

GEZINSVERPLEGING ANNO 2014: EEN GEDIFFERENTIEERD(ER) AANBOD

Wilfried BOGAERTS¹

Een zorgsysteem als gezinsverpleging, als geen ander gekenmerkt door en ook in ruime mate afhankelijk van een sterke betrokkenheid van de gemeenschap, is van nature sterk onderhevig aan de evoluties die deze gemeenschap doormaakt. Zo heeft gezinsverpleging in Geel doorheen de eeuwen van haar bestaan behoorlijk wat wijzigingen ondergaan, soms bruusk, soms geleidelijk, maar steeds bleef het in zijn kern onaangetaast. Recent werd gezinsverpleging grondig gereorganiseerd met respect voor deze eigenheid. En al even belangrijk: ook de noodzakelijke randvoorwaarden voor psychiatrische pleegzorg zijn in de nieuwe structuur gewaarborgd.

Trends in het denken over geestelijke gezondheid en over psychiatrische behandeling waren nu eens in het voordeel, dan weer in het nadeel van deze wat bijzondere psychiatrische behandelvorm. Met de vermaatschappelijking van zorg en de reorganisatie van de geestelijke

gezondheidszorg die zich nu voltrekt in het kader van art.107, beweegt gezinsverpleging zich vandaag in een positief maatschappelijk klimaat. Lange tijd was gezinsverpleging het enige alternatief voor 'instellingsverpleging' voor mensen die omwille van een mentale beperking en/of een psychiatrische problematiek langdurig van zorg afhankelijk waren. Vandaag is het voor volwassenen en ouderen één van de mogelijke woonformules binnen de geestelijke gezondheidszorg, naast bijvoorbeeld Beschut Wonen of het Psychiatrisch Verzorgingstehuis. Naast de 'klassieke' woonformule kan het samenwerken met pleeggezinnen echter ook een antwoord bieden op andere zorgvragen. Een recent opgestart project 'kinderen in zorggezinnen' experimenteert daarmee volop, middels een flexibel aanbod voor minderjarigen waarbij naast een perspectiefbiedende woonformule ook ondersteunende formules² met succes in praktijk worden gebracht.

-
- 1 De auteur is psycholoog bij de gezinsverpleging van het OPZ Geel. Contact: wilfried.bogaerts@opzgeel.be.
2 Bij perspectiefbiedende gezinsverpleging ligt de focus op het realiseren van een woonomgeving met aangepaste psychiatrische ondersteuning (meestal een langdurend traject); bij ondersteunende gezinsverpleging ligt de focus op het ondersteunen van de context.

Wetgeving: KB en decreet pleegzorg

De wettelijke basis voor gezinsverpleging is vastgelegd in een KB van 10 april 1991. De normen waaraan de functie psychiatrische gezinsverpleging moet voldoen om te worden erkend staan erin opgesomd. Het geeft het kader aan waarbinnen gezinsverpleging kan opereren. De randvoorwaarden die verderop worden beschreven vinden er een wettelijke verankering. Waar het KB destijds gold als de eerste echte erkenning van gezinsverpleging, is deze wet inmiddels aan een opfrissing toe, zodat de weg naar verdere verbreding en flexibilisering open ligt en de samenwerking met pleeggezinnen in de zorg voor psychiatrische patiënten een ruimere en meer eigentijdse invulling kan krijgen.

Gezinsverpleging is intussen ook gevat door het decreet pleegzorg van midden 2012 dat sinds begin 2014 in voege trad. Het decreet beoogt een harmonisatie van een voorheen versnipperd pleegzorglandschap. Per provincie is nu slechts 1 pleegzorgdienst actief. Voor gezinsverpleging bepaalt het decreet dat een samenwerkingsovereenkomst wordt gesloten met de vergunde pleegzorgdienst die actief is in het werkingsgebied van gezinsverpleging, i.c. vzw PPA (Pleegzorg Provincie Antwerpen). Deze samenwerking krijgt vooral in het kader van het project 'kinderen in zorggezinnen' geleidelijk aan een concrete invulling.

