

Hulpverlening aan huishoudens met complexe en meervoudige problemen

Een verkennende literatuurstudie naar de problematiek en de hulpverlening

Dr J. ten Dam & L. van 't Hul, MSc

Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
Kenniskring De Gezonde Stad

Juni 2009

Hulpverlening aan huishoudens met complexe en meervoudige problemen

Een verkennende literatuurstudie naar de problematiek en de hulpverlening

Joop ten Dam, lector De Gezonde Stad
Lubke van 't Hul, docent Verpleegkunde en Gezondheidsbevordering

Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
Kenniskring De Gezonde Stad

Juni 2009

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Een multiprobleem-huishouden in Nederland.....	5
1.1 Definiëring.....	5
1.2 Benodigde hulpverlening	6
1.3 Organisatie van de hulpverlening	6
1.4 Bereik van de hulpverlening	7
1.5 Conclusie	8
Hoofdstuk 2 Initiatieven tot verbetering van hulp aan MPH - Groningen	9
2.1 Aanleiding tot protocol Ketenzorg Multiprobleem Gezinnen Groningen.....	9
2.2 Protocol Ketenzorg Multiprobleem Gezinnen	9
2.3 Conclusie	10
Hoofdstuk 3 Initiatieven tot verbetering van hulp aan MPH – Enschede	11
3.1 Integrale aanpak van MultiProbleemGezinnen (MPG) in Enschede	11
3.2 Onderzoek naar pilot “integrale aanpak van MPG”	11
3.3 Uitkomsten van het onderzoek	12
3.4 Conclusie	13
Hoofdstuk 4 Coördinatie Moeilijk Plaatsbaren Kampen	14
4.1 Doelstelling en werkwijze CMP.....	14
4.2 Bereik van de hulpverlening	15
4.3 Conclusie	15
Hoofdstuk 5 Conclusie.....	16
5.1 Kansen	16
5.2 Punten van aandacht.....	16
5.3 Conclusie	17
Slotwoord.....	18
Literatuurlijst	19
Bijlage: over de auteurs.....	20

Samenvatting

Bij de afdeling “Maatschappelijk Ontwikkeling” van de gemeente Zwolle is in 2008 het plan opgevat om de organisatie van de hulpverlening aan gezinnen en personen waarin sprake is van multiproblematiek, te verbeteren. Multi-probleem huishoudens hebben veelal meerdere hulpverleners, maar de coördinatie van de hulpverlening laat te wensen over. Uitgangspunt van de pilot is dat een aantal huishoudens, dat dicht bij elkaar gehuisvest is met een gerichte aanpak wordt benaderd en met een coördinator die dichtbij deze mensen gehuisvest is, onder de noemer “1 huishouden, 1 plan, 1 hulpverlener(steam)”. De voorlopige naam van dit project is “pilot Palestinalaan”.

In dit onderzoek staan 2 vragen centraal:

1. Welke hulpverlening behoeven deze multiprobleem huishoudens?
2. Welke kansen/valkuilen liggen er in het idee van 1 huishouden, 1 plan, 1 hulpverlenersteam?”

Door middel van literatuurstudie en een werkbezoek wordt antwoord gegeven op deze vraag.

Een multiprobleem huishouden is een huishouden, bestaande uit 1 of meerdere mensen, die te kampen heeft met meerdere problemen op verschillende leefgebieden. Deze problemen versterken elkaar, waardoor de situatie complex en chronisch (vaak transgenerationeel) wordt. Er is hulp beschikbaar, maar deze hulp moet worden gezocht bij verschillende organisaties (vaak 1 organisatie voor 1 probleem op 1 leefgebied); dikwijls wordt de hulpvraag (te) laat gesteld. De hulpverlening schiet te kort doordat de hulp zich richt op deelproblemen van het huishouden en de hulp te snel moet worden afgesloten; de mensen die de hulp ontvangen zijn onvoldoende in staat om de regie te voeren over de hulpverlening; het resultaat van de hulp blijkt onvoldoende. De ervaring met de hulpverlening leidt vaak tot machteloosheid bij zowel het MPH als bij de hulpverleners. Diverse initiatieven om de hulpverlening in Nederland aan MPH te verbeteren worden gekenmerkt door oprichting van coördinatiepunten, aanwijzen van contactpersonen, vaste werkwijzen, beschrijvingen van verantwoordelijkheden, gestructureerde overlegvormen. Men wil vooral de organisatie van de hulp verbeteren.

Uit onderzoek blijkt dat een integrale aanpak van MPH (Enschede, Kampen) door middel van het aanstellen van een casemanager of contactpersoon succesvol kan zijn om de situaties van de MPG te stabiliseren en soms te verbeteren. Juist door weinig strakke doelstelling, geen output productie-afspraken, en door heldere communicatie lijkt het te lukken een groep MPH een basisopvang te bieden. Vooral het outreachende karakter maakt dat de cliënten vertrouwen houden in de hulpverlening.

De pilot Palestinalaan biedt zeker kansen om de vicieuze cirkel van frustraties bij MPH en de hulpverlening van MPH te doorbreken: een hulpverlener(steam) op locatie getuigt van een vergaande vorm van outreachende hulpverlening. Enkele belangrijke voorwaarden zijn: breed draagvlak bij de samenwerkende hulpverleningsinstanties, aandacht voor continuïteit van de hulpverlener op locatie, niet te hoge caseload van de hulpverlener op locatie, niet te hoge verwachtingen op gebied van kostenbesparing. Laatste en de meest belangrijk punt van aandacht is dat ‘snel succes’ niet verwacht mag worden – de doelstelling van de pilot moet zich richten op lange termijn.

Inleiding

De gemeente Zwolle heeft al vele jaren aandacht voor de verbetering van het woonklimaat van de wijk Holtenbroek. In 2000 werd het Wijk Ontwikkelplan Holtenbroek vastgesteld "Gezien in 2010". Naast de aanpak van de fysieke leefomgeving zijn er diverse sociale projecten om in deze wijk in het noorden van Zwolle leefbaarheid en duurzaamheid van de wijk te verbeteren. Veel van de doelstellingen in dit WOP zijn gerealiseerd en de tevredenheid over het wonen in Holtenbroek is aanzienlijk toegenomen (gemeente Zwolle 2007). Eén van de conclusie in dit rapport 'Metamorfose' is dat op het gebied van achterstandsbeleid er aandacht moet blijven voor 'continuerende aanpak huishoudens met meervoudige problematiek'.

Een concentratie van deze huishoudens is te vinden in de hoogbouwflats van de Palestrinalaan. Bij de afdeling "Maatschappelijk Ontwikkeling" van de gemeente Zwolle, op initiatief van de wethouder Dannenberg, wethouder van onder andere zorg en welzijn, is het plan opgevat om de organisatie van de hulpverlening aan gezinnen en personen, waar in sprake is van multiproblematiek, te verbeteren. De voorlopige naam van dit project is "pilot Palestrinalaan".

