



Handreiking Vaststellen Optimale Behandelduur MKD

April 2013

Deze handreiking is ontwikkeld vanuit het innovatieproject 'Geplande Behandelduur' (Juzt; 2011/2012)

Auteurs:

Karin Eijgenraam en Marjolein Knaap – Nederlands Jeugdinstituut
Eefje Strijbosch en Mariëtte van Brandenburg – Juzt Jeugd & Opvoedhulp

In samenwerking met professionals van:

Juzt, Stek, Spirit, Lindenhout, Kompaan en de Bocht, Combinatie Jeugdzorg

Financier:

Deze handreiking is mede tot stand gekomen met subsidie van de provincie Noord-Brabant in het kader van de subsidieregeling Innovatiefonds jeugdzorg 2010.

Provincie Noord-Brabant



1.0 Inleiding

Het vaststellen van de (optimale/benodigde) behandelduur is de laatste stap in het besluitvormingsproces van diagnostiek en indicatiestelling. Daarvoor moeten eerst de volgende vragen zijn beantwoord:

1. Wat zijn de aard en ernst van de problemen van de cliënt¹?
2. Welke bijkomende factoren kunnen van invloed zijn op de problematiek en behandeling? Denk aan beschermende en risicofactoren, effect van eerdere hulp, et cetera.
3. Welke behandeling heeft naar verwachting de beste resultaten (en is beschikbaar) en wie moeten daarbij betrokken worden (kind en/of ouders)?

Als sluitstuk komt dan de vraag aan de orde hoe intensief die behandeling zou moeten zijn en hoe lang de behandeling zou moeten duren.

Deze notitie poogt een handreiking te bieden voor het vaststellen van de behandelduur bij individuele casussen op het MKD. De handreiking is tot stand gekomen na literatuuronderzoek, en consultatie in twee expertmeetings (voorjaar 2011) waaraan MKD-medewerkers van diverse jeugdzorgorganisaties (Juzt, Stek, Spirit, Lindenhout, Kompaan en De Bocht, Combinatie Jeugdzorg) deelnamen. In een derde expertmeeting (voorjaar 2012) met medewerkers van dezelfde organisaties, is aan de hand van ervaringen bekeken hoe de handreiking nog verder verbeterd en verfijnd kon worden. U leest nu de versie waarin deze aanpassingen zijn verwerkt.

In het algemeen gaven de MKD-medewerkers (gedragswetenschappers, managers) tijdens de derde expertmeeting aan dat de handreiking in het primair proces:

- Helpt om aan ouders uit te leggen waarom een bepaalde behandelduur nodig is; zorgt voor transparantie, en kan samenwerking met ouders verbeteren;
- Doelgericht werken ten goede komt;
- Niet als een "glazen bol" is, maar wel richting geeft;
- Bij een groot deel van de casuïstiek helpend is om de benodigde behandelduur correct in te schatten. Bij een deel van de casussen is dit lastiger omdat je onder andere te maken hebt met onverwachte omstandigheden, en wachtlijsten.
- Gezien de snelle ontwikkelingen in de jeugdzorg, periodiek herzien zal moeten worden.

Voordelen van de handreiking op metaniveau die werden genoemd:

- In het kader van professionalisering is het goed om bij de onderbouwing van de behandelduur gebruik te maken van wetenschappelijk onderzoek, zoals gedaan wordt in deze handreiking;
- De handreiking kan helpen om knelpunten bij onderwijs, kinderopvang en vervolghulp eerder en concreter op tafel te krijgen;
- De handreiking biedt een transparant hulpmiddel in communicatie naar ketenpartners en financiers.

Deze notitie is als volgt opgebouwd: we kijken eerst naar typerende kenmerken van de doelgroep, vervolgens zetten we op een rij wat er bekend is over 'wat werkt' bij die doelgroep en tot slot beschrijven we de stappen van het besluitvormingsproces die leiden tot het vaststellen van een optimale behandelduur bij individuele casussen op het MKD.

¹ Jeugdige, ouders en eventuele andere gezinsleden.

2.0 Doelgroep

Om de doelgroep van het MKD nader te kunnen specificeren is een doelgroepanalyse gedaan op basis van 25 dossiers. Hiervoor hebben gedragsdeskundigen per dossier een formulier ingevuld waarin informatie over vijf gebieden wordt geordend en compact wordt samengevat. Deze vijf gebieden, de zogenoemde assen uit het classificatiesysteem Classificatie Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J, (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege & Oudhof, 2009)² zijn:

- Psychosociaal functioneren;
- Lichamelijke gezondheid, en aan lichaam gebonden functioneren;
- Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling;
- Gezin en opvoeding
- Jeugdige en omgeving

De doelgroep is beschreven aan de hand van deze vijf gebieden, waarbij vooral problemen en hulpvragen (behoefte aan hulp bij het leren van een bepaalde vaardigheid) aan de orde komen.