Gezinsverpleging voor volwassenen

In 2010 publiceerde LUCAS de resultaten van een onderzoek³ naar "de plaats van de psychiatrische pleegzorg binnen het toekomstig GGZ beleid". Daarin werden een aantal aanbevelingen gedaan. Het merendeel van deze aanbevelingen werd daarna via een grondige reorganisatie in de praktijk gebracht. In dezelfde beweging werd gezinsverpleging in lijn gebracht met de naar leeftijdsgroepen ingedeelde zorgprogramma's van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ) te Geel.

Gezinsverpleging vandaag: F-ACT methodiek

Twee multidisciplinaire teams, onder leiding van een psychiater, zijn actief binnen gezinsverpleging voor meerderjarige patiënten, respectievelijk voor volwassenen van 18 tot 65 jaar en voor ouderen (+65-jarigen). Deze teams werken volgens een variant op de F-ACT methodiek. F-ACT staat voor: Functie Assertive Community Treatment, en is ontwikkeld voor de behandeling en begeleiding van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, waarbij er naast problemen op psychiatrisch vlak ook problemen op meerdere levensdomeinen aan de orde zijn. Deze levensdomeinen zijn voorwerp van begeleiding. De F-ACT methodiek werd in Nederland ontwikkeld, verder bouwend op het in de VS uitgewerkte ACT-model.⁴ De F-ACT methodiek

-
- 3 *De plaats van de psychiatrische gezinsverpleging binnen het toekomstige geestelijke gezondheidszorgbeleid*, onderzoek uitgevoerd door LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, Leuven, in opdracht van de Federale Overheid Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Projectleiding: Prof. dr. Chantal Van Audenhove. Maart 2010-Augustus 2010.
 - 4 Voor uitgebreide info verwijzen we naar het *Handboek FACT*, Van Veldhuizen, R., Polhuis, D., van Os, J., De Tijdstroom, Utrecht 2009.

werd ontwikkeld voor de begeleiding van mensen die langdurig van psychiatrische zorg afhankelijk zijn.

Elke cliënt krijgt een vaste begeleider of casemanager toegewezen, die samen met de cliënt de nood aan zorg op de onderscheiden levensdomeinen inventariseert en in samenspraak aangepaste ondersteuning opzet. Specifiek voor gezinsverpleging wordt een groot deel van de ondersteuning die nodig is aangeboden door het pleeggezin. Leidraad voor de begeleiding is herstel, wat voor elke cliënt in de praktijk iets anders betekent. Collega teamleden worden gebriefd over de op gang zijnde begeleiding en indien er nood is aan nauwere opvolging, worden een probleeminventarisatie en de te ondernemen acties en verantwoordelijkheden op een F-ACT bord genoteerd.

Een F-ACT bord is een overzichtsschema waarop alle patiënten zijn opgenomen waarvoor mogelijk teamzorg aan de orde is, en waarbij meerdere casemanagers en andere teamleden samen een intensievere begeleiding opnemen. Enkele malen per week wordt dat digitale bord geprojecteerd en bijgewerkt, zodat alle teamleden op de hoogte zijn van de begeleidingen die extra zorg vereisen. Meerdere teamleden kunnen immers tegelijkertijd in wisselende intensiteit in de begeleiding van een cliënt actief zijn. Wanneer de ondersteunings- en opvolgingsnood weer afgenomen is, verdwijnt een cliënt van het F-ACT bord en wordt er weer individueel casemanagement aangeboden.

“Fundamenteel in deze vernieuwde aanpak is de koppeling tussen begeleider en cliënt/patiënt in plaats van voorheen de koppeling van de begeleider aan een pleeggezin.”