Multi-probleem huishoudens hebben veelal meerdere hulpverleners, maar de coördinatie van de hulpverlening laat te wensen over. Het gezin is vaak veel tijd en energie kwijt om de afspraken met de soms tientallen hulpverleners te organiseren. Dat zit een goede hulpverlening in de weg. Uitgangspunt van de pilot is dat een aantal huishoudens, dat dicht bij elkaar gehuisvest is met een gerichte aanpak wordt benaderd en met een coördinator die dichtbij deze mensen gehuisvest is, onder de noemer: "1 huishouden, 1 plan, 1 hulpverlener(steam)".

Meldpunt VIA

Zwolle kent al vele jaren het team VIA (Vangnet, Informatie, Advies). Het Meldpunt VIA vervult een aantal specifieke functies: registreren en verwerken van meldingen, verstrekken van informatie en advies aan burgers en professionals, inventarisatie en taxatie van de problematiek (screenen) en de coördinatie van de dagelijkse werkzaamheden van de teams bemoeizorg. Het Meldpunt VIA vormt de front-office van het Programma Bemoeizorg.

Burgers en professionals kunnen hier met algemene vragen terecht maar ook met vragen of signalen over concrete probleemsituaties. Het meldpunt zorgt voor de registratie van een aantal basisgegevens en voor de verdere afhandeling van de melding. Als blijkt dat screening door het meldpunt nodig is dan wordt de problematiek verder in kaart gebracht. Dit betekent dat de cliënt wordt bezocht en er geprobeerd wordt een eerste contact te leggen. Als voldoende informatie verzameld is wordt de situatie besproken in het multidisciplinair samengestelde screeningsoverleg. Dit meldpunt VIA komt veel in contact met multiprobleem huishoudens en slaagt er in vele gevallen in de regie te voeren (team VIA 2007)

De 'pilot Palestrinalaan' wil nog een stap verder gaan en daadwerkelijk fysiek de hulpverlening huisvesten in een wijk waar veel multiprobleemhuishoudens worden aangetroffen.

In het oorspronkelijke plan van de pilot werd tevens vastgesteld dat onderzoek doen naar de resultaten van een andere aanpak wenselijk was. In een gesprek met de lector "De Gezonde Stad" van Hogeschool Windesheim, Joop ten Dam werd dit verzoek gedaan. De vraag was om vooraf aan de verandering een nulmeting te doen, en vervolgens, op een nader vast te stellen tijdstip, een effectmeting.

Door verschillende factoren heeft het project vertraging opgelopen, onder andere door het vertrek van de projectleider bij de afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling, Remco de Paus. Hierdoor kan het onderzoek niet meer plaatsvinden binnen het lectoraat.

Dit verslag bevat de verkennende literatuurstudie die is gedaan op basis van de volgende onderzoeksvragen:

- Wat wordt verstaan onder een multiprobleem huishouden?
- Welke hulpverlening behoeven deze multiprobleem huishoudens?
- Hoe is die hulpverlening nu georganiseerd in Nederland?
- Welke initiatieven zijn er om de hulp beter te laten verlopen?
- Welke resultaten heeft dit opgeleverd?
- Welke kansen/valkuilen liggen er in het idee van "1 huishouden, 1 plan, 1 hulpverlenerteam"?

Hoofdstuk 1 Een multiprobleem-huishouden in Nederland

1.1 Definiëring

Er bestaan uiteenlopende termen die beogen een doelgroep te beschrijven waarin meerdere hulpvragen liggen en inzet van meerdere organisaties vereist is om op de hulpvragen te kunnen ingaan: "cliënten met complexe en meervoudige problemen", "multiprobleem-gezinnen", "kansarmen", "mensen met generatieoverstijgende problematiek", "zorgmijders".

In deze notitie wordt de term multiprobleem huishoudens (MPH) gekozen, omdat dit zowel huishoudens van 1 of meerdere personen kan omvatten.

Een definitie van een multiprobleem-huishouden is:

Een wooneenheid met mens(en), die te kampen heeft met diverse problemen, waarbij door de complexiteit en chroniciteit van de problematiek het sociale netwerk is weggefallen of aanwezig is in negatieve zin, waarbij het toekomstperspectief wegvalt, de zelfredzaamheid niet tot nauwelijks aanwezig is (van Leiden 2004) en weerbarstig is voor hulp van buitenaf (Baartman & Dijkstra 1987).

Kenmerken van deze MPH:

Complexe, meervoudige chronische problematiek op verschillende leefgebieden

De problemen, waarmee deze MPH kampen, doen zich voor in zogenaamde leefgebieden. Deze leefgebieden zijn van materiele en immateriele aard.

Er worden verschillende leefgebieden onderscheiden:

1. **Wonen huisvesting:** MPH wonen vaak in kleine, oudere huurwoningen (sociale woningbouw), in zogenaamde 'achterstandsbuurtten'.
2. **Financiële situatie:** in een MPH is vaak weinig inkomen, afhankelijkheid van uitkeringsinstanties en sprake van schulden.
3. **Opvoedingssituatie:** in het geval van kinderen geven ouders aan moeite te hebben met de opvoeding van de kinderen, dit kan in het ergste geval leiden tot uithuisplaatsingen.
4. **Relaties binnen en buiten het gezin:** relaties/huwelijken zijn niet langdurig, er is regelmatig sprake van meerdere relaties achter elkaar of naast elkaar.
Met burens en families is het contact niet altijd positief te noemen, het sociaal netwerk kan zelfs alleen negatief aanwezig zijn.
5. **School en/of werk (dagbesteding):** Kinderen en jongeren uit de gezinnen hebben moeite om op school mee te komen, in het voortgezet onderwijs is er sprake van spijbelen en vroegtijdige uitval. Er kan sprake zijn van intellectuele beperktheid. Het niet afmaken van opleiding verkleint de kans op betaald werk.
Als volwassenen lukt het niet iedereen een betaalde baan te vinden en te houden.
Het wegvallen van een gestructureerde dagbesteding kan leiden tot verveling.
Het niet behalen van een diploma of geen betaald werk doen betekent dat mensen in hun lage SES klasse blijven.
6. **Instanties en organisaties:** Ieder huishouden in Nederland heeft te maken met instanties en organisaties waar hij/zij afhankelijk van is (nutsbedrijven, woningbouwverenigingen, gemeentes, etc.). Het contact houden met deze instanties – het adequaat ingaan op verzoeken, het invullen van formulieren levert een MPH dikwijls problemen op.
7. **Huishouding en hygiëne:** Het voeren van een huishouden waarin een gezonde en veilige leefomgeving voor gezinsleden wordt gecreëerd vraagt om overzicht en prioriteiten kunnen stellen.
8. **Gezondheid en leefstijl (lichamelijke verzorging):** Het kiezen voor een leefstijl die bijdraagt aan een goede gezondheid is vaak niet aan de orde. Bekend is dat mensen uit een lage SES meer kans op ziekte hebben dan mensen uit een midden – of hoge SES. Eenmaal ziek is de kans op

betaald werk of meer inkomen klein. Tevens is bekend dat mensen die deel uitmaken van een MPH vaker verslavende middelen gebruiken.

