

EUR Research Information Portal

Gedeelde Gezinszorg met Verblijf

Publication status and date:

Published: 02/10/2024

DOI (link to publisher):

[10.54447/jio.18127](https://doi.org/10.54447/jio.18127)

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document License/Available under:

CC BY

Citation for the published version (APA):

Harder, A., Zeinstra, L., Barth, R., & Lee, B. (2024). Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen. *Jeugd in Ontwikkeling*, 1(2). <https://doi.org/10.54447/jio.18127>

[Link to publication on the EUR Research Information Portal](#)

Terms and Conditions of Use

Except as permitted by the applicable copyright law, you may not reproduce or make this material available to any third party without the prior written permission from the copyright holder(s). Copyright law allows the following uses of this material without prior permission:

- you may download, save and print a copy of this material for your personal use only;
- you may share the EUR portal link to this material.

In case the material is published with an open access license (e.g. a Creative Commons (CC) license), other uses may be allowed. Please check the terms and conditions of the specific license.

Take-down policy

If you believe that this material infringes your copyright and/or any other intellectual property rights, you may request its removal by contacting us at the following email address: openaccess.library@eur.nl. Please provide us with all the relevant information, including the reasons why you believe any of your rights have been infringed. In case of a legitimate complaint, we will make the material inaccessible and/or remove it from the website.

Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Annemiek Harder¹, Lysbert Zeinstra¹, Richard Barth² en Bethany Lee²

¹*Youth and Family, Erasmus School of Social and Behavioural Sciences, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, Nederland* | ²*School of Social Work, University of Maryland, College Park, Maryland, USA*

Samenvatting Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks complexe en meervoudige problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk 'uit huis' te plaatsen en te behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma's met gedeelde gezinszorg met verblijf in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksgroepen. We hebben drie belangrijke typen van 'gedeelde gezinszorg met verblijf' geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectief ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorgprogramma's (GRZ) omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma's waren uitsluitend gericht op kinderen. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op de behandeling. We beschrijven programma's die momenteel in de praktijk worden uitgevoerd en elk type gedeelde gezinszorg met verblijf illustreren. Hoewel er nog weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van deze programma's kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden gedeelde gezinszorg met verblijf, gezinnen, residentiële zorg, ouders, modellen, pleegzorg

1 Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen te beschermen en gezinnen bij elkaar te houden (Berrick, 2017). Deze verantwoordelijkheid heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg (bijv. Kokerelias et al., 2019). Er bestaat een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren

Artikelgeschiedenis

Ontvangen: 1 december 2023
Geaccepteerd: 26 juni 2024
Online: 2 oktober 2024

Contactpersoon

Annemiek Harder,
harder@essb.eur.nl

Copyright

© Author(s); licensed under
[Creative Commons Attribution 4.0](#). This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

Financiering Onderzoek

De studie is mede mogelijk gemaakt door subsidie van Stichting tot Steun vcvgz (project 263), toegekend aan AH.

Belangen

De auteurs hebben geen belangen te vermelden.

Themanummer

Dit artikel is onderdeel van het themanummer "Gezinnen met meervoudige en complexe problemen".

door ouders en traumatisch kan zijn voor zowel kinderen als ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis een punt van zorg, aangezien het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw uit huis wordt geplaatst, in veel landen zorgwekkend is (Hébert et al., 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Parolini et al., 2018).

Een andere ontwikkeling die samenhangt met de bezorgdheid over uithuisplaatsingen, is het verminderde gebruik van residentiële zorg in veel landen. De focus op deinstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het voorkomen van uithuisplaatsingen en op het zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld waarbij gezinnen met complexe en meervoudige problemen gezamenlijk worden opgenomen en behandeld. Deze programma's bieden een combinatie van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde gezinszorg met verblijf (Shared Family Care). Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg met verblijf is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt (Barth, 1994).