Een permanentiesysteem garandeert 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 psychiatrisch-verpleegkundige noodhulp aan huis, met indien nodig ten allen tijde de opnamemogelijkheid binnen het psychiatrisch zorgcentrum. Het gebruik van het F-ACT bord verhoogt zonder twijfel de efficiëntie van deze (nood)interventies en de kwaliteit van de geboden zorg. Ook de zorgcontinuïteit wint erbij. Fundamenteel in deze vernieuwde aanpak is de koppeling tussen begeleider en cliënt/patiënt in plaats van voorheen de koppeling van de begeleider aan een pleeggezin. Een begeleider volgt de cliënt doorheen zijn traject mogelijk in opeenvolgende gezinnen. Een pleeggezin kan zo in het geval zij opvang bieden aan twee cliënten en/of in crisissituaties samenwerken met meerdere begeleiders.

Randvoorwaarden voor psychiatrische pleegzorg gewaarborgd

Op welke wijze gezinsverpleging ook wordt georganiseerd, als ze tot haar essentie wordt herleid komen we uit bij “de samenwerking tussen pleeggezinnen en professionelen in de zorg voor, de behandeling en/of begeleiding van een psychiatrische patiënt”. Deze samenwerking wordt vandaag geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst. Cliënten krijgen een antwoord op hun zorgvraag via deze samenwerking tussen pleeggezinnen en een psychiatrisch team.

Pleeggezinnen zonder specifieke vooropleiding in het domein van de psychiatrie delen (een deel van) hun leven met medemensen die te kampen hebben met een psychiatrische aandoening, een aandoening die hun zelfstandig functioneren in ernstige mate beperkt. Pleeggezinnen bieden een stabiele leef- en woonomgeving en ondersteunen de hen toevertrouwde gasten waar nodig.

Een **psychiatrisch team** is verantwoordelijk voor de behandeling, waarbij de nadruk ligt op het verwerven, verbeteren en/of het behoud van het psychisch evenwicht. Hiervoor wordt begeleiding voorzien op deze levensdomeinen waarbij dat aangewezen is. Ook coaching van pleeggezinnen behoort tot de kernopdracht van het team. Het team is tevens verantwoordelijk voor de zorg die het pleeggezin aanbiedt.

Bij de bepaling van de domeinen waarvoor zorg en/of ondersteuning nodig, gewenst of aangegeven is, nemen **cliënten** in de mate van het mogelijke zelf de verantwoordelijkheid. Afhankelijk van de mogelijkheden en beperkingen kan de ondersteunings- en/of zorgnood sterk verschillen.

Psychiatrische pleegzorg kan op talloze manieren worden georganiseerd. Gelijkaardige initiatieven in het buitenland tonen dat aan, maar enkele randvoorwaarden dienen zeker te worden gerespecteerd om kwaliteitsvolle psychiatrische pleegzorg in praktijk te kunnen brengen. Afwijken van deze randvoorwaarden heeft onder meer een direct gevolg op de zorgvragen waarop het een antwoord kan bieden en op de instroom en uitstroom van pleeggezinnen.

Randvoorwaarden

- Permanentiedienst voor cliënten en pleeggezinnen (7 dagen op 7 en 24 uur op 24)
- Bed op recept: opname in het zorgcentrum is ten allen tijde mogelijk
- Psychiatrisch multidisciplinair team
- Continuïteit van zorg
- Samenwerking met andere zorgverleners, regulier en gespecialiseerd aanbod op vlak van onderwijs, plaatselijke initiatieven en krachten uit de sectoren welzijn (OCMW-aanbod, ...),

cultuur (vrijtijds- en vormingsaanbod, ...), gezondheid (mutualiteiten, ...), arbeid (ATB, beschutte werkplaats, KMO's, ...), van gemeente, gemeenschap, ...

- Divers pleeggezinnenbestand
- Maatschappelijk draagvlak, verankering in stad en dorp, ...

Voor pleeggezinnen is de garantie van ondersteuning (24/24 en 7/7) met indien nodig overname van zorg, een belangrijke randvoorwaarde. Bij de ingrijpende reorganisatie werd met al deze randvoorwaarden rekening gehouden.