9. **Psychisch functioneren:** mensen uit MPH rapporteren dikwijls dat zij zich niet opgewassen weten tegen de problemen waarvoor zij zich gesteld zien. Daarnaast kampen veel mensen uit MPH met psychiatrische problematiek (verslaving, depressie).
 10. **Integratie/aansluiting:** een goede aansluiting in de buurt waarin men woont, is vaak afwezig
 11. **Communicatieve en sociale redzaamheid:** mensen uit MPH zijn niet altijd in staat zijn om zelf met oplossingen te komen bij problemen; het onder woorden brengen van wat hun problemen zijn, het formuleren van een hulpvraag, vinden ze moeilijk.
 12. **Trauma:** In MPH is vaak sprake van verwaarlozing en incest in hun eigen jeugd.
 13. **Justitie:** er is regelmatig sprake van criminaliteit en veroorzaken van overlast.
- (Hoogendam ea 2007; Lafeber 1993; van Leiden ea 2004)

De complexiteit van de problematiek blijkt uit het feit dat de problemen onderling met elkaar zijn verbonden en elkaar vaak versterken. Geen betaald werk hebben leidt tot financiële problemen, geen zinvolle dagbesteding leidt tot ongezond gedrag en relatieproblemen, die vervolgens weer leiden tot opvoedingsproblemen, die weer versterkt worden door communicatief onvermogen. Meestal leidt de oplossing van een probleem in een leefgebied maar weinig oplevert voor het gehele huishouden (van Leiden ea 2004).

De verwevenheid van de problemen leidt tot

- A. Leven aan de onderkant van de samenleving
- B. Geen toekomstperspectief, moeilijk te doorbreken vicieuze cirkel
- C. Transgenerationale aard: kinderen van MPH hebben grote kans zelf een MPH te stichten
- D. Weinig zelfvertrouwen
- E. Moeilijk een hulpvraag kunnen formuleren: men heeft wel last van de eigen situatie, maar men slaagt er niet in een duidelijke hulpvraag te formuleren
- F. Weinig effect van hulpverleningstrajecten

(Baartman & Dijkstra 1987; Lafeber 1993; Hogervorst 2004)

Dit laatste genoemde aspect wordt in paragraaf 1.3 uitgewerkt.

1.2 Benodigde hulpverlening

In Nederland zijn er hulp- en dienstverlenende instanties die op verzoek van burgers ingaan op hulpvragen. De leefgebieden van burgers beschouwend kan men bij deze hulpverleningsinstanties denken aan maatschappelijk werk, sociale dienst, woningbouwverenigingen, schuldsaneringsbureaus, huisartsen, thuiszorg, consultatiebureaus, RIAGG, Bureau Jeugdzorg, etc. Beginsel van hulpverlening is dat de burger een hulpvraag stelt, soms is er sprake van gedwongen hulpverlening (reclassering, kinderscherming).

Op basis van de verschillende leefgebieden waarop problemen kunnen ontstaan, wordt duidelijk met hoeveel (hulp)organisaties en instanties een MPH te maken kan krijgen. Vermeldenswaardig in dit verband is dat deze huishoudens juist problemen hebben met adequaat contact houden met organisaties en instanties (Zie leefgebied 6)!

1.3 Organisatie van de hulpverlening

Kenmerkend van de hulpverlening is dat per instantie/organisatie de hulp is begrensd: ieder heeft zijn eigen deskundigheid en richt de hulp vanuit dat perspectief. De laatste decennia wordt die begrenzing versterkt door het feit dat er een verzakelijking van de hulpverlening is opgetreden: om in aanmerking te komen voor een budget voor hulpverlening moet een organisatie aantoonbaar resultaat boeken binnen een bepaalde tijd. Dat kan het beste als de doelen klein en concreet zijn en vallen binnen de expertise van de organisatie (Hoogendam ea 2007).

MPH kunnen dus voor hun problemen een beroep doen op de beschikbare hulpverleningsorganisaties. Dat doen ze ook, ze hebben vaak een lange historie met diverse hulpverleningstrajecten, deels vrijwillig aangegaan, deels gedwongen.

De resultaten vanuit *hulpverleningsperspectief* zijn vaak of van zeer korte duur, of er zijn geen resultaten te benoemen. De hulpverleners zelf raken ontmoedigd door de grote hoeveelheid, steeds

terugkerende problematiek: de grote inspanning van de hun kant levert niets op, de hulp beklijft niet, huishoudens stoppen met de hulpverlening als een probleem lijkt opgelost (Hoogendam ea 2007).

Vanuit *cliëntperspectief* is het resultaat ook teleurstellend te noemen. Door uitblijven van echte oplossingen voor de problematiek wordt hun kijk op de hulpverlening juist negatiever naarmate men meerdere hulpverleners over de vloer krijgt (Hoogendam ea 2007; Goderie ea 2003)

Het feit dat de hulpverlening zo weinig oplevert kan verklaard worden door:

1. Elke hulpverleningsorganisatie heeft zijn eigen intake-procedure; de client moet vaak zijn (omvangrijke) verhaal opnieuw vertellen. Ook als er sprake is van coördinatie van de hulpverlening moet de informatie meerdere malen worden gegeven en komt niet altijd eenduidig in de dossiers.
2. De hulpverlening vindt plaats vanuit het aanbod van de hulpverlening; de cliënt voelt zich object van de hulp. Hulpverlening concentreren zich op hun eigen specialisme.
3. Geen enkele organisatie voelt zich verantwoordelijk voor het geheel.
4. Soms is er sprake van wachtlijsten – voor MPH een reden om af te haken.
5. Discontinuïteit van de hulpverleners draagt niet bij tot een opbouw van een vertrouwensrelatie, welke noodzakelijk is voor een effectieve hulpverlening
6. De MPH's hebben de ervaring dat wat zij belangrijk vinden er weinig toe doet en dat wat de hulpverleners essentieel vinden, voorop staat. Deze ervaring kan terug gaan naar eerdere generaties.

Dit alles leidt tot frustraties, demotivatie en ontmoediging. De negatieve spiraal waarin de MPH's zich al bevonden wordt verder versterkt door deze mismatch van mens en hulpverlening (Hoogendam ea 2007).

1.4 Bereik van de hulpverlening

In 2003 heeft het Verwey-Jonker instituut een verkennend onderzoek laten doen naar het bereiken van MPH. De signalen die huishoudens uitzenden richting de hulpverleners zijn weinig eenduidig en coherent. Loyaliteit en schaamte zijn daar de voornaamste oorzaken van; daarnaast speelt ook mee dat de huishoudens niet weten waar ze bij wie terecht kunnen.