2 Definitie van Gedeelde Gezinszorg met Verblijf

Gedeelde gezinszorg met verblijf omvat het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige zorg en opvoeding thuis door de ouder(s) (Barth & Price, 1999). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg met verblijf, namelijk: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het residentiële programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te ondersteunen en te helpen vaardigheden te ontwikkelen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met individuele cliënten, kan een gedeeld gezinszorgprogramma zich richten op zowel de behoeften van de ouder (inclusief bijvoorbeeld diens middelengebruik of opvoedingscapaciteit) als de behoeften van het kind (bijvoorbeeld intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg).

Een programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf erkent het belang van het behoud van het gezin als een hechte eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. Sommige programma's richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020), maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen of ouders – afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben.

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden. Zo publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) aan het eind van de vorige eeuw een compendium over *'Whole Family Care'* (cf. Baxter & Cummins, 1991) waarin vijftig gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis – behalve de residentiële programma's voor verslaafde ouders.

Twee-generatiebenaderingen (AECF, 2024) zoals gedeelde gezinszorg met verblijf, trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak getraumatiseerd zijn door hun eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer aandacht voor traumasensitief werken en traumasensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020; Marsman, 2021; Widom et al., 2012).

3 Korte Geschiedenis van de Gedeelde Gezinszorg met Verblijf

Eerdere ontwikkelingen rondom gedeelde gezinszorg met verblijf laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorgprogramma's die al minstens veertig jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse 'Barnbyn Ska' (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting waar medewerkers vaststelden dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes

met gezinnen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kinderbescherming. Een tweede gedeeld gezinszorgprogramma was 'Mead House', dat opereerde vanuit een groot huis dat acht à tien gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, zeven dagen per week beschikbaar voor mentorschap en crisisinterventie. Een derde model was 'Whole Family Care' in Minnesota, Verenigde Staten (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het 'Shared Family Care program' in Noord-Californië (Barth & Price, 1999; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze bestonden allemaal minstens tien jaar, sommige twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's kreeg veel belangstelling en veel bezoekers, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorgprogramma's op andere plekken te ontwikkelen. Geen van deze programma's heeft behandelbeoordelingen met experimentele onderzoeksdesigns uitgevoerd. Daarbij zijn de programma's nu gesloten – grotendeels door gebrek aan financieringsstromen om dit soort programma's te ondersteunen. Wat in het sluiten van de programma's mee kan spelen is dat de conventionele manier om kinderen te beschermen door ze bij hun ouders weg te halen, ondanks de beweging richting gezinsgerichte zorg, nog vrij gangbaar is in de huidige zorgsystemen.

4 Onderzoeksgegevens ter Ondersteuning van Gedeelde Gezinszorg met Verblijf

Onderzoek naar gedeelde gezinszorgprogramma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg met verblijf experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De methodologisch sterkste, maar niet experimentele studie was die van Price en Wichterman (2003). Zij vergeleken de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg met verblijf met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het gedeelde gezinszorgprogramma met succes af en van die groep ging 71% zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek. Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat iets lager was dan de 20% bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren negentig kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Geaggregeerde gegevens verzameld in een landelijke evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsverandering bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig gestopt (soms vanwege te weinig deelnemers in relatie tot de hoge kosten van het programma) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Regionaal uitgevoerde evaluaties laten uitdagingen zien in het uitvoeren van programma's die volledige cliëntbezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kosteneffectiviteitsanalyses die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met het bieden van geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma (Wilder Research & Volunteers of America, 2019).

5 Doel van Deze Studie

Het doel van deze studie is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te karakteriseren, en voorbeelden te geven van gedeelde gezinszorgprogramma's. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorgprogramma's voor individueel verblijf van kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie van programma's in de praktijk die, als er empirische steun voor is, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg met verblijf in de komende decennia.

6 Methode

6.1 Respondenten

We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale onderzoeksgroepen op het gebied van residentiële zorg en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken.

Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg met verblijf deelden.