Patiënten

Momenteel verblijven bijna 300 patiënten onder begeleiding van het OPZ bij pleeggezinnen in Geel en de onmiddellijke omgeving. Waar in het verleden⁶ patiënten vanuit heel Europa een tweede thuis vonden bij een pleeggezin, beperkt de herkomst van patiënten zich de laatste decennia tot het Vlaamse landsgedeelte. Verwijzingen gebeuren voornamelijk vanuit andere psychiatrische zorgcentra. Bij de problematieken merken we een verschuiving in de richting van ernstige psychiatrische diagnoses, al dan niet in combinatie met een mentale beperking. Waar in het verleden veelal opnames in gezinsverpleging onder een verplicht statuut plaatsvonden, is dat vandaag eerder uitzonderlijk. Inclusie- en exclusiecriteria zijn nauw verbonden met de pleeggezinnen die zich aandienen en het type van zorg dat in hun gezinssituatie inpasbaar is.

Concreet kan gezinsverpleging vandaag een passend antwoord bieden op een vraag naar psychiatrische woonzorg voor gestabiliseerde psychiatrische patiënten met een redelijk

6 In de Geelse gastgezinnen werden tot ongeveer de helft van vorige eeuw zeer veel patiënten van Nederlandse afkomst opgenomen. Ook een groot aantal patiënten uit Oost- en Centraal-Europa vonden in Geelse gezinnen een nieuwe thuis.

zelfredzaamheidsniveau en met enig vermogen tot sociale aanpassing. Gezinsverpleging is vanzelfsprekend niet geëigend voor patiënten met gedrag dat de integriteit en veiligheid van een gezin of de sociale omgeving in gevaar brengt. Daarnaast overstijgt een erg grote ondersteuningsnood vaak ook de draagkracht van een pleeggezin, zeker op wat langere termijn.

“Gezinsverpleging kan een antwoord bieden op een vraag naar psychiatrische woonzorg voor gestabiliseerde psychiatrische patiënten met een redelijk zelfredzaamheidsniveau en met enig vermogen tot sociale aanpassing.”

De patiëntenpopulatie van gezinsverpleging kenmerkt zich vandaag door een grote diversiteit op vlak van problematiek, voorgeschiedenis, intellectuele mogelijkheden, ... Ook in de duur van het verblijf zijn grote verschillen op te tekenen. De meerderheid van patiënten kiest voor gezinsverpleging in de zoektocht naar een woonvorm met aangepaste ondersteuning, waarbij de termijn van het verblijf niet vooraf in tijd gelimiteerd is. Bij sommigen betekent dat dan een verblijf van decennia bij hetzelfde pleeggezin, soms ook bij een volgende generatie van dat pleeggezin. Bij anderen betekent dat het opeenvolgend verblijf bij verschillende pleeggezinnen, waarbij men gaandeweg vooruitgang boekt op vlak van het samenleven en van stabiliteit, maar waarbij men vooral de voordelen van het leven in de gemeenschap ervaart en deze wil behouden, ook al noodzaakt dat een verhuis naar een ander pleeggezin. Vaak gaat het hierbij om mensen met een persoonlijkheidsproblematiek, waarbij het pleeggezin het na enkele jaren niet langer mogelijk acht om verder samen te leven in gezinsverband. Een groeiend maar nog steeds beperkt aantal patiënten ziet het verblijf

bij een pleeggezin als tussenstap naar een leven met een grotere zelfstandigheid.

Pleeggezinnen

De pleeggezinnen die zich bij het OPZ aanmelden zijn doorgaans goed vertrouwd met gezinsverpleging. Bijna allen kennen gezinsverpleging van thuis uit (i.c. één of beide partners groeiden op in een OPZ-pleeggezin) of kennen andere pleeggezinnen in de buurt of in de familie. Zo hebben ze reeds van bij het ogenblik dat ze zich als kandidaat-pleeggezin aanmelden een vrij realistisch beeld van wat pleeggezin zijn in de praktijk voor hen kan betekenen. Maar dat heeft ook tot gevolg dat andere formules van gezinsverpleging slechts zeer geleidelijk aan te introduceren zijn. De pleeggezinnen die zich aanmelden melden zich in eerste instantie aan voor pleegzorg met perspectiefbiedend karakter. Tot tijdelijke(re) formules (opvang, resocialisatie, ...) voelen de meeste pleeggezinnen zich niet of maar matig aangetrokken.