Als zich eenmaal een crisissituatie voordoet moet men wel hulp aanvragen. In zo'n situatie richt de hulpverlening zich vaak op de crisis, en niet op de onderliggende problemen. De MPH's zijn dan vaak al aan het einde van hun Latijn en kunnen diensgevolge slecht voor zichzelf opkomen. Na de crisis wil men rust en sluit de hulpverlening het contact.

'Om adequaat hulp te kunnen vinden moet men een redelijk gearticuleerde hulpvraag hebben en gemotiveerd zijn voor een bepaald hulpverleningsaanbod. Dit maakt dat multiprobleem gezinnen zich in een paradoxale positie bevinden. Ze verzuipen in de problemen, maar zijn daardoor niet in staat om de juiste steun te mobiliseren.' (Goderie ea 2003)

Vroegsignalering, het herkennen van probleem voordat er sprake is van crisis, is dus van belang. Buurtbewoners, vrijwilligers en welzijnswerkers herkennen de signalen wel degelijk, maar gaan lang niet altijd over tot actie, men voelt zich onzeker over hoe te handelen.

MPH geven vaak aan dat zij behoefte hebben aan een luisterend oor, iemand bij wie zij hun verhaal kwijt kunnen, die hen begrijpt. Dit vraagt tijd en geduld. Voor een deel wordt deze zorg geleverd door informele zorgverleners, met name vrijwilligers.

Vroegsignalering vraagt ook om zogenaamde 'outreaching' hulp. De groep MPH wordt net als alle andere mensen geacht hun hulpvraag zelf te formuleren en stappen te zetten tot hulpverlening – dat wat hen niet lukt. 'Outreaching' betekent dat er niet alleen wordt gekeken naar een cliënt, maar naar een cliëntsysteem: als 1 lid van een huishouden een probleem heeft, heeft dat bijna altijd gevolgen voor de overige leden – het huidige aanbod van instellingen is hier niet altijd adequaat mee bezig. Instellingen signaleren dit probleem wel en lossen dit vaak op door op instellingsniveau beter te willen samenwerken – maar dan staat de samenwerking van de instellingen vaak centraal en niet de zorg voor de problematiek van het MPH. Continuïteit en coördinatie vinden onvoldoende plaats (Goderie 2003).

MPH ervaren de formele hulp als aanbodgericht, hun eigen inbreng en de bijdrage die informele zorg (vrijwilligers) leveren wordt te weinig gewaardeerd (Hoogendam ea 2007)

1.5 Conclusie

Een multiprobleem huishouden (MPH) is een huishouden, bestaande uit 1 of meerdere mensen, die te kampen heeft met meerdere problemen op verschillende leefgebieden. Deze problemen versterken elkaar, waardoor de situatie complex en chronisch wordt. Er is hulp beschikbaar, maar deze hulp wordt (te) laat ingeschakeld. De hulpverlening schiet te kort doordat de hulp zich richt op deelproblemen van het huishouden en de hulp te snel moet worden afgesloten; het resultaat van de hulp blijkt onvoldoende. Tevens is bekend dat het voeren van de regie over de gehele hulpverlening juist een probleem vormt voor een MPH. De ervaring met de hulpverlening leidt vaak tot machteloosheid en frustraties bij zowel het MPH als bij de hulpverleners.

Hoofdstuk 2 Initiatieven tot verbetering van hulp aan MPH - Groningen

De onmacht bij zowel huishoudens en de hulpverlening heeft geleid tot diverse initiatieven in het land om de hulp effectiever te maken. Die initiatieven kunnen komen van verschillende partijen: van woningbouwverenigingen tot gemeentes.

In dit hoofdstuk staat Groningen centraal. Er zijn in den lande talloze initiatieven die hier op lijken: “Ketenorganisatie probleemgezinnen Oost Veluwe” (van der Laan 2006), “MPG¹ Aanpak Amsterdam”, (www.dmo.amsterdam.nl), “Signaleringssysteem Zorg voor Jeugd en Stedelijk casusoverleg Risico-jeugd Eindhoven” (Anonymus 2007). Dit is maar een kleine opsomming van vele initiatieven. De overeenkomsten zijn dat de organisaties kiezen voor een centraal coördinatiepunt, al dan niet aangevuld met gezinscoaches, die de contactpersoon zijn voor het MPH.

2.1 Aanleiding tot protocol Ketenzorg Multiprobleem Gezinnen Groningen

In 2005 verscheen in opdracht van de gemeente Groningen Het onderzoeksrapport “Teveel problemen onder één dak”, een quickscan naar multiprobleem gezinnen in Groningen, opgesteld door Bureau Onderzoek. Dit rapport was belangrijke input voor het protocol “Ketenzorg multiprobleem gezinnen”. Dit protocol is op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg tot stand gekomen, naar aanleiding van een incident bij een probleemgezin in de stad Groningen voorjaar 2003, waarbij 3 kinderen om het leven zijn gekomen.

Het protocol bestaat uit een stappenplan en een coördinatiestructuur. In de coördinatiestructuur staan de samenwerkingsafspraken tussen organisaties zoals die momenteel actief zijn in de stad Groningen. Het moet op basis hiervan makkelijker worden een integrale werkwijze in het gezin te realiseren.

Soms oordeelt een professional dat een grotere inspanning nodig is om samenhang in de hulpverlening te realiseren. Het gaat dan over situaties waarbij het betreffende gezin vanwege de meervoudige problematiek vaak al bekend is (geweest) bij meer instellingen uit diverse sectoren (vrijwillige en gedwongen hulpverlening, gerechtelijke maatregelen) en er zorgen blijven bestaan over de ontwikkeling en veiligheid van de kinderen. Bij die gezinnen is een meer geïntegreerde aanpak nodig om efficiënter, effectiever en langduriger contact te onderhouden en hulp te verlenen die goed is afgestemd op de situatie van het héle gezin en de veiligheid van de kinderen. De instellingen ervaren hierbij de beperkingen van hun eigen coördinerende mogelijkheden en lopen op tegen de grenzen van coördinerende taken en bevoegdheden.

Dit vereist een grotere inspanning van de betrokken instellingen om samen te werken en prioriteit te geven aan deze gezinnen in hun werkplanning, ondanks bestaande capaciteitsproblemen. Wanneer het protocol voor een gezin werkzaam is, zal de coördinatiegroep voor het realiseren van een samenhangend hulpaanbod, optimaal gebruik maken van bestaande mogelijkheden van instellingen, meld- en coördinatiepunten, samenwerkingsprojecten en netwerken met hun afspraken in convenanten en protocollen. De vaste samenstelling van de coördinatiegroep bestaat daarom ook uit een combinatie van coördinatoren van Groningse netwerken en de MJD en BJZ. Daarnaast zullen professionals uit instellingen en samenwerkingsvormen “op afroep” aansluiten bij de coördinatiegroep op grond van hun betrokkenheid bij het gezin dat wordt besproken. Deze overlegstructuur voor de uitvoering van het protocol kan in de toekomst door de deelnemende instellingen worden ingebed in nog te ontwikkelen zorgstructuren.