Enkele achtergrondgegevens van deze dossiers: de leeftijd varieert tussen de 2 en 6;3. Het gaat om 20 jongens (80%) en 5 meisjes (20%). De etniciteit is als volgt verdeeld: 17 kinderen Nederlands (68%), 3 Marokkaans (12%), 3 overig westers (12%), 1 Nederlandse Antillen (4%), 1 onbekend (4%).

2.1 Meest voorkomende problemen en hulpvragen

Een overzicht van de CAP-J categorieën die het meest werden gescoord in deze doelgroep:

1. De meeste problemen worden gescoord in de groep **Problemen in de cognitieve ontwikkeling (C100)**. Deze worden 28 keer gescoord, wat betekent dat gemiddeld bij elke cliënt 1,1 categorieën uit deze groep worden gescoord. Dat komt voor een groot deel voor rekening van de categorie *Problemen met schoolprestaties/leerproblemen (C101)*, bij maar liefst 20 van de 25 cliënten werd deze categorie gescoord (in deze categorie komen o.a. problemen met taal, spraak en motoriek voor). Ook de categorie *Aandachtsproblemen (C102)* komt regelmatig voor: 7 keer.
2. Een groep die bijna net zo vaak wordt gescoord is **Gedragsproblemen (A200)**. Deze worden 27 keer gescoord, deze problemen komen dus ook bij elke cliënt 1,1 keer voor. Binnen deze groep wordt de categorie *Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (A202)* 16 keer gescoord en de categorie *Druk en impulsief gedrag (A201)* 11 keer.
3. De groep problemen die daarna het meest gescoord wordt is **Emotionele problemen (A100)**. Bij 60% van de cliënten worden categorieën uit deze groep gescoord, met name *Angstproblemen (A102)* en *Introvert gedrag (A101)*, resp. 8 en 6 keer.
4. Een groep die bijna even hoog scoort is **Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding (D100)**. Bij 50% van de cliënten worden categorieën uit deze groep gescoord, met name *Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (D101)* en *Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak (D104)*, resp. 7 en 4 keer.
5. Ook de groep **Problemen van ouder (D500)** komt relatief vaak voor, bij 40% van de cliënten. Dit komt voor ruim de helft van die gevallen voor rekening van de categorie *Overmatige stress ouder (D509)*, namelijk 6 keer. Vaak gaat het om stress door een verhoogde belasting van ouders ten gevolge van de kindproblematiek.

De 'top 5' van meest genoemde hulpvragen zijn:

1. Behoefte aan de verbetering van vaardigheden op het gebied van taal, spraak, motoriek, waarneming, etc. (22x)
2. Behoefte aan het leren van sociale vaardigheden (14x)

² De Classificatie Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J) is speciaal voor de jeugdzorg ontwikkeld, ter aanvulling op de DSM. Is de DSM vooral bedoeld om *stoornissen* te classificeren, CAP-J biedt de mogelijkheid om *problemen* te classificeren; daarnaast zijn er ook problemen in het gezin en de omgeving van de jeugdige opgenomen. Op internet is een digitale versie te raadplegen (www.nji.nl/capi).

3. Behoeftte aan verbetering van de (basale) opvoedingsvaardigheden van één of beide opvoeders (12x)
4. Behoeftte aan vermindering van stress/draaglast bij (één van) de ouders (11x)
5. Behoeftte aan het leren begrijpen en zich houden aan normen, regels en afspraken (9x)

2.2 Veel voorkomende combinaties van problemen en hulpvragen

In een poging diverse doelgroepen te onderscheiden in de MKD-populatie, is een aantal beschrijvingen (aan de hand van diverse cases als voorbeeld) gemaakt, waarbij de meest in het oog springende problemen en behoeften zijn aangegeven³:

1. Kinderen met een *stoornis*⁴ (o.a. ASS, ADHD; een gediagnosticeerde stoornis of een vermoeden van een stoornis) en problemen in de ontwikkeling (met name de taal- en spraakontwikkeling). De jeugdige heeft behoefte aan een veilige en gestructureerde omgeving waarin het leren van vaardigheden om zich staande te houden in diverse (m.n. sociale) situaties centraal staat. De ouders hebben behoefte aan het leren van *specifieke* opvoedingsvaardigheden om met de problemen van hun kind om te kunnen gaan.
Kinderen komen niet vaak binnen bij het MKD met een duidelijke diagnose. Vaak is juist de eerste vraag "Wat is er aan de hand?". In de observatiefase moet kritisch bekeken worden of het MKD de juiste plek is voor het kind en wat ouders nodig hebben om weer verder te kunnen.
2. Kinderen waarbij *gedragsproblemen* op de voorgrond staan en daarnaast problemen in de ontwikkeling (met name de taal- en spraakontwikkeling). De jeugdige heeft behoefte aan een veilige en gestructureerde omgeving waarin het leren hanteren van impulsen en het leren begrijpen en zich houden aan regels centraal staat. De ouders hebben behoefte aan het leren van *basale* opvoedingsvaardigheden (m.n. op het gebied van sturing en overleg met de andere ouder).
Er is dus sprake van gedragsproblemen bij het kind, en ook van systeem- en opvoedproblematiek; oorzaak en gevolg relaties zijn hierbij niet bij voorbaat helder. Indien door de observatieperiode zou blijken dat de kern van de problematiek gelegen is in ernstige kindproblematiek én er is tevens geen sprake van een tekort in de *basale* opvoedingsvaardigheden, valt het kind mogelijk onder de eerste doelgroep⁵.
3. Kinderen waarbij *emotionele problemen* op de voorgrond staan en daarnaast problemen in de ontwikkeling (met name de taal- en spraakontwikkeling). Mogelijk is er sprake van een onderliggende stoornis, en/of opvoedings- en gezinsproblemen. De jeugdige heeft behoefte aan een veilige omgeving waarin het leren hanteren van emoties en het leren van vaardigheden om zich staande te houden in diverse (m.n. sociale) situaties centraal staat. De ouders hebben behoefte aan ondersteuning in de opvoeding waarin het leren van *basale* opvoedingsvaardigheden (m.n. op het gebied van stimulatie/steun geven en overleg met de andere ouder) aan de orde komt. Er is dus sprake van emotionele problematiek, en ook systeem- en opvoedproblematiek; oorzaak en gevolg relaties zijn hierbij niet bij voorbaat helder. Indien door de observatieperiode zou blijken dat de kern van de problematiek gelegen is in ernstige kindproblematiek én er is tevens geen sprake van een tekort in de *basale* opvoedingsvaardigheden, valt het kind mogelijk onder doelgroep 1.

2.3 Factoren die van invloed zijn op de behandeling

³ Het gaat slechts om een typering op basis van een aantal dossiers. Het betreft dus géén representatieve steekproef! Zo waren er in de 25 dossiers geen dossiers aanwezig van kinderen jonger dan 2 jaar; waren die er wel geweest dan was er wellicht nog een groep uitgekomen waarin medische problemen vooral op de voorgrond staan, in combinatie met ontwikkelingsproblemen. De doelgroepen zijn voorgelegd in een expertmeeting met MKD-medewerkers van Just en andere organisaties; op basis van hun feedback is een aantal nuanceringen gedaan.

⁴ In de dossiers kwamen we de volgende stoornissen tegen: 2x ASS, 3x kenmerken/vermoeden ASS, 1x ontwikkelingsstoornis, 1x regulatiestoornis. ADHD kwamen we niet tegen, terwijl uit navraag bleek dat dit wel voorkomt in de cliëntenpopulatie.

⁵ Dit gaat alleen op als die kindproblematiek aan de basis ligt van de systeem-/opvoedproblematiek.

Tijdens een expertmeeting met medewerkers van Juzt hebben we geïnventariseerd welke factoren van invloed kunnen zijn op de behandeling en daarmee de behandelduur. Deze zijn onder te verdelen in drie groepen:

A. Cliëntfactoren:

1. Aard van de problematiek van kind en gezin
2. Ernst van de problematiek van kind en gezin
3. Draagkracht/draaglast opvoeder(s)
4. Leerbaarheid opvoeder(s)
5. Betrokkenheid en stabiliteit van het gezin
6. Motivatie van opvoeder(s)
7. Hulpbronnen in het netwerk
8. Biologische factoren

B. Behandelfactoren:

1. Mate van effectiviteit van interventies
2. Structuur/fasering in de behandeling
3. Mate van doelgerichtheid
4. Perspectief na de behandeling
5. Trajectbenadering in de keten