Tabel 1 Benaderde (inter)nationale netwerken van onderzoekers in de pleegzorg en residentiële jeugdhulp

Netwerk

Academische Werkplaats Risicojeugd (Nederland)

Baptist Coalition for Children and Families (Verenigde Staten)

The Board of Child Care (BCC) (Verenigde Staten)

The Child Welfare League of America (CWLA)

Eurochild

Het bestuur van de European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF)

International Association of Outcomes Based Evaluation and Research (IAOBER)

International Research Network on Transitions to Adulthood from Care (INTRAC)

FICE International en FICE Nederland

The International Work Group for Therapeutic Residential Care (TRC)

Het Nederlands Jeugdinstituut (Kennisnetwerk residentiële jeugdhulp)

sos Kinderdorpen (internationale en Nederlandse vereniging)

Het lectoraat Residentiële Jeugdzorg van de Hogeschool Leiden

Noot. De netwerken die hebben gereageerd zijn vetgedrukt.

6.2 Instrumenten

In een vragenlijst die we aan de onderzoeksgroepen en onze netwerken hebben voorgelegd hebben we gevraagd naar 1) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; 2) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en 3) eventuele andere suggesties of gedachten over dit onderwerp. Het doel van de vragenlijst was om programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd te beschrijven.

6.3 Procedure

De respondenten noemden samen 36 programma's die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's hebben we aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij ons voordat we de netwerken benaderden, waaronder via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf geïdentificeerd voor verder onderzoek.

6.4 Wat We Hebben Uitgesloten

Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg met verblijf die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij het effectief opvoeden van kinderen bieden (Barth, 1994), hebben we niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en honderden programma's daarvan worden nog steeds aangeboden (Wilder, 2019), ook buiten de VS (bijv. Brijder, 2022). Daarnaast hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Basuk, et al., 2014) uitgesloten. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf.

6.5 Data-Analyse

Voor elk van de programma's hebben we verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde hebben we het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie hebben we de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als 'ja', 'nee' of 'onzeker'). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er

onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, hebben we schriftelijk en/of mondeling contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te vragen.

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus tussen alle auteurs, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg met verblijf volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting ($n=7$); residentiële plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun familie ($n=3$); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling ($n=1$) en uitsluitend gericht op respijtzorg ($n=1$). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten. Drie programma's werden uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg met verblijf, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, was er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen hebben we de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf die worden geïntroduceerd en volledig beschreven in de resultaten. Een aantal actieve programma's die elke categorie typeren worden ook beschreven.

7 Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg met verblijf naar voren. De categorieën classificeren de programma's op basis van de mate waarin ze zich richten op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap, en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;
2. Gedeelde residentiële zorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;
3. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onder-

deel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. GPZ en GRZ lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt RGB van GPZ en GRZ, omdat bij RGB ouders de zorg voor hun kinderen niet expliciet delen met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). RGB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

In RGB-programma's worden gezinnen ondersteund door hulpverleners, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kindgroepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. Het verschilt daarom van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerkend is voor GPZ- en GRZ-programma's. Tabel 2 geeft de geografische locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf weer die in onze evaluatie zijn opgenomen.

7.1 Hoe Ziet Gedeelde Gezinszorg met Verblijf Eruit?

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg met verblijf en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programmakenmerken samen.

Tabel 2 Geografische locatie van programma's voor gedeelde gezinszorg

	Gedeelde pleegzorg (GPZ)	Gedeelde residentiële zorg (GRZ)	Residentiële gezinsbehandel- programma's (RGB)	Totaal
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
Noord-Amerika	1	2	1	4
VS	0	2	1	3
Canada	1	0	0	1
Europa	0	9	7	16
Zweden	0	1	0	1
Nederland	0	5	4	9
Zwitserland	0	2	3	5
Italië	0	1	0	1
Azië	0	1	0	1
Israël	0	1	0	1
Oceanië	0	0	2	2
Australië	0	0	1	1
Nieuw Zeeland	0	0	1	1
Totaal	1	12	10	23

7.2 De Doelgroep

De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die we hebben gevonden bedienen een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en uithuisplaatsing van het kind (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).

7.3 Fysieke Omgeving en Type Leefomgeving

We vonden twee typen woonvormen waarin gedeelde gezinszorg met verblijf wordt geboden, namelijk 1) gezinshuizen die, verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg met verblijf leveren in een eengezinswoning waar gezinnen samenleven met gast- of pleegouders, en 2) woonvormen waarin gezinnen in gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen wonen.