2.2 Protocol Ketenzorg Multiprobleem Gezinnen

Het protocol heeft als hoofddoelstelling: zorg dragen voor optimale samenhang in de hulpverlening aan multiprobleem gezinnen in de stad Groningen, waarbij bezorgdheid bestaat over de ontwikkeling en veiligheid van betrokken jeugdigen.

De in het protocol deelnemende instellingen en netwerken trachten deze doelstelling te bereiken:

- hulp, zorg en zonodig bescherming te bieden aan (leden van) het gezin die aansluit bij de vraag van (leden van) het gezin.

¹ MPG = multiprobleem gezin

- hulp, zorg en zonodig bescherming te bieden aan (leden van) het gezin in het kader van eventueel opgelegde hulpverlening met een civielrechtelijke of strafrechtelijke maatregel.
- zorg te dragen voor een goede samenhang, coördinatie en afstemming tussen de verschillende vormen van vrijwillige en/of gedwongen hulpverlening aan het gezin.
- zorg te dragen voor continuïteit in de relatie met het gezin, indien nodig over vele jaren.
- zorg te dragen voor de onderlinge informatie-uitwisseling die is afgestemd op de mate van betrokkenheid bij het gezin waarbij rekening wordt gehouden met geldende privacy regels.
- beleidsinformatie te genereren en beschikbaar te stellen aan instellingen en overheden in het kader van onderzoek en beleidsontwikkeling.

Belangrijk kenmerk van dit protocol is dat wordt gewerkt met:

- A. een coördinatiepunt en coördinator protocol ketenzorg multiprobleem gezinnen bij de GGD: hier komen de aanmeldingen binnen; wordt de hulpverlening gecoördineerd in de perioden waarin het gezin vooral hulp krijgt uit het veld van de lichte ambulante (pedagogische) niet-geïndiceerde (jeugd-)hulpverlening en andere gemeentelijke instellingen;
De coördinator vertegenwoordigt de coördinatiegroep extern en draagt zorg voor de afstemming met andere (hulpverlenings)netwerken. Hij/zij verzamelt evaluatie-informatie ten behoeve van de evaluatie in de coördinatiegroep. De coördinator stelt ook algemene beleidsinformatie op voor beleidsontwikkeling en onderzoek, volgens de afspraken in de coördinatiegroep.
- B. een coördinator bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) die de taak van de GGD coördinator overneemt in die perioden waarin het gezin vooral zwaardere geïndiceerde en/of gedwongen (jeugd) hulpverlening ontvangt.
- C. een coördinatiegroep waarvan de kern bestaat uit vaste vertegenwoordigers van vooral genoemde netwerken en instellingen; deze groep wordt per gemeld gezin uitgebreid met (betrokken) hulpverleners (van andere instellingen) op afroep.
De coördinatiegroep is samengesteld uit een aantal vaste vertegenwoordigers en wordt per gezin aangevuld met vertegenwoordigers uit de meest betrokken instellingen voor dat gezin. Wanneer leden van het gezin noodzakelijke zorg afweren, kan ook een vertegenwoordiger van één van deze instellingen worden toegevoegd die zich toegang kan verschaffen tot het gezin
- D. één contacthulpverlener per gezin, uit één van de betrokken instellingen, die het contact met het gezin onderhoudt en de afspraken over de inzet van hulp van verschillende instellingen bewaakt.
In de coördinatiegroep wordt besloten welke van de aanwezige instellingen de contactfunctie voor een gezin op zich neemt. De keuze wordt gemaakt uit instellingen die al contact hebben met (leden van) het gezin. De voorkeur gaat uit naar de instelling met het meest intensieve contact qua aantal contacturen en/of vertrouwensrelatie.
- E. een vastgestelde werkwijze met vastgelegde beslismomenten en informatierugkoppeling.

2.3 Conclusie

In het begin van dit hoofdstuk is al aangegeven dat de Groningse aanpak als model is genomen voor veel meer initiatieven die in het land sinds eind jaren 90 van de vorige eeuw worden genomen. Elk initiatief wordt gekenmerkt door oprichting van coördinatiepunten, gestructureerde overlegvormen, aanwijzen van 1 vaste contactpersoon per gezin (bij enkele plannen wordt dit opgepakt door een aparte hulpverlener, de gezinscoach), vaste werkwijzen.

Dit Groningse voorbeeld laat zien dat men de aanpak van integrale hulpverlening aan MPH vooral wil verbeteren *door organisatie van de hulp* te verbeteren. Uiteraard is het de opdracht van de hulpverlening de totale hulp zo effectief en efficiënt mogelijk aan te bieden. In de samenwerkingsafspraken is beslist oog voor de specifieke situaties van de MPH's, maar het is de vraag of dit genoeg is.

In een volgend hoofdstuk wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het effect van een verbeterde aanpak, de integrale aanpak in Enschede

Hoofdstuk 3 Initiatieven tot verbetering van hulp aan MPH – Enschede

In december 1997 is in Enschede een pilot “ integrale aanpak MPG” gestart in 2 stadsdelen. Deze pilot is in 2000 geëvalueerd en in 2001 uitgebreid naar alle stadsdelen van de stad. Het project had een looptijd tot 2006 en is in 2004 wetenschappelijk onderzocht door bureau Advies- en Onderzoeksgroep Beke uit Arnhem.

Het project en het onderzoek hiernaar is te vinden in “*Een integrale aanpak van multiprobleem gezinnen in Enschede*”, geschreven door van Leiden en Ferwerda (2004).

3.1 Integrale aanpak van MultiProbleemGezinnen (MPG) in Enschede

De inzet van de pilot was het verbeteren van het bereik en het effect van de hulpverlening aan multiprobleem gezinnen, dus het betrof huishouden waar zich ook kinderen bevonden jonger dan 18 jaar.

Concrete doelstelling was “*het aantal multiprobleem gezinnen te stabiliseren en de problematiek van de gezinnen te verminderen of beheersbaar te maken*”. Subdoelstellingen waren:

- *Vergroten van de zelfredzaamheid van de gezinnen*
- *Herstel van sociaal netwerk*
- *Bieden van toekomstperspectief*
- *Preventie van escalatie van problemen*
- *Doorbreken van de vicieuze cirkel*
- *Voorkomen/verminderen van overlast door gezinnen*”

Dit werd nagestreefd door het aanstellen van een casemanager: een centrale hulpverlener die de aanspreekpersoon werd en bleef gedurende de tijd dat het gezin hulp nodig heeft.

Gekozen is om de invulling van de taken en verantwoordelijkheden van de casemanager te laten invullen volgens het zogenaamde ‘reisgenotenmodel’: de casemanager is dan een centrale begeleider van het gezin; hij werkt outreachend (stapt actief op de gezinnen af) en onderhoudt de contacten met alle hulpverlenende instellingen en hulpverleners – hij heeft geen therapeutisch relatie met het gezin. Naarmate de totale hulpverlening effect had, werd de rol van de casemanager meer ingevuld volgens het ‘makelaarsmodel’ – hij kwam minder vaak over de vloer bij het MPG, hield het proces en de ontwikkeling wel in de gaten.

