals alle andere voorzieningen vooropstellen, moet de veiligheid gegarandeerd zijn vooraleer het kind terug naar huis kan. Voor één CIG gebeurt dit mede door de piramide van Greenspan, om te zien of elke 'laag' goed ingevuld is. Niet dat het perfect ingevuld moet worden, maar de basis moet toch zeker aanwezig zijn.



Daarnaast geven de CIG's aan dat de context ook veilig moet zijn, in die zin dat een moeder die steeds terugkeert naar een onveilige context ook een tegenindicatie kan zijn.

De integriteit van het kind is ook een belangrijk element. Er moet 'goed genoeg ouderschap' zijn. Ook de draagkracht van de ouders wordt mee in rekening gebracht. Als ouders geen verantwoordelijkheid nemen en geen initiatief nemen voor het welzijn voor hun kinderen, dan stopt het voor hen en zijn CIG's niet de aangewezen voorzieningen om de kinderen te laten verblijven.

Pleegzorg

Pleegzorg werkt met termijnen rond perspectiefzoekende zorg. Na een half jaar en maximaal één jaar wordt een conclusie gemaakt en moet het duidelijk zijn welke richting men uitgaat met het kind.

De componenten die van belang zijn, zijn terug te vinden in de beoordelingsboog. Zelfs al wordt de beoordelingsboog niet systematisch gebruikt, het zijn de elementen die gebruikt worden bij het afwegen over het al dan niet terugkeren naar huis.

Dat gaat zowel om feitelijke elementen als rond opvoedingsvaardigheden en sensitief ouderschap.

Er worden een aantal denkkaders opgesomd die van belang zijn bij het opmaken van een conclusie: de klassieke systeemtheorie, de leertheorie en het contextuele. Het sociaal-interactioneel model van Patterson en de hechtingstheorie zijn ook belangrijke elementen. In West-Vlaanderen werd een map ontwikkeld rond affectief-relatieve ontwikkeling, op basis van Tine Maeyens.

Ook de volledige ontwikkeling van het kind is een aspect waar rekening mee gehouden wordt en de SEO-schaal revised is ook een instrument dat gebruikt wordt bij het opmaken van een beslissing.

OVBJ

Een eerste belangrijke constante bij deze voorzieningen is dat er haast geen termijnen vooropgesteld worden en dat een terugkeer naar huis eigenlijk nooit wordt opgegeven: *'We stellen niks voorop. Als kinderen hier zijn, dan mogen ze hier zijn. We streven naar een kortdurend verblijf, maar wij kunnen ze niet meer doorverwijzen.'*

'Enkel als alles volledig uitgeput is, als er geen veranderingen meer zijn, dan pas wordt overgegaan tot een beslissing.'

Enkele voorzieningen gaven aan dat er wel sprake is van een evolutie: vroeger kon een kind zeer lang in een voorziening zitten (tot die meerderjarig werd), maar nu is er iets meer sprake van een verschuiving naar andere mogelijkheden zoals bij de contextfiguren te verblijven. Er wordt meer toekomstgericht gewerkt. Zeker bij deze jonge kindjes wordt het belang van een kortdurend verblijf in het achterhoofd gehouden: *'Bij een baby van 0 tot 2 jaar voelen we dat een plaatsing geen jaren moet duren, daar gaan we sneller denken aan een pleeggezin of sneller naar huis toe werken met de nodige contextbegeleiding.'*

De conclusie van 'het kind kan niet terug naar huis' wordt niet gemaakt. Men blijft inzetten op de ouder-kindrelatie, aangezien men niet weet wat de toekomst kan brengen (bv. een goede partner voor de mama die dan wel een stabiel leven opbouwt of het overlijden van de vader die het kind misbruikte,..). Volgende citaten geven dit aan:

'Evenwicht zoeken tussen snel beslissen in het belang van het kind en toch ook kansen aan de context geven. Als er gevoel is dat er geen verandering meer mogelijk is omdat de problematiek zo vast zit en de veiligheid is nog niet gegarandeerd, dan zitten we aan een cruciaal punt. Maar we stellen niks voorop. Kinderen hebben hier bestaansrecht.'