Diversiteit kenmerkt ook het pleeggezinnenbestand, al zijn jonge gezinnen de grote afwezigen bij de starters. Waar het OPZ jaarlijks meerdere pleeggezinnen in de bloemen kon zetten voor hun 50-jarig pleegzorgengagement, starten pleeggezinnen nu op veel latere leeftijd (+50), zodat dergelijke lange pleegzorgengagements op termijn zeer uitzonderlijk zullen zijn. Veranderde gezinspatronen en leefgewoontes (beide partners uithuiswerkend, afname kerktoeregebondenheid, toename uithuisigheid, wijziging vrijetijdsbeleving, ...) zijn via aangepaste vormen van ondersteuning op te vangen. Het tere punt bij de pleeggezinnenwerving blijft echter het ontbreken van sociale bescherming voor pleeggezinnen en de lage vergoeding. Remediering van deze aspecten werd ook als aanbeveling in de LUCAS studie meegegeven, maar kon voorsnog niet worden gerealiseerd.

Gezinsverpleging voor kinderen/jongeren

Binnen OPZ Geel werd al vaker onderzocht hoe de samenwerking met pleeggezinnen kon worden verruimd. Bij besprekingen in verband met differentiatie van gezinsverpleging werden allerlei formules overwogen: variatie in beoogde verblijfsduur (kortere periodes, in tijd bepaald verblijf, dagpleegzorg, ...), doel (resocialisatie, nabehandeling, respitepleegzorg, ...), mate van inclusie in het gezin (studio, aanleunwoning, ...), problematieken, leeftijden, ... Grote onzekere factor hierbij was steeds de (on)mogelijkheid om geschikte pleeggezinnen te vinden die bereid zouden zijn een ander type van zorg op te nemen dan deze waarmee Geelse gezinnen vooral vertrouwd zijn of die aangepaste infrastructuur ter beschikking hebben.

Behandelformules uitdenken waaraan pleeggezinnen een bijdrage kunnen leveren is één ding, hiervoor pleeggezinnen met aangepast profiel kunnen warm maken en daarna gemotiveerd houden, een ander. Bovendien laat de huidige wetgeving onvoldoende flexibiliteit toe om vlot met nieuwe formules aan de slag te gaan. Daarnaast is de vergoeding voor pleeggezinnen niet in verhouding tot de aan te bieden zorg. Formules waarbij de intensiteit van het zorgen nog toeneemt voor de pleeggezinnen, noodzaken dan ook een aanpassing die de zorg op een correcte manier waardeert.

Niettegenstaande deze beperkingen bleef tijdens de besprekingen de psychiatrische gezinsverpleging voor kinderen en jongeren steeds opnieuw naar voor komen als een behandelformule met een grote potentie naar behandelresultaat, en met een verhoging van de ontwikkelingskansen. Tegelijkertijd veronderstelde men dat er een reële kans is om daarvoor pleeggezinnen te kunnen engageren, mits de nodige aanpassingen aan de samenwerkingsafspraken met deze pleeggezinnen. De keuze werd gemaakt

om een project 'kinderen in zorggezinnen' op te starten, gericht op behandelpleegzorg voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek.

Doelgroep

In gezinsverpleging verblijft een grote groep mensen die te kampen hebben met een dubbelproblematiek: een mentale beperking en een psychiatrische problematiek. Om maximaal aansluiting te kunnen vinden met gezinsverpleging voor volwassenen en zo een zorgtraject te kunnen aanbieden waarbij er niet op volwassen leeftijd een breuklijn zou ontstaan, werd ervoor gekozen om kinderen en jongeren die met dergelijke dubbelproblematiek af te rekenen hebben als doelgroep van het project vast te leggen. Hiervoor werd samenwerking gezocht en gevonden bij het nabijgelegen MPI van Oosterlo.