Tijdens een intakefase werd contact gezocht door de casemanager met alle hulpverleningsinstanties waar het gezin contact mee had (gehad). Dit leidde tot het opstellen van een werkplan voor de eerste 3 maanden met gezin en hulpverleners. Elke 3 maanden en zondig vaker werd dit plan met het gezin besproken door de casemanager en vond zo nodig bijstelling plaats.

Bijna alle casemanagers die werden geworven waren maatschappelijk werkers. Gemiddeld had een casemanager een caseload van 18 gezinnen. Gemiddeld bleef een casemanager 2,5 jaar in beeld bij een gezin.

Tevens werd er een convenant afgesloten op beleidsniveau met de zorg- en hulpverlenende instanties. Hierin werden afspraken gemaakt over samenwerking en benodigde tijdsinvestering om overleggen te kunnen voeren.

Insteek van de aanpak van de gezinnen was het uitgaan van het gezonde deel van de gezinnen en het positief bekrachtigen van kleine stappen in de goede richting (Leiden & Ferwerda 2004).

3.2 Onderzoek naar pilot “integrale aanpak van MPG”

Het onderzoek vond plaats in 2003-2004 door middel van 4 methodieken:

- Kwalitatieve dossieranalyse: Hiervoor was afgesproken dat er voorafgaande aan de pilot gewerkt zou gaan worden met het registratiemiddel IVIT: Informatieverwerking integraal traject. Een digitaal dossier dat speciaal is ontwikkeld om met meerder hulpverleners een proces bij een gezin te volgen. Registratie kan dan plaatsvinden op leefgebieden, waardoor effecten ook op leefgebieden zichtbaar kunnen worden gemaakt.
- Groepsinterviews met hulpverleners die betrokken waren bij de hulp aan MPG.
- Interviews met beleidsmakers van de hulpverlenende instellingen.

- Interviews met 5 MPG's die deel uitmaakten van het project (Leiden & Ferwerda 2004).

3.3 Uitkomsten van het onderzoek

De belangrijkste uitkomsten van het onderzoek zijn de volgende:

- De vooraf opgestelde subdoelstellingen bleken lastig te meten. De termen waren onvoldoende concreet: Het doorbreken van de vicieuze cirkel bij gezinnen is zeer moeilijk, het vergroten van het toekomstperspectief en het voorkomen van escalatie zijn meer reële doelstellingen.
- Per jaar werden er rond de 100 gezinnen aangemeld bij het MPG-project. Moeilijk te bereiken gezinnen blijven de zorgmijders, de zigeuners en allochtone gezinnen.
- De gezinnen kampen met meervoudige problematiek, maar de hoofdproblemen waren vaak opvoeding, psychische problematiek, relatieproblemen binnen en buiten het gezin, en financiële problemen. Vaak betrof het éénoudergezinnen.

Gezinnen

- Bij 80 % van de gezinnen is er gedurende of bij het einde van de begeleiding door het MPG – project sprake van een vermindering of stabilisatie van de problematiek.
- Binnen de gezinnen vinden regelmatig ernstige gebeurtenissen plaats zoals uithuisplaatsing van kinderen, verhuizing, echtscheiding, overlijden van een dierbare, gevangenneming. Deze gebeurtenissen hebben invloed op alle leefgebieden en bevorderen het gevoel van machteloosheid.
- De gezinnen zelf geven aan goed geholpen te zijn door de casemanagers en hebben weer vertrouwen gekregen in de hulpverlening.
- Bij alle MPG gezinnen (wel of niet succesvol na het MPG-project) neemt de terugval in de hulpverlening na een half jaar weer toe. Echter: gezinnen die het MPG-project succesvol is afgesloten hebben anderhalf jaar na het project minder contact met politie en hulpverlening dan gezinnen waarbij de begeleiding geen of gedeeltelijk succes heeft opgeleverd.
- De kleine (soms tijdelijke) successen bestaan uit bijvoorbeeld geen overlast meer bezorgen: dit levert winst op voor het gezin zelf maar ook voor de buurt.
- De positieve bekrachtiging en het kunnen bouwen van vertrouwen creëert een goede situatie om verder te kunnen gaan: *“Dit is de sleutel tot succes”* - aldus een respondent.

Samenwerking op uitvoerings- en beleidsniveau

1. Een slagvaardige, multidisciplinaire en integrale aanpak op uitvoeringsniveau is geslaagd.
2. Op beleidsniveau is dit onvoldoende bereikt. Financiële en wettelijke kaders (bijvoorbeeld wachtlijsten, omgaan met privacy gevoelige informatie, te kort aan middelen) belemmeren instanties om gemaakte afspraken na te komen. De afspraken in het convenant bleken onvoldoende duidelijk.
3. Casemanagers hebben behoefte aan consultatiemogelijkheden om meer kennis op andere terreinen dan hun maatschappelijk werk te kunnen opdoen.
4. Wisseling van personeel, met name op uitvoeringsniveau en zeker als het gaat om de casemanagers blijkt zeer negatief te werken voor de gezinnen. Men geeft aan weer opnieuw te moeten beginnen.
5. De lage caseload van de casemanagers is enerzijds noodzakelijk om het vertrouwen met de gezinnen te kunnen opbouwen - anderzijds om te voorkómen dat het werk van deze functionarissen te zwaar wordt. De werkdruk wordt door hen als zwaar ervaren, vooral door de problematiek waarmee zij te maken hebben. Daarnaast speelt de hectiek van het werk: het op korte termijn kunnen inspelen op dreigende crisissituaties.

Succes- en faalfactoren

- Het project wordt breed gedragen, op instellingsniveau en op uitvoeringsniveau.
- Het MPG-project biedt intensieve hulp aan waardoor shopgedrag van doelgroep bij hulpverlenende instantie wordt voorkomen.
- Een lage caseload van de casemanagers draagt bij aan het kunnen opbouwen van vertrouwen bij de gezinnen; dit is belangrijk om te komen tot goede hulpverlening.
- Het multidisciplinaire karakter van het project voorkomt dat gezinnen in de anonimiteit en tussen wal en schip geraken.
- Het registratiesysteem IVIT is nog onvoldoende methodiekondersteunend en gebruikersvriendelijk; nog niet alle informatie kan op uniforme wijze worden ondersteund.

- Voor de gemeente Enschede leverde het project geen kostenbesparing op, vanwege de duur van de contacten met de gezinnen is het zelfs duur (Leiden & Ferwerda 2004).