7.4 Programmadoelstellingen en Aangeboden Diensten

De kern van het model voor gedeelde gezinszorg met verblijf omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving hebben, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kindrelaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf aan deze programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modelling, coaching en mentoring van opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

8 Programmabeschrijvingen

Om de drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een aantal bestaande programma's.

8.1 Gedeelde Pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde pleegzorg: Live-In Family Enhancement (LIFE).

8.1.1 *Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)*

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba, Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018). Metis Child, Family and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde deze aanpak van gedeelde pleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen worden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een

gezinsmentor, gedurende acht tot twaalf maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking aan zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere interventies (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers zijn onder andere gericht op: 1) het opzetten van voorspelbare routines; 2) het goed vormgeven van ouderschap; 3) het opbouwen van vertrouwen; 4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; 5) het beheren van het huishouden; en 6) het verkrijgen van veilige huisvesting en een geregeld inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit financiële toelagen voor voedselkosten die worden betaald via Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van zeven jaar (2008–2015; Deane et al., 2018). Een meerderheid (75%) van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooide, is bij hun gezin gebleven en niet opnieuw in zorg gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE lijkt ook positieve uitkomsten voor gezinnen te hebben, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

8.2 Gedeelde Residentiële Jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële zorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma. We hebben gekozen voor dit programma, aangezien er relatief veel informatie over beschikbaar is en dit het enige programma is dat plaatsvindt buiten de Verenigde Staten en Europa, namelijk in Azië.

8.2.1 *Shabtai Levi Mothers' Unit*

De 'Shabtai Levi Mothers' Unit' in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan acht à tien vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze de voogdij over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap

met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

De Mothers' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele- en groepstrainingen in levens- en ouderschapsvaardigheden. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om het ouderschap aan te kunnen en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap. Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdrouines te ontwikkelen.

Onderzoek van Tener et al. (2018) wijst uit dat de Mothers' Unit kosteneffectief is in het helpen van vrouwen om de voogdij over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Mothers' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Mothers' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

8.3 Programma's voor Residentiële Gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie tabel A3 in Bijlage A). We hebben gekozen voor het beschrijven van een programma waar relatief veel informatie over beschikbaar is en dat een goed beeld geeft van residentiële gezinsbehandeling.

8.3.1 Psychiatrische Kliniek Thurgau

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek en hun jonge kinderen (< 5 jaar). De verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt geboden door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Er is een team van kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders van de professionele opvoeders hoe zij met hun kind omgaan (i.e. modellering). De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

9 Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rondom gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, om gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf vast te stellen, en om voorbeelden te geven van deze programma's. De resultaten van ons onderzoek hebben geleid tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie typen van gedeelde gezinszorg met verblijf. De prevalentie van deze typen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, twaalf gedeelde residentiële zorgprogramma's en tien residentiële gezinsbehandelprogramma's. Hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf het gezin als een collectieve eenheid de veronderstelde cliënt is, wordt de behoefte aan gedeelde gezinszorg met verblijf bepaald door problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen) of een combinatie daarvan (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In de praktijk lijkt het merendeel van de programma's zich echter te richten op gezinnen met complexe en meervoudige problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf te bepalen. De verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf in onze studie laten echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken zien, waaronder het beschermen van de veiligheid van kinderen, het vergroten van opvoedvaardigheden bij ouders, het versterken van de ouder-kindrelatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (zie ook Allen & Larsen, 1998, pp. 14–16).

Ondanks de overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen en gezinnen, hebben we in deze studie slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gevonden die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de trend van het toenemend inzetten van dit type gedeelde gezinszorg in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren negentig en nul is grotendeels tot stilstand gekomen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. Uit gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in gedeelde pleegzorg, kwam een praktische belemmering naar voren. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verwante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn RGB's internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn gericht op een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's verminderen. Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Daarmee kan worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's.