Zorggezinnen

De gezinnen die we in het kader van het project konden engageren vonden we in eerste instantie door bekendheid te geven aan het project in de communicatiekanalen van OPZ Geel en het MPI van Oosterlo (partner in het project). We kozen expliciet voor de term 'zorggezin' om binnen OPZ-gezinsverpleging een specifieke benaderingswijze te onderlijnen, maar ook omdat de term pleeggezin voor heel wat ouders als wat bedreigend wordt ervaren. Via de term zorggezin willen we duidelijk maken dat voor hun kind aangepaste ondersteuning en behandeling wordt opgezet via de samenwerking met zorggezinnen waaraan een deel van de opvoedverantwoordelijkheid wordt overgedragen.

Voorname lijk mensen met een vooropleiding in de zorg stellen zich kandidaat als zorggezin. Daarnaast bieden landbouwbedrijven een geschikte zorgomgeving voor jongeren.

De meeste zorgouders zijn echtparen met eigen (al dan niet inwonende) kinderen.

Omschrijving project: flexibiliteit troef

De uitvoering van het project 'Kinderen/jongeren in zorggezinnen' ligt in handen van een multidisciplinair team, dat gekoppeld is aan het 'Mobiele Team Jongeren' van OPZ Geel, een team dat kinderpsychiatrische zorg aan huis aanbiedt (kortdurende intensieve begeleiding in de thuissituatie). Het team beschikt over expertise vanuit psychiatrische, orthopedagogische, pedagogische, verpleegkundige, psychologische en sociaal-administratieve invalshoek.

Elk kind of elke jongere en het bijhorend zorggezin heeft een eigen casemanager. De bezoeken en contactfrequentie fluctueert afhankelijk van de in tijd variërende noden. Dagelijks indien nodig, tot maandelijks indien de situatie dat toelaat. Begeleiding van ouders en de ruimere context kan tevens tot het takenpakket van de casemanager behoren, maar dit wordt deels ook opgenomen door zorgpartners uit andere sectoren.

OPZ Geel garandeert zorggezinnen 24 uur op 24 ondersteuning (somatisch, verpleegkundig, psychiatrisch) met indien nodig overname van zorg door een leefeenheid van het psychiatrisch zorgcentrum. In functie hiervan is er een permanentiedienst waarop de zorggezinnen beroep kunnen doen in het geval van een crisissituatie. Een crisisplan, samen met het zorggezin opge maakt, geeft naast een algemene situatieschets en een omschrijving van de problematiek aan welke stappen dienen te worden ondernomen in geval er zich een crisis voordoet buiten de gewone diensturen. De permanentiedienst en de garantie van overname van zorg is een voorwaarde om van start te gaan met opvang van kinderen en jongeren met een ernstige problematiek. Het zorgt ervoor dat zorggezinnen de

zorgopdracht met voldoende vertrouwen kunnen aanvangen.

Zorg op maat bieden vraagt maximale flexibiliteit. Hiermee werd de afgelopen periode volop geëxperimenteerd. Bij de begeleidingen die werden opgestart varieert de duur van het verblijf bij een zorggezin van een dag per week tot 7 dagen op 7, en alle variaties ertussen zijn mogelijk. Soms wordt een begeleiding slechts voor een beperkte duur opgestart, soms gaat het over het bieden van een vervangende aangepaste woonomgeving met behandeling, een nieuwe 'tweede thuis'. Nu eens ligt de focus op het ondersteunen van de ouders of de context, dan weer wordt de samenwerking met een zorggezin opgezet om een moeilijk lopende thuissituatie te ontzenuwen, wat ademruimte te creëren en mogelijks daarna de vastgelopen situatie te deblokken. Kortom psychiatrische gezinsverpleging is als formule in te zetten voor een breed scala aan psychiatrische hulpverlening.

Resultaten/vaststellingen

Psychiatrische pleegzorg blijkt in de praktijk een breed inzetbare, wat bijzondere vorm van behandeling. In de loop van het project werden in het totaal 30 kinderen en jongeren in begeleiding genomen. Een derde van hen verbleven of verblijven nog 7 dagen op 7 in het zorggezin. De anderen werden of worden nog partieel opgevangen door een gezin (met een variatie van 5 dagen op 7 tot 1 dag in de week). We konden daarbij rekenen op de medewerking van een 20-tal zorggezinnen.