3.4 Conclusie

Een integrale aanpak van MPG door middel van het sluiten van een convenant waarin hulpverlenende instanties komen tot samenwerkingsafspraken en door middel van het aanstellen van casemanagers met een lage caseload lijkt succesvol te kunnen zijn om de situaties van de MPG te stabiliseren en soms te verbeteren. Dit komt met name omdat het aansluit op de behoefte van de gezinnen (outreaching karakter) en er aandacht is voor opbouwen van vertrouwen. In de directe zin levert het geen kostenbesparing op. Op de lange termijn zijn over de kostenbesparing geen uitspraken te doen. Het MPG-project kan voor een substantieel deel van de MPG uitkomst bieden en verdient het om verder ontwikkeld en geprofessionaliseerd te worden.

Opgemerkt moet worden dat de verwachtingen niet te hoog gespannen moeten zijn en geen doelen op korte termijn gesteld mogen worden. Transgenerationele problematiek is moeilijk te doorbreken.

Hoofdstuk 4 Coördinatie Moeilijk Plaatsbaren Kampen

Sinds 1997 is in Kampen, op initiatief van de woningbouwvereniging Delta Wonen Coördinatiepunt Moeilijk Plaatsbaren (CMP) opgericht. Ook dit is een initiatief waar hulp aan MPH wordt geleverd. In maart 2009 heb ik een ochtend meegelopen met een van de maatschappelijk werkenden van het CMP, Herman Leemreijze. Hieronder volgt een impressie op basis van mijn werkbezoek, interview met de 2 maatschappelijk werkenden (ook met collega Henk Wemmenhove) en het jaarverslag 2008 CMP.

4.1 Doelstelling en werkwijze CMP

Het CMP is opgericht vanuit een “2^{de} kans beleid” – behoefte: ook woningbouwverenigingen voelen een uithuisplaatsing als falen van hun kant en gaven aan behoefte te hebben om eerder hulp te kunnen leveren dan te wachten totdat zij over moeten gaan op uithuiszetting. Reguliere hulp kwam meestal te laat of werd niet geaccepteerd door een huishouden. De aanpak werd low profile omschreven als:

‘Het is meer voorwaarde scheppen voor een cliënt, die hem/haar in staat stellen plezierig te leven en overzicht over hun leven te krijgen dan hem/haar te genezen.’ (Leemreijze en Wemmenhove 2009)

Concretere subdoelstellingen zijn:

- mensen met woonproblemen mogelijkheden bieden om aan deze problemen te werken.
- bieden van hulp op maat, waarin eigen verantwoordelijk zo mogelijk wordt geactiveerd.
- bijdrage leveren aan het voorkómen van extreme overlast aan de Kamper samenleving.
- het initiëren, begeleiden en bewaken van zogenaamde tweede kans beleid om het wonen te continueren en hulpverlening te regelen op die leefgebieden die hebben geleid tot de problemen.
- hulp regelen bij crisissituaties.
- mensen uit detentie (inkomen- en dakloos) weer op weg te helpen.

De doelgroep die in contact komt met de CMP heeft geen harde inclusiecriteria: het gaat om huishoudens die problemen hebben op diverse leefgebieden (meest voorkomende zijn: huisvesting, zwak sociaal netwerk, zelfzorgproblemen, geen zinvolle dagbesteding, financiële problemen, relationele en opvoedkundige problemen), die tussen wal en schip dreigen te geraken. De definitie van hoofdstuk 1 volgend, gaat het dus om multiprobleem huishoudens.

Het is de taak van de coördinatoren om buiten en langs de reguliere hulpverlening de coördinatie op zich te nemen. Dit doen ze nadrukkelijk ‘outreaching’ - gevraagd maar ook ongevraagd naar de mensen toe stappen. Een huisbezoek kan gaan om:

- te horen hoe het gesprek met Dimence (voorheen RIAGG) is geweest,
- mensen te herinneren aan afspraken met Tactus (verslavingszorg),
- te vragen hoe het gaat en er vervolgens achterkomen dat een gezin, dat net uit de schuldhulpverlening - opnieuw een financiële transactie is aangegaan die hen weer in de problemen kan brengen; mensen worden dan direct aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

Ogenscheinlijk lijken dit weinig doelgerichte contacten, maar gezien de doelgroep kunnen dit belangrijke ruggensteuntjes zijn die een bijdrage kunnen leveren aan hun dagelijkse leven.

Onder het motto “als het niet kan zoals het moet, moet het maar zoals het kan” proberen de coördinatoren van het CMP zo laag drempelig als mogelijk te blijven. De wetgeving wordt gerespecteerd – maar er wordt zeer kritisch omgegaan met starre regels - intuïtie wordt benoemd en ingezet om de belangen van cliënten te behartigen. Belangrijke aspecten van het werk zijn: duidelijk zijn, speels, creatief, soms maar niet altijd soft, praktisch, uitgaan van mogelijkheden, vaardigheden bij cliënten stimuleren, positief bekrachtigen, grenzen stellen.

De coördinatoren hebben contact met de cliënten zelf én met de hulp- en dienstverlenende instanties. Cliënten weten dat de coördinatoren contact hebben met de instanties. Bij de instanties komen ze op voor de cliënten, vragen geduld, stemmen af en geven hen gevraagd en ongevraagd advies. Elf keer per jaar zitten zij het BOMP voor (Breed/Beleid Overleg Moeilijk Plaatsbaren). Hierin participeren

Woningbouwverenigingen, Gemeente Kampen, Algemeen Maatschappelijk werk, RIBW, Tactus, politie, soms vrouwenhulpverlening. In dit overleg vindt afstemming plaats.

Het CMP wil geen extra hulpverlening zijn en neemt geen taken over van de reguliere hulpverlening; zij ziet haar taak meer als smeerolie tussen de instanties en opvangnet voor de cliënten (Leemreijze & Wemmenhove 2009).

4.2 Bereik van de hulpverlening

Het aantal cliënten in het CMP is groeiende, van 40 in 2005 naar 134 in 2008. Op basis van deze groei is in 2007 de formatie van het CMP verdubbeld van 1,0 naar 2,0 fte. Van de 134 huishoudens is het in 22 gevallen gegaan om korte contacttijden – mensen zijn na de intake direct bij reguliere hulpverlening terecht konden. Van de 134 huishoudens ging het in 3 gevallen om echtparen zonder kinderen, 29 huishoudens met kinderen (1 en 2 oudergezinnen) en om 102 alleenstaanden.

De groei van cliënten gaat vooral om jongere mensen (< 40 jaar).

In 2008 zijn er 31 cases afgesloten; het gaat om 2 onbevredigend afgesloten, 6 verhuizingen, 13 doorverwijzingen en 12 geheel afgesloten situaties (Leemreijze & Wemmenhove 2009).

Tijdens mijn werkbezoek heb ik samen met Herman Leemreijze 6 huishoudens bezocht. Sommige afspraken waren gepland, andere niet.