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorgprogramma's te vinden. We weten uit eerder onderzoek dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is (Barth & Price, 2005). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's lijken vooral te maken te hebben met de financiering. Uit onze resultaten blijkt dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor hulp aan ouders (e.g. opvang in verband met huiselijk geweld) en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen (e.g. residentiële jeugdhulp). Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ook de logistiek van huisvesting is moeilijk bij gedeelde gezinszorg met verblijf. Ouders die een woning hebben, kunnen terughoudend zijn om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan—uit angst dat ze na hun verblijf niet meer een vergelijkbare woning kunnen vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. Het gedeelde pleegzorgprogramma LIFE dat we in de resultaten hebben beschreven, heeft ondanks deze beperkingen goed gefunctioneerd omdat er huisvesting gereserveerd en toegewezen is voor de gezinnen in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane et al., 2018).

Ondanks de veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg met verblijf hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich internationaal verder ontwikkelt (International Parent Advocacy Network, 2022).

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type gedeelde gezinszorgprogramma werkt voor welk 'soort' gezin. Sterker nog, er is nog maar weinig bewijs voor een aanbeveling om gedeelde gezinszorg met verblijf uit te breiden. Het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg met verblijf is de verwachting dat het vaardigheden bij jeugdigen en ouders kan ontwikkelen die toepasbaar zijn in een omgeving die de omstandigheden thuis het beste benaderen. We bevelen bestaande programma's aan om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf als voor het meten van de resultaten van de gezinnen die worden geholpen. Bewijs ten aanzien van veiligheid, stabiliteit en welzijn bij zowel ouders als kinderen na plaatsing kan de argumenten voor dit programmamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aansluiten bij een ledenorganisatie. In de VS kan de Association of Children's & Residential Services een logische thuisbasis zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen, het delen van kennis bevorderen alsook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie typen van gedeelde gezinszorg met verblijf die in deze studie zijn beschreven, zouden verder onderzocht kunnen worden en, bij bewezen effectiviteit, kunnen leiden tot 'best practice'-modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, omvatten onze resultaten waarschijnlijk niet alle bestaande programma's, vooral niet die buiten de Engelstalige context. De programma's die in ons overzicht zijn opgenomen, zijn waarschijnlijk ook niet representatief verdeeld over de verschillende landen. Zo hebben we bijvoorbeeld relatief weinig programma's uit de VS, en geen programma's uit het Verenigd Koninkrijk of Duitsland opgenomen, terwijl die er mogelijk wel zijn. Verder waren

onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typen niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De werkzaamheden en functies van medewerkers binnen de programma's waren van belang voor het goed beschrijven van de programma's, maar waren vaak het moeilijkst te achterhalen.

10 Volgende Stappen

Overheidsinstanties en jeugdhulpaanbieders zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. Het overzicht van gedeelde gezinszorgprogramma's in deze studie kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg met verblijf helpen om contact op te nemen met organisaties die deze programma's aanbieden die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving. We moedigen bestaande programma's daarbij aan om samen te werken met onderzoekers om werkzame programma-elementen te identificeren en resultaten te meten. Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren over welke elementen van programma's resulteren in het succesvol functioneren van gezinnen en de overgang naar wonen in de gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktischelementen van gedeelde gezinszorg met verblijf zijn, kunnen voortbouwen op de resultaten van deze studie. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg met verblijf blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest van belang zijn voor positieve uitkomsten buiten ons bereik.

Aangezien er internationale belangstelling is voor gedeelde gezinszorg met verblijf, willen we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf aanmoedigen om het voortouw te nemen bij de ontwikkeling van en kennisuitwisseling over (elementen van) gedeelde gezinszorg met verblijf. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, het opzetten van een expertisecentrum voor implementatie, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg met verblijf flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg met verblijf zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg met verblijf. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen en zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting

dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om programma's van gedeelde gezinszorg met verblijf nader te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Literatuur