C. Organisatorische factoren:

1. Efficiëntie van het behandelproces (o.a. doelmatigheid)
2. Tijdige en flexibele inzet van interventies
3. Professionaliteit/deskundigheid van medewerkers
4. Beschikbaarheid van vervolghulp/onderwijs
5. Ketensamenwerking

Voor het vaststellen van de optimale behandelduur bij elke individuele cliënt zijn vooral de cliëntfactoren van belang, deze worden gebruikt om te bepalen hoeveel tijd er nodig is voor de behandeling. De ene factor zal de behandelduur verlengen (hoe ernstiger de problematiek, hoe langer er nodig is om deze te behandelen), de andere factor zal de behandelduur verkorten (des te meer de ouders betrokken zijn, des te sneller ze veranderingen kunnen bewerkstelligen). Voor elke individuele cliënt zal op maat de optimale behandelduur vastgesteld moeten worden, maar voor bepaalde cliëntgroepen is dit mogelijk ook al te voorspellen.

De behandel- en organisatorische factoren zijn ook te typeren als randvoorwaarden die, indien deze zijn vervuld, de behandelduur niet onnodig zullen verlengen. Die twee laatste groepen factoren zijn daarom wel van belang bij het inrichten van het werkproces, maar bij het vaststellen van de behandelduur van elke cliënt zijn ze minder van belang.

3.0 Wat werkt bij deze doelgroep?

In de literatuur hebben we gezocht naar wat werkt bij de doelgroep op het MKD. De uitkomsten daarvan komen overeen met het artikel 'Wat werkt in de daghulp?' van Karen van Rooijen van het Nederlands Jeugdinstituut (2010), hierin staat dit alles overzichtelijk weergegeven. In het kort schetsen we uit dat artikel de belangrijkste bevindingen.

Van Rooyen haalt Hermanns (2005) aan die twee follow-up studies beschrijft naar de ontwikkeling van kinderen die medische kleuterdagverblijven hebben bezocht. Uit beide studies kwam naar voren dat de behandeling voor de helft van de kinderen effectief was, ook nog na enkele jaren. Zij hadden geen nieuw contact met de jeugdzorg nodig. Als de gezinssituatie daarentegen problematisch bleef en er weinig ondersteuning mogelijk was, volgde juist vaak al snel een nieuwe aanmelding bij de jeugdzorg. Mede door deze bevindingen is er meer aandacht gekomen voor de hulp aan gezinnen en voor het opbouwen van ondersteunende netwerken rond gezinnen.

Dagbehandeling is mogelijk maar voor een beperkte groep kinderen effectief. Verschillende studies laten zien dat minder vaak positieve effecten worden behaald bij kinderen met ernstige gedragsproblemen dan bij andere groepen. Kinderen met minder ernstige stoornissen hebben na daghulp een grotere kans op terugkeer in het reguliere onderwijs (voor bronnen zie Van Rooijen, 2010).

Factoren die van invloed blijken op de uitkomsten van dagbehandeling zijn:

- ernst problemen: hoe ernstiger de diagnose, hoe minder groot het effect dat wordt bereikt;
- aard problemen: internaliserende problemen beter te behandelen dan externaliserende problemen, gedragsmatige verandering makkelijker te bereiken dan verbetering schoolprestaties;
- een verleden met kindermisbruik, middelenmisbruik door de ouders, suïcidaal gedrag, en aanvallend of destructief gedrag zijn significant gerelateerd aan residentiële plaatsing na afronding van de dagbehandeling;
- biologische factoren (zoals aanwezigheid van problemen tijdens de zwangerschap van de moeder zoals infecties, alcoholmisbruik, ernstige ziekte of drugsmisbruik door de moeder tijdens de zwangerschap en perinatale complicaties) kunnen een sterke invloed uitoefenen op het behandelresultaat;
- motivatie, betrokkenheid en stabiliteit van het gezin tijdens en na de behandeling zijn belangrijk voor positieve effecten: de medewerking van ouders blijkt zelfs de belangrijkste voorspellende variabele voor de behandeluitkomst.

Elementen die de effectiviteit kunnen vergroten:

- ontwikkeling schoolse vaardigheden;
- interventies bieden in de eigen omgeving van het gezin (*home visitation*);
- aandacht voor basisbehoeften gezin (dus ook praktische problemen –laten- aanpakken);
- actief betrekken van het gezin bij de behandeling (indien nodig verplicht);
- expliciet en gestructureerd aandacht besteden aan sociale en probleemoplossende vaardigheden van kinderen;
- actief modelleren van vaardigheden, audiovisuele hulpmiddelen en *take home* materialen (vergroot de kans op blijvende ouderparticipatie);
- systematisch toepassen van sociale leerprincipes, zoals het versterken van positief gedrag;
- coördinatie van nazorg.