'We stellen geen maximumtermijn voor ogen, dat is een beetje eigen aan onze voorziening. In de bijzondere jeugdzorg weet je dat je dat kan meemaken. We blijven inzetten op contact tussen ouder en kind. 't Is niet zo dat we zeggen: na 3 jaar geven we het op. Waarom niet? 't Is niet alleen de hulpvraag van de ouder, maar ook de hulpvraag van het kind. In het belang van het kind dus'. Onze bewegingsvrijheid is ook niet zo groot, er is ook vaak een jeugdrechter.'

Een viertal voorzieningen houden wel (informeel) een termijn voor ogen. Één voorziening tracht binnen het jaar tot een conclusie te komen, maar ook hier is dat iets dat in de praktijk gebeurt, niet iets dat formeel vastligt.

Alle voorzieningen geven aan dat het zeer moeilijk is om tot een conclusie te komen: *'Als er al tot een conclusie gekomen wordt, dan is dat zo een beetje een aanvoelen, afhankelijk van verschillende factoren.'* en *'Het moeilijkste is om een conclusie te maken'*.

De evolutieverslagen, die om de zes maanden opgemaakt worden, worden gezien als toetsing om tot een (al dan niet tijdelijke) conclusie te komen. Dit is het ogenblik dat voorzieningen stilstaan bij de behaalde doelstellingen en welke richting men verder uit wil. Dit wordt niet als eindconclusie gebruikt.

Elke voorziening stelt dat de veiligheid de belangrijkste component is. Het is voor veel voorzieningen de hoofdreden om een kind in de residentiële zorg te laten verblijven. Daarnaast geven heel wat voorzieningen ook wel een aantal gemeenschappelijke kenmerken aan. Ouders moeten vooreerst open staan voor de begeleiding en vooral voor de vervolfbegeleiding. Zolang er weerstand is, kan er niet gewerkt worden aan de problematieken.

Veel voorzieningen geven aan dat er ook een mate van emotionele zorg en ontwikkelingskansen voor het kind aanwezig moeten zijn vooraleer een kind naar huis kan beginnen terugkeren. Een kind moet zich vooral goed voelen thuis vooraleer het weer naar huis kan gaan. Maar dit zijn componenten die zoveel als mogelijk met dagbegeleiding of contextbegeleiding worden aangepakt.

'Je moet de lat niet te hoog leggen, maar het moet meer zijn dan op tijd eten krijgen en in bed zitten' en *'Je kan maar aan de hechting werken als je de gelegenheid geeft om zich te laten hechten. Dat kan je niet van op afstand doen.'*

Het affectieve, de hechting en het pedagogisch kunnen omgaan met hun kind is moeilijker te meten, maar het zijn wel elementen waar men rekening mee houdt.

Omdat deze ook moeilijker te vertalen zijn naar de ouders toe, probeert men deze componenten zo duidelijk mogelijk in concrete doelstellingen te gieten (bv. iedere dag tijd vrijmaken om een spel te spelen met het kind).

Veel voorzieningen geven aan dat ze de draagkracht van de ouders mee in rekening brengen. Ondersteunende factoren zijn ook van belang: hebben de ouders een netwerk waar ze beroep op kunnen doen of laten ze hulpverlening toe als er geen context is.

De ontwikkelingskansen van de kinderen worden ook in aanmerking genomen, maar hier wordt dan rekening gehouden met de mate waarin een kinderdagverblijf of de school de ontwikkelingskansen en nodige stimulatie kunnen bieden.

De veranderbaarheid van de ouders is ook van belang: als de problematieken te lang blijven aanmodderen, is dit ook een tegenindicatie om het kind naar huis terug te sturen.