Wonen bij een zorggezin, verblijven in een gezinscontext heeft als voordelen onder meer de ruimte voor individuele aandacht en de voorspelbaarheid geboden door vaste opvoedfiguren, wat zijn directe weerslag heeft op de ontwikkeling. Daarnaast zijn de ervaringen van

zorggezin in de dagelijkse omgang met de kinderen of jongeren in een 'natuurlijke' context bruikbaar in het diagnostische proces en de behandeling. Niet zelden werpt de frisse, niet-professionele blik van een zorggezin een ander licht op de problematiek en vooral op de ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen en jongeren.

Voor heel wat kinderen en jongeren die te kampen hebben met een dubbele problematiek is deelname aan het gezins- en maatschappelijk leven geen evidentie. Het project 'kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in behandelpleegzorg' toont aan dat zorggezin, die voldoende omkaderd en ondersteund worden, voor een aantal kinderen het niet evidente evident kunnen maken. Professionelen en zorggezin zetten elk hun eigen kracht en sterkte in voor een behandel formule die zich vlot laat modulieren naar variërende noden van cliënten en hun omgeving. Psychiatrische behandelpleegzorg is een uitgelezen middel tot het stimuleren en weer op gang brengen van ontwikkeling en het verhogen van de levenskwaliteit.

Effecten op cliëntniveau zijn weliswaar moeilijk te objectiveren, maar het algemene aanvoelen is dat de opname in een zorggezin een positieve bijdrage levert aan de ontwikkeling van de kinderen. Een van de cruciale succesfactoren in elk van de verhalen lijkt in ieder geval het mandaat van de natuurlijke context van het kind of de jongere te zijn: het mandaat dat ze geven aan de zorggezin om effectieve zorg op te nemen voor hun kind. De casemanagers gaan hier zorgvuldig mee om en besteden veel van hun begeleidingstijd aan het contextgericht werken.

“Een van de cruciale succesfactoren is het mandaat van de natuurlijke context aan de zorggezin.”

Zorgcontinuïteit is een van de pluspunten voor de betrokken jongeren. In de loop van het project bereikten enkele jongeren de volwassen leeftijd. Door de inbedding van het project in de bredere OPZ-pleegzorgstructuur behoort naadloze doorstroming naar de volwassenenwerking tot de mogelijkheden. De jongvolwassenen kunnen blijven wonen in hetzelfde zorggezin. De begeleiding van het zorggezin en van de jongere zelf wordt dan overgenomen door het volwassenenteam.

Als kwantitatief effect van het project is er daarnaast ook het gezondheids-economisch voordeel: door psychiatrische behandelpleegzorg komen er plaatsen vrij in MPI's die kunnen ingenomen worden door kinderen en jongeren die meer gebaat zijn bij een residentiële opvang. Daarnaast kan deze zorgvorm voorkomen dat kinderen en jongeren in duurdere residentiële zorg terecht komen. Psychiatrische behandelpleegzorg is an sich een relatief goedkope zorgvorm.

Toekomst: structurele verankering

De eerste begeleiding werd opgestart in maart 2009. Enige tijd na de start kon OPZ gedurende drie jaar rekenen op projectsubsidies in het kader van zorgvernieuwing van het VAPH (perspectief 2020) met als projectdoelstelling: "maximale kansen op ontwikkeling bieden aan kinderen/jongeren die te kampen hebben met een dubbele problematiek via de samenwerking met zorggezin die hun gezin voor deze kinderen open stellen." Structurele verankering is nu voorzien door de recente evoluties binnen de pleegzorgsector. Momenteel werken OPZ Geel en de vzw PPA, met respect voor mekaar's eigenheid, de samenwerking rond screening en attestering van zorggezin volgens de vooropgestelde decretale bepalingen verder uit. Ook rond werving en expertise-uitwisseling worden samenwerkingsmogelijkheden verkend.