- AECF (2024). *Two-generation approaches*. <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>
- Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*. <https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>
- Aron, L.Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute. <https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>
- Baker, C.K., Niolon, P.H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women*, 15(4), 460–481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based “standard of care”: A critical review. *Child Abuse & Neglect*, 119(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>
- Barth, R.P. (1994). Shared family care: Child protection and family preservation. *Social Work*, 39(5), 515–524.
- Barth, R.P., & Price, A. (1999). Shared family care: Providing services to parents and children placed together in out-of-home care. *Child Welfare*, 78(1), 88–107.
- Barth, R.P., & Price, A. (2005). Shared family care: Evidence from implementing an innovative child protection and family preservation program. In J. Scott & H. Ward (Eds.), *Promoting the Wellbeing of Vulnerable Children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bassuk, E.L., DeCandia, C.J., Tsertsvadze, A., & Richard, M.K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 457–474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>
- Baxter, C., Cummins, R.A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review*, 2, 63–72.
- Baxter, C., & Cummins, R.A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17(4), 365–375. [Doi:10.1080/07263869100034701](https://doi.org/10.1080/07263869100034701)
- Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>
- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A.P., McGorry, P.D.,

- & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment*, 26(3), 313–324. <https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J.D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H.W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare*, 80, 179–198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 4(2), 43–59.
- Deane, L., Glass, J., Vystreil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review*, 13(1), 35–49.
- Dunst, C.J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from: https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E.M.Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders*, 31(3), 312–322.
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare*, 70, 371–382.
- Hébert, S.T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care. *Children and Youth Services Review*, 95, 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.032>
- Hessle, S. (1988). *Familjer i sonderfall [Disintegrating families]*. Nordstedts.
- Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications, <https://attcppwtools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>
- International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.
- Jedwab, M., & Shaw, T.V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience. *Children and Youth Services Review*, 82, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.027>
- Kokorelias, K.M., Gignac, M.A.M., Naglie, G., & Cameron, J.I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11.

- Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>
- Metis Child, Family, and Community Services. (2014). *Annual Report 2013–2014*. Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A.L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect*, 79, 315–324. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS). *Pedagogiek*, 40(2), 191–203. <https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work*, 7 (2), 35–54. Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). “I did not know there was another life”: Meanings of life in the out-of-home Mothers’ Unit reunification programme. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373–380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>
- Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19–28. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.07.020>
- UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from <https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>
- Widom, C.S., Czaja, S.J., Bentley, T., & Johnson, M.S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135–1144. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>
- Wilder Research and Volunteers of America (2019). *Family-based Residential Treatment: Directory of Residential substance use disorder treatment programs for parents with children*. St Paul, MN: Wilder Research. https://www.familyfirstact.org/sites/default/files/Family-Based%20Treatment%20Director_VOA.pdf

Appendix A: Kenmerken van Behandelprogramma's voor Gedeelde Gezinszorg met Verblijf, per Type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma) https://www.cebc4cw.org/program/life-live-in-family-enhancement/	Ouders (voornamelijk inheems) met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg.	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin.	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld.

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS) https://www.tbch.org/Site/Service/Family-Care-Program/	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties.	Maximaal vijf gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht houdt en als rolmodellen fungeert.	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het programma omvat groepswerk, oudertraining en religieuze diensten.
2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS) https://ehrl.com/family-programs/family-treatment-program	Gezinnen die wensen herenigd te worden.	Elk gezin heeft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepsessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levi Mothers' Unit (Israel) https://www.foreverchai.org/our-work/	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of mishandelend richting hun kind(eren).	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland) https://www.accare.nl/behandelingen/kings	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen.	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelaafspraken vinden plaats in het hoofdbouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is zes tot acht weken.	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ) (*vervolg*)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) https://heizenholz.ch/was-wir-anbieten/angebote/familientraining/	Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen.	Het centrum biedt plaats aan maximaal zes ouders en hun kinderen.	Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings)vaardigheden uit.
6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kindprogramma] (Robert Aeschbacher-Stiftung, Zwitserland) https://www.aeschbacherhuus.ch/	Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren.	Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar.	Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie), kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school.
7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) https://www.horizon.eu/jouwzorg/gezinsbehandeling/	Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0–18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen.	Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd.	Het programma heeft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt geboden om de verbeterde gezinssituatie te behouden.
8) Het Babyhuis (Nederland) https://het-babyhuis.nl/	Moeders die tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben bij de zorg voor hun baby.	Elf moeder-kindplekken verdeeld over drie fasen van intensieve ondersteuning naar zelfstandigheid.	Het Babyhuis heeft tot doel (aanstaande) moeders opvang en ondersteuning te bieden voor, tijdens en na de geboorte van hun baby. De moeder ontvang begeleiding bij de zorg voor de baby, het opbouwen van een hechtingsrelatie en sociaal netwerk. Biologische vaders kunnen ook betrokken zijn.