Één organisatie geeft aan wel eens gebruik gemaakt te hebben van het instrument 'Izika', die de zorgintensiteit van kinderen meet.

Er worden een aantal denkkaders opgesomd bij het maken van een conclusie: Patterson wordt een aantal keer vernoemd, net als Greenspan. Ook het oplossingsgerichte kader wordt in het achterhoofd gehouden.

Algemene vragen

Als afsluiting werden nog een aantal algemene vragen gesteld. Er werd gevraagd of de voorzieningen de termen perspectiefzoekende en perspectiefbiedende zorg kennen en gebruiken en of ze een verschillende werking voorzien. Daarnaast wordt aan de voorzieningen gevraagd of ze vinden dat perspectiefzoekende zorg een individueel gegeven is of als ze voorstander zijn van een algemeen kader.

Daarnaast werden de voorzieningen ook gevraagd naar algemene opmerkingen en verwachtingen rond integrale jeugdhulp. Daar de opmerkingen zeer individueel zijn, werden deze allemaal overgemaakt aan de werkgroep, maar worden deze verder niet meer behandeld in deze analyse.

Gebruik van termen

Voor heel wat voorzieningen zijn de termen 'perspectiefzoekende zorg' en 'perspectiefbiedende zorg' nieuwe termen. Het zijn geen levende termen.

'Wij gebruiken de term niet, is zo gekomen met rondzendbrief. We vroegen ons ook af of dit voor profilering ging zorgen in de zin van 'gaat er zoiets komen van een kortdurende en langdurige opname'? Maar goed, de term is één keer vernoemd geweest. Dan krijgen we de vraag van tiens... Is geen levende term.'

Een aantal voorzieningen staan wel open voor het gebruik van de termen en vooral het toepassen van een verschillende werking nargelang het perspectief. Sommige voorzieningen kennen het onderscheid niet tussen beide termen.

Andere voorzieningen zien zichzelf als 'perspectiefzoekend', in die zin dat de meeste voorzieningen blijven inzetten op de ouders of de context:

'We kunnen daar eigenlijk zeer duidelijk in zijn, als een kind hier toekomt met zijn gezin, dan gaan wij op zoek naar het beste perspectief voor dat kind. En we blijven zoeken en we stoppen nooit met zoeken. We zetten geen termijn op ons zoeken en we zetten geen termijn 'als het kind nergens kan zitten, dan moet het hier zitten', dat zeggen we nooit. En ik zou het zeer betreuren als het ook iets zou worden die meetbaar zou zijn. Want dat is iets dat niet meetbaar is.'

Verschillende werking

Zelfs indien de termen niet gebruikt worden, zijn er dan voorzieningen die een onderscheid maken in hun werking tussen kinderen waar het perspectief nog niet duidelijk is en kinderen waarbij men reeds een perspectief vooropstelt?

De antwoorden leren ons dat weinig voorzieningen een verschillende werking vooropstellen. Veel voorzieningen blijven inzetten op het perspectief van de ouders, en dat is vaak een piste die niet verlaten wordt.

Een aantal voorzieningen hebben omwille van hun werkwijze geen perspectiefbiedende zorg: CIG's hebben de ouders in de voorziening, waardoor het perspectief steeds een terugkeer naar huis is, al dan niet gecombineerd met gedeelde zorg. Veel voorzieningen geven aan dat ze blijven zoeken naar een perspectief zonder een termijn voorop te stellen.

Vijf voorzieningen maken een onderscheid tussen een perspectiefzoekende en een perspectiefbiedende werking.

'Wij gaan er van uit dat we een kind niet langer dan zes maanden on hold zetten. Na zes maand moet het ook duidelijk zijn of een kind terug bij zijn ouders zal kunnen wonen en dat er dan daar rond gewerkt zal worden.'

'In het perspectiefzoekende zijn opvoeders geen hechtingsfiguren. Ergens wel natuurlijk, maar daar blijven de ouders de belangrijkste hechtingsfiguren. In de perspectiefbiedende zijn de opvoeders de hechtingsfiguren.'