Naast het literatuuronderzoek naar wat werkt, hebben we ook gekeken naar wat er bekend is over het vaststellen van de (optimale) behandeluur. Onderzoek wijst vooralsnog echter niet uit wat de geschikte verblijfsduur is om met daghulp langdurige gedragsmatige veranderingen teweeg te brengen. De weinige onderzoeken die er naar zijn gedaan, leveren zelfs tegenstrijdige resultaten op. Zo vond één studie dat kinderen die langer dan een jaar daghulp hadden ontvangen vaker integreerden in het reguliere onderwijs dan kinderen die minder dan een jaar hulp hadden ontvangen. In een ander onderzoek werd daarentegen juist vooruitgang in het eerste half jaar van de behandeling

gevonden; daarna trad stabilisatie op en op termijn was er zelfs sprake van een lichte terugval (Van Rooijen, 2010).

We hebben wel wat cijfers kunnen vinden over de *gemiddelde* behandelduur. De gemiddelde behandelduur in de dagbehandeling in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg was in 2004 twaalf maanden (let wel: dit gaat niet alleen om dagbehandeling van jongere kinderen, maar ook om dagbehandeling voor oudere jeugd). In 2008 is de gemiddelde verblijfsduur 10,3 maanden (Stevens en anderen, 2007). Omdat het om gemiddelden gaat, van bovendien nogal uiteenlopende vormen van behandeling, zeggen deze cijfers niet zo veel. Voor het vaststellen van een *optimale* behandelduur per cliënt geven ze weinig houvast. De ene cliënt heeft nu eenmaal meer tijd nodig dan de andere om gedrag te veranderen, dit is niet alleen afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek maar ook van andere factoren die van invloed zijn op de benodigde vorm en duur van de behandeling. Al deze factoren zijn van belang om in kaart te brengen om aan de hand daarvan de benodigde behandelduur te kunnen vaststellen.

Vaststellen optimale behandelduur

Na de hierboven beschreven inleiding over de doelgroep op het MKD, en wat uit onderzoek bekend is over 'wat werkt', wordt in dit hoofdstuk een handreiking gegeven om bij individuele casussen de optimale behandelduur vast te stellen.

Tijdens de observatiefase in een behandeltraject wordt geanalyseerd en beoordeeld welke problemen precies aan de orde zijn en welke behandeling (naast de groepsbehandeling, welke therapieën, ouderbegeleiding etc.) daarvoor geïndiceerd is. Aan het eind van die fase worden de bevindingen met ouders besproken en wordt de benodigde behandelduur bepaald. De einddatum van de behandeling wordt daarmee in principe vastgesteld, en met deze einddatum wordt rekening gehouden in de formulering van de te behalen einddoelen en werkdoelen.

Het vaststellen van de behandelduur gaat in drie stappen (welke in de volgende paragrafen beschreven worden):

1. Basisduur behandeling vaststellen op grond van de aard en ernst van de problematiek
2. Beoordelen van factoren die van invloed kunnen zijn op de behandeling
3. Afwegen in hoeverre die factoren van invloed zijn op de behandelduur

4.1 Basisduur behandeling vaststellen

Bij deze eerste stap gaat het vooral om het vaststellen van de aard en ernst van de problematiek. De volgende vragen zijn van belang:

- Is de kern van de problematiek gelegen in kindproblematiek, heeft de systeem- en opvoedproblematiek de overhand, of is er sprake van een sterke verwevenheid van de verschillende problemen?
- Welke doelgroepstypering (1, 2 of 3) is het meest passend? In het stappenschema (bijlage) staat bij elk van de drie doelgroepen vermeld hoe de basisduur van de behandeling werd ingeschat tijdens de expertmeeting met professionals werkzaam bij verschillende MKD's (van Juzt, Stek, Spirit, Lindenhout, Kompaan en De Bocht, Combinatie Jeugdzorg).
- Is er sprake van specifieke kindfactoren die de benodigde behandelduur kunnen beïnvloeden?
- Is er sprake van biologische factoren die een impact kunnen hebben op de aard en ernst van de problematiek?
- Hoe leerbaar zijn ouders? Dit bepaalt grotendeels in hoeverre verwacht kan worden of de ouders in staat zijn hun gedrag te veranderen.