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ) (vervolg)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
9) Onderzoeksflats (Zweden) https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1080/13691450701532107	Gezinnen die zijn beschuldigd van mishandeling.	Deze faciliteit wordt zowel gebruikt als dagbehandeling als een 24-uursresidentiële setting. Het gezin verblijft hier ongeveer vier weken, samen met maatschappelijk werkers en verzorgers.	Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat wordt de situatie van het kind en het gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen van begeleiding en groepswerk.
10) Gezinsopname (Mereo, Nederland) https://mereo.nl/gezinsopname/	Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen.	Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.	Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met video opnemen van ontbijtgesprekken.
11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland) https://www.yulius.nl/aandoening/gezinsproblematiek/#:~:text=Yulius%20biedt%20gezinsbehandeling%20voor%20gezinnen,in%20hun%20gezin%20en%20leefomstandigheden.	Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden.	Gezinnen verblijven gemiddeld drie tot vier maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.	De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.
12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)	Zwangere vrouwen, inclusief minderjarige ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures.	Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin). Personeel is beschikbaar 24/7. Gezinnen verblijven ongeveer veertien maanden, variërend van enkele weken tot 45 maanden.	Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.

Tabel A3 Bestaande residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland) https://www.aufberg.ch/mutter-kind-haus	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben.	Residentieel huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind-Behandlung, Zwitserland), https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrische-klinik/psychiatrische-klinik-muensterlingen/psychotherapie/station-fuer-eltern-kind-behandlung/	Moeders of vaders met psychische problemen en hun kinderen van 0–5 jaar.	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor ouder-kindbehandeling.	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kindinteractie (zie meer details in het artikel).
3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moederbaby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland) https://klinik-sgm.ch/stationaerer-aufenthalt/stationaere-behandlung/behandlung-von-muettern-mit-baby	Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben.	Klinische behandeling (tot twaalf maanden). Eenpersoonskamers speciaal afgestemd op de behoeften van moeders en baby's.	Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel.
4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland) https://plinthos.nl/behandelingen/gezinsopname/	Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.	Kortdurende klinische behandeling.	Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.

Tabel A3 Bestaande residentieële gezinsbehandelprogramma's (RGB) (*vervolg*)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
5) Klinieken De Stee & De Bron, Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ Drenthe, Nederland) https://ggzdrenthe.nl/media/01-folders/folder-informatie-voor-verwijzers-gezinspsychiatrie-gp009-0714.pdf	Gezinnen met baby's (0-2 jaar) of kinderen (3-12 jaar) die te maken hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.	Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer vier maanden.	Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot 'goed genoeg' ouderschap.
6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland) https://atwc.org.nz/what-we-do/family-services/granger-grove/	Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar).	Moeders en kinderen wonen in tweekamer-appartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.	Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.
7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland) https://www.horizon.eu/gezin-totaal/	Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrisch) en/of sociaal-economisch), met kinderen van 0-18 jaar.	Gezinsbehandeling gedurende twaalf weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van zes maanden.	Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentieële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningsfase (één week) of 'vormingfase'.

Tabel A3 Bestaande residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB) (*vervolg*)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië) https://directory.wayahead.org.au/service/1564/	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal drie jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal drie jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitscentrum, zwembad, speeltuin voor kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve therapie, speelgroepen, counseling en advies.
9) High en Intensive Care (HIC) voor jongeren (Yulius, Nederland) https://www.yulius.nl/zorg/zorg-kind-en-jeugd/centrum-voor-spoedeisend-kinder-en-jeugdpsychiatrie/high-en-intensive-care-voor-jongeren-hic/	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en psychotherapeuten.
10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS) https://www.opioidlibrary.org/wp-content/uploads/2019/08/CHARM_CaseStudy_Draft_080614.pdf	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.