Het is daarenboven niet eenvoudig om een opsplitsing te maken naar leefgroep of werking toe.

'We horen ook wel dat het een beetje een artificiële opsplitsing is. Voor hetzelfde geld zit je met een mama waarvan je denkt: die zal het niet kunnen. Maar dan valt ze plots op een goeie partner, die haar kan ondersteunen en heb je plots heel nieuwe mogelijkheden. Maar wat moet je dan doen? Het kindje van een perspectiefbiedend groepje naar een perspectiefzoekend groepje gaan steken?

'In principe hebben we twee verschillende leefgroepen, we proberen bij aanmelding al zeer duidelijk een onderscheid te maken. Maar stel dat een kindje al één jaar in dat perspectiefzoekende zit, plots kan het toch niet meer naar huis. Dan gaan we dat kind niet direct switchen, want ondertussen heeft het kind al zijn hechtingsfiguur in de leefgroep en dan laten wij dat. Maar op lange termijn zien wij daar soms wel problemen mee optreden. Zeker als er voor dat kind die perspectiefbiedend is, nog steeds tussen de perspectiefzoekende zit en dat kindje ziet al die (andere, red.) ouders en haar/zijn ouders komen bijna niet meer.

Perspectiefzoekend: algemeen denkkader of een individueel gegeven?

De vraag luidde of men voorstander is om het perspectiefzoekende te gieten in een algemeen denkkader of dat men vindt dat het een individueel gegeven is. Aangezien weinigen de term 'perspectiefzoekend' gebruiken werd gevraagd of de algemene werking in een denkkader moet gevormd worden.

De meeste voorzieningen geven aan dat ze geen voorstander zijn van een algemeen denkkader, maar zijn voorstander van een individuele invulling.

Een minderheid kan zich vinden in een algemeen denkkader, als het binnen de eigen sector is. De meeste voorzieningen hameren op de eigenheid te behouden van de voorziening.

Conclusie

Dit onderzoek werd uitgevoerd met twee doelstellingen voor ogen: een eerste doelstelling voor jongerenwelzijn was dat zij wensen te weten of voorzieningen de nood ervoeren om een netwerk te vormen en hoe zij die konden ondersteunen. Een tweede doelstelling was om tot een algemene visie te komen.

Wat de eerste doelstelling betreft valt duidelijk op dat de voorzieningen open staan voor communicatie, dialoog en als soort kruisbestuiving van methodieken: voorzieningen vinden het interessant om te weten hoe andere organisaties zaken aanpakken, welke visie zij hanteren, welke methodieken er werken en wat niet werkt, enzoverder. Enkele organisaties zijn daar reeds actief mee bezig, maar het betreft nog een minderheid.

Een tweede doelstelling betreft het uitbouwen van een algemene visie. Uit bovenstaande mag duidelijk blijken dat er in geen geval sprake is van een gemeenschappelijke visie. Hoewel duidelijk is dat elke voorziening eenzelfde doel voor ogen heeft, nl. het welzijn van elk kind waarborgen, kan uit voorafgaande ontegensprekelijk gesteld worden dat elke voorziening of sector daar een andere visie over heeft over hoe dit bereikt kan worden en wat dit precies inhoudt. Elke sector en zelfs de voorzieningen onderling verschillen van elkaar: zowel op vlak van het al dan niet hanteren van vaste methodieken, welke methodieken er eventueel gebruikt worden, welke positie men inneemt ten opzichte van de ouders (is het mandaat van de ouders noodzakelijk of niet), wanneer men tot een conclusie komt en welke elementen een rol spelen, enz. Een deel valt te verklaren door de doelgroep waar een voorziening zich op richt: een andere doelgroep vereist een andere werking.

Er kan besloten worden dat voorzieningen zeker openstaan voor vormingen en netwerkmomenten, maar dat ze verkiezen om hun eigen visie of werking te behouden.