4.2 Beoordelen van factoren die van invloed kunnen zijn op de behandeling

De factoren die van invloed kunnen zijn op de behandeling, én mogelijk beïnvloedbaar zijn door het inzetten van daarvoor geschikte interventies, zijn ingedeeld in een aantal categorieën, namelijk 'balans draagkracht/draaglast', 'stabiliteit gezin', 'motivatie ouder(s)' en 'hulpbronnen netwerk'⁶.

Hieronder worden per factor mogelijke opties genoemd. De kleur van het opsommingsteken geeft aan in hoeverre er invloed is op de behandelduur. Groen staat hierbij voor 'geen langere behandelduur nodig', oranje voor 'duur licht opplussen' (bijvoorbeeld met 1 maand extra) en rood voor 'duur fors opplussen' (bijvoorbeeld met 3 maanden extra).

➤ Balans draagkracht/draaglast

- Gunstige balans: draaglast laag / draagkracht hoog
- Balans kwetsbaar: draaglast laag / draagkracht laag
- Balans kwetsbaar: draaglast hoog / draagkracht hoog

⁶ Bij de expertmeeting in maart 2011 hebben we ook nog de factoren 'leerbaarheid ouders' en 'biologische factoren' genoemd, maar bij nader inzien lijkt het beter deze factoren mee te wegen bij de aard en ernst van de problematiek omdat het om een gegeven gaat en geen factoren die nog te beïnvloeden zijn. Terwijl de andere factoren mogelijk wel beïnvloedbaar zijn en daarop de behandeling of begeleiding ook gericht zal zijn.

- Uit balans: draaglast hoog / draagkracht laag
- **Stabiliteit gezin**
 - Gezins situatie is stabiel en veilig⁷
 - Instabiele of onveilige gezinssituatie (bijv. vanwege scheiding, wisselende gezinssamenstelling, conflictueuze relaties, et cetera)
- **Motivatie ouder(s)**
 - Ouders zijn gemotiveerd voor verandering
 - Ouders zien het nut van verandering, maar zijn nog niet bereid/in staat om te veranderen
 - Ouders zien het nut van verandering nog niet
- **Hulpbronnen netwerk**
 - Voldoende steun in het netwerk
 - Netwerk aanwezig, maar ouders maken er te weinig gebruik van
 - Onvoldoende steun in het netwerk

We hebben hier niet beschreven hoe bovenstaande factoren beoordeeld zouden moeten worden. Ieder MKD heeft daar wellicht eigen hulpmiddelen voor (bijvoorbeeld anamnese, systeemanalyse, competentieanalyse). Bij het verder ontwikkelen van deze handreiking zouden daarvoor hulpmiddelen of een checklist ontwikkeld kunnen worden.

4.3 Afwegen: 'opplussen' behandelduur nodig?

Nadat de factoren die van invloed kunnen zijn op de behandelduur zijn beoordeeld, wordt een afweging gemaakt in hoeverre dit de behandelduur daadwerkelijk zal verlengen of verkorten. Dit is geen simpele optelsom van oranje en rode bolletjes, maar hangt af van de mogelijkheid om activiteiten tegelijkertijd dan wel na elkaar te doen. Zo kan het bijvoorbeeld mogelijk zijn om tegelijkertijd te werken aan het vergroten van de motivatie van ouders en het versterken van het netwerk. Maar het kan ook zo zijn dat er eerst gewerkt moet worden aan de ene factor (bijv. balans draagkracht/draaglast) voordat er gewerkt kan worden aan de andere factor (stabiliteit gezin). In de bijlage is een stappenschema opgenomen waarin bovenstaande overzichtelijk is weergegeven. Dit schema kan als hulpmiddel gebruikt worden bij de afweging en beoordeling van de benodigde behandelduur. Die afweging kan bij elke cliënt weer anders uitvallen, het gaat om een beoordeling voor elke individuele casus.

⁷ Veiligheid is een factor waar we steeds meer grip op krijgen, o.a. met behulp van het Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK). Soms is het nodig om eerst aan veiligheid te werken en daarna pas aan opvoedingsvaardigheden.

BIJLAGE: stappenschema vaststelling optimale behandelduur

1a. Basisfactoren voor het bepalen van de duur van de behandeling (markeer: bij welk van de drie doelgroepen past de cliënt het beste?)			
	Typering	Doel behandeling	Basisduur behandeling
Aard en ernst problematiek	<p>Doelgroep 1: Kinderen met een stoornis (o.a. ASS, ADHD; een gediagnosticeerde stoornis of vermoeden van), en problemen in de ontwikkeling (m.n. de taal- en spraakontwikkeling). Ouders zijn in principe capabele opvoeders.</p> <p>N.B. Kinderen komen niet vaak binnen bij het MKD met een duidelijke diagnose. Vaak is juist de eerste vraag "Wat is er aan de hand?".</p>	<p>Kind heeft vaardigheden geleerd om zich (beter) staande te houden in diverse (m.n. sociale) situaties, en hij/zij in staat is (regulier) onderwijs te gaan volgen. Kind heeft ontwikkelingsachterstand ingelopen, voor zover haalbaar.</p> <p>Ouders hebben specifieke opvoedingsvaardigheden geleerd waardoor ze beter in staat zijn om met de problemen van het kind om te gaan.</p>	6 maanden
Aard en ernst problematiek	<p>Doelgroep 2: Kinderen waarbij gedragsproblemen op de voorgrond staan en daarnaast problemen in de ontwikkeling (met name de taal- en spraakontwikkeling). Ouders hebben ontoereikende opvoedingsvaardigheden (o.a. op het gebied van sturing, overleg en afstemming met de andere ouder).</p> <p>Er is dus sprake van gedragsproblemen bij het kind, en ook van systeem- en opvoedproblematiek. Oorzaak en gevolgrelaties zijn hierbij niet bij voorbaat helder⁸.</p>	<p>Kind heeft geleerd om impulsen te hanteren en regels te begrijpen en zich er aan te houden, en hij/zij in staat is (regulier) peuterspeelzaal en/of onderwijs te gaan volgen. Kind heeft ontwikkelingsachterstand ingelopen, voor zover haalbaar.</p> <p>Ouder-kind interactie is verbeterd. Ouders hebben die opvoedingsvaardigheden geleerd waardoor ze beter in kunnen spelen op de behoefte en opvoedvraag van het kind zodat de gedragsproblemen verminderen c.q. opgeheven worden.</p>	Indien oorzaak alleen in systeem- en opvoedproblematiek: 3 maanden
			Indien verwevenheid systeem- opvoedproblematiek en kindproblematiek: 9 maanden
Aard en ernst problematiek	<p>Doelgroep 3: Kinderen waarbij emotionele problemen op de voorgrond staan, en daarnaast problemen in de ontwikkeling (met name de taal- en spraakontwikkeling). Ouders hebben ontoereikende opvoedingsvaardigheden (o.a. op het gebied stimulatie/steun geven en overleg met de andere ouder). Er is dus sprake van emotionele problematiek bij het kind, en ook van systeem- en opvoedproblematiek. Oorzaak en gevolgrelaties zijn hierbij niet bij voorbaat helder</p>	<p>Kind heeft geleerd om emoties te hanteren en heeft vaardigheden geleerd om zich staande te houden in (m.n. sociale) situaties, zodat hij/zij in staat is (regulier) onderwijs te gaan volgen. Kind heeft ontwikkelingsachterstand ingelopen, voor zover haalbaar.</p> <p>Ouders hebben die opvoedingsvaardigheden geleerd waardoor ze beter in kunnen spelen op de behoefte en opvoedvraag van het kind zodat de emotionele problemen verminderen c.q. opgeheven worden.</p>	Indien oorzaak alleen in systeem- en opvoedproblematiek: 3 maanden
			Indien verwevenheid systeem- opvoedproblematiek en kindproblematiek: 6 maanden

⁸ Om die reden worden bij de doelgroepen 2 en 3 in de kolom "basisduur behandeling" twee niveau's onderscheiden.

1b. Specifieke kindfactoren die de behandelduur kunnen beïnvloeden (markeer: welke factoren spelen een rol; consequenties voor behandelduur?)		
Denk hierbij o.a. aan: Leeftijd, ontwikkelingsniveau, aanwezigheid van ontwikkelingsstoornis, motorische of sensorische integratieproblematiek, algemene gezondheid kind, actuele medische problemen, syndroom, kno-problemen, eetproblemen, leerbaarheid kind, temperament. Overig, niet genoemd: _____		+/- ... maanden
1c. Meewegen niet-beïnvloedbare factoren. (Vink aan wat van toepassing is; heeft dit consequenties voor de behandelduur?)		
Biologische factoren	<input type="checkbox"/> Geen problemen tijdens de zwangerschap of geboorte <input type="checkbox"/> Infecties, alcoholmisbruik, ernstige ziekte of drugsmisbruik moeder tijdens zwangerschap; Peri-/ pre-/ postnatale complicaties	+/- ... maanden
Leerbaarheid ouder(s)	Zaken die hierbij o.a. een rol kunnen spelen: niveau/opleiding/werk van ouders, reflectievermogen. <input type="checkbox"/> Ouders zijn in staat te leren van verbale instructies <input type="checkbox"/> Ouders zijn in staat te leren van verbale instructies, in combinatie met voordoen en oefenen <input type="checkbox"/> Ouders zijn onvoldoende in staat te leren van instructies, voordoen, oefenen; hebben blijvende ondersteuning nodig	+/- ... maanden
2. Factoren die van invloed kunnen zijn op de duur van de behandeling, én mogelijk te beïnvloeden zijn. (Vink aan wat van toepassing is; heeft dit consequenties voor de behandelduur?)		
Balans draagkracht/ draaglast	Zaken die hierbij o.a. een rol kunnen spelen: Problematiek of ziekte van ouder(s) / brusje(s), life events, scheiding, belaste voorgeschiedenis, verwachtingspatronen reëel / irreëel . <input type="checkbox"/> Gunstige balans: draaglast laag / draagkracht hoog <input type="checkbox"/> Balans kwetsbaar: draaglast laag / draagkracht laag <input type="checkbox"/> Balans kwetsbaar: draaglast hoog / draagkracht hoog <input type="checkbox"/> Uit balans: draaglast hoog / draagkracht laag	+/- ... maanden

Stabiliteit gezin	<p>Zaken die hierbij o.a. een rol kunnen spelen: Veiligheid, samenwerking/ communicatie tussen ouders, taakverdeling naar tevredenheid van beide ouders, stabiele woon- en financiële situatie, huishouden op orde, gezinsklimaat en opvoedingsstijl, eerdere ervaring met hulpverlening.</p> <p><input type="checkbox"/> Gezinssituatie is stabiel en veilig</p> <p><input type="checkbox"/> Instabiele of onveilige gezinssituatie (bijv. vanwege scheiding, wisselende gezinssamenstelling, conflictueuze relaties, et cetera)</p>	+/- ... maanden
Motivatie ouder(s)/ opvoeder(s)	<p>Zaken die hierbij o.a. een rol kunnen spelen: Plaatsing wel/ niet vrijwillig, acceptatie van eigenheid/problematiek van het kind, concrete hulpvraag voor kind en voor zichzelf, inzicht in eigen aandeel in interactie met kind, beschikbaarheid van beide ouders om deel te nemen aan de behandeling.</p> <p><input type="checkbox"/> Ouders zijn gemotiveerd voor verandering</p> <p><input type="checkbox"/> Ouders zien het nut van verandering, maar zijn nog niet bereid/in staat om te veranderen</p> <p><input type="checkbox"/> Ouders zien het nut niet van verandering</p>	+/- ... maanden
Hulpbronnen netwerk	<p>Zaken die hierbij o.a. een rol kunnen spelen: Begrip/steun van grootouders / familie / vrienden, fysieke bereikbaarheid van familie / vrienden, contacten in de buurt, overige hulpverleners van gezinsleden en bereidheid tot afstemming.</p> <p><input type="checkbox"/> Voldoende steun in het netwerk</p> <p><input type="checkbox"/> Netwerk aanwezig, maar ouders maken er te weinig gebruik van</p> <p>Onvoldoende steun in het netwerk</p>	+/- ... maanden

3. Afwegen: opplussen behandelduur nodig?

Afwegingen:

- In hoeverre is verlenging behandelduur nodig gezien bovenstaande factoren?
- Dit is geen simpele optelsom van oranje en rode vakjes, maar hangt af van de mogelijkheid om activiteiten tegelijkertijd dan wel na elkaar te doen. Zo kan het bijvoorbeeld mogelijk zijn om tegelijkertijd te werken aan het vergroten van de motivatie van ouders en het versterken van het netwerk. Maar het kan ook zo zijn dat er eerst gewerkt moet worden aan de ene factor (bijv. balans draagkracht/draaglast) voordat er gewerkt kan worden aan de andere factor (stabiliteit gezin).
- Die afweging kan bij elke cliënt weer anders uitvallen, het gaat om een beoordeling voor elke individuele casus, waarbij de huidige richtlijn een denkrichting aangeeft.

Conclusie optimale behandelduur

Periode observatie en evt. diagnostiek (plus evt. instellen van medicatie) maanden
Basisduur behandeling: maanden
<u>Beïnvloedende factoren:</u> maanden +/-
Totale behandelduur maanden