Dit werkbezoek leverde mij de volgende indrukken op:

Cliënten kennen de coördinatoren goed, zij reageren positief op zijn bezoek. Ze durven eerlijk te zeggen dat ze een gesprek met bv de jeugdzorg niet positief vonden. Als de coördinator uitlegt dat hij het eens is met de jeugdzorg, blijven ze in contact met hem, juist omdat hij ook aangeeft dat dat niet makkelijk is om te horen. De coördinator ziet zijn cliënten regelmatig, ook bij hen thuis, mensen doen zonder aarzeling de deur voor hem open. Soms is hij binnen 10 minuten weer weg en heeft hij hen alleen een compliment gegeven. Je ziet mensen daar positief op reageren. Bij grensoverschrijdend gedrag geeft de coördinator duidelijk aan dat hij dat gedeelte van het gesprek wil afsluiten – en een nieuwe afspraak wil om de cliënt opnieuw een kans te geven.

Van de coördinator MP vraagt het rust, geduld en uithoudingsvermogen. Hij moet bereid zijn en blijven tevreden te zijn met kleine stappen die cliënten zetten. Hij communiceert duidelijk en eerlijk, en soms houdt hij zijn contact zeer kort. Dit doet hij bewust- hij kiest hiervoor omdat zijn ervaring is dat deze cliënten bij lange gesprekken afhaken, en sociaal wenselijke antwoorden gaan geven. Hij geeft aan dat mensen dat geleerd hebben – “dan zijn ze voorlopig weer even van hen af”.

4.3 Conclusie

Juist door weinig strakke doelstelling, geen output productieafspraken, losse en positieve aanpak, maar ook heldere communicatie & onafgesproken bezoeken lijkt het het CMP te lukken een groep MPH een basisopvang te bieden. Juist door een balans van formele, strakke afspraken en informele communicatie waarin expliciet aandacht is voor positieve feedback kan voorkomen worden dat huishoudens verder afglijden. Vooral het outreachende karakter maakt dat cliënten vertrouwen houden in de hulpverlening. Ook al geeft een van de coördinatoren aan dat het soms blijft bij pappen en nathouden en bidden en hopen dat de volgende generatie betere kansen krijgt.

Hoofdstuk 5 Conclusie

Welke kansen/valkuilen liggen er in het idee van '1 huishouden, 1 plan, 1 hulpverlener(steam)' zoals Zwolle dat in de 'pilot Palestinalaan' wil realiseren?

5.1 Kansen

Op basis van deze korte literatuurstudie en het werkbezoek kunnen de volgende kansen worden benoemd:

Voor de MPH's:

1. Eén vaste contactpersoon voor een MPH is een middel die in vele landelijke pilots en projecten wordt ingezet: men is het er redelijk over eens dat daar een belangrijke kans ligt om de hulpverlening te verbeteren: één persoon die het MPH goed kent en in staat is vertrouwen op te bouwen.
2. Eén hulpverlener die fysiek dichtbij het MPH wordt gehuisvest is letterlijk een stap in de goede richting: een aanspreekpersoon die 'buren' zijn van mensen kan laagdrempelig werken. Het creëert de mogelijkheid om 'outreachinge hulpverlening' voor MPH heel concreet te maken: formeel en informeel contact is vrijwel direct beschikbaar. De cliënt kan naar de hulpverlener toe en de hulpverlener kan 'even langs gaan' bij de cliënt (zie Kampen).
3. Het positief bekrachtigen en het opbouwen van vertrouwen creëert een goede situatie om verder te kunnen gaan en kan de cirkel van wantrouwen tegen de hulpverlening doorbreken (zie Kampen en Enschede).
4. Het werken met casemanagers/ één contactpersoon kan kleine (soms tijdelijke) successen boeken die misschien voor iets opleveren voor het MPH, maar ook voor de buurt, de flat, (bijvoorbeeld geen overlast meer bezorgen): dit bevordert de integratie in de buurt (zie Enschede).
5. Het feit dat de hulpverlening dichtbij zit kan voorkomen dat MPH in de anonimiteit verdwijnen; ze zijn letterlijk 'in beeld'.

Voor de hulpverlening van de MPH's:

6. De hulpverlener op locatie wordt min of meer onderdeel van de wijk. Hij/zij ervaart wat er in de buurt of flat speelt, dus ook de interactie tussen MPH en fysieke & sociale leefomgeving. Dit maakt de context van het MPH duidelijker dan wanneer de hulpverlener niet op locatie werkt.
7. De afstand tussen de hulpverlener op locatie en de voorzieningen in de wijk zijn klein, bv het contact met een wijkagent of een leerkracht zijn eenvoudiger te organiseren.
8. Hulpverlening op locatie biedt intensieve hulp, waardoor shopgedrag van MPH bij hulpverlenende instantie wordt voorkomen (zie Enschede)

Samenwerking hulpverlening op uitvoerings- en beleidsniveau

9. Een slagvaardige, multidisciplinaire en integrale aanpak op uitvoeringsniveau voor MPH, zoals dat is in Nederland al op diverse plekken is ingevoerd biedt kansen tot slagen (zie Groningen, Enschede, Kampen); door het huisvesten van de hulpverlening op locatie komt die benadering ook werkelijk in beeld voor de doelgroep.
10. Vanwege 1 hulpverlenersteam zal besloten moeten worden wie zijn intrek neemt in de flat; dit vereist van de instanties dat ze tot vergaande samenwerkingsafspraken komen. De afspraken die er nu zijn middels het team VIA bieden waarschijnlijk een goed vertrekpunt (zie Enschede, Kampen). Punt van aandacht hierbij is de keuzevrijheid van de cliënt.

5.2 Punten van aandacht

Valkuilen, punten van aandacht voor de pilot op grond van dit onderzoek zijn:

1. Financiële en wettelijke kaders (bijvoorbeeld wachtlijsten, omgaan met privacy gevoelige informatie) belemmeren instanties om tot afspraken te komen (zie Enschede).
2. In Enschede zijn de casemanagers maatschappelijk werkenden. Deze casemanagers gaven aan behoefte te hebben aan consultatiemogelijkheden om meer kennis op andere terreinen

dan hun maatschappelijk werk op te kunnen opdoen. Welke functionaris de hulpverlener op locatie in Zwolle wordt is nog niet bekend. Maar hij/zij zal kennis op moeten doen op terreinen buiten zijn eigen deskundigheid (Zie Enschede).

3. Wisseling van uitvoerend personeel, blijkt zeer negatief te werken voor het MPH (zie Enschede). Een moeilijk te beïnvloeden factor, maar deze kan grote gevolgen hebben voor de pilot. Continuïteit van de hulpverlener op locatie is van groot belang, met name voor het vertrouwen.
4. De casemanagers in Enschede ervoeren een grote werkdruk, door de hectiek van het werk (crises bij de gezinnen) en de complexiteit van de problematiek (zie Enschede). Gezien het belang van continuïteit van persoon is een lage caseload aan te bevelen. Er worden geen duidelijke aantallen genoemd hoe groot de caseload zou moeten zijn.
5. Wanneer het gaat om projecten om hulpverlening te verbeteren, dan is de doelgroep vrijwel altijd het multiprobleem gezin: een inclusiecriteria is dat er kinderen niet ouder dan 18 jaar aanwezig zijn; er wordt geen reden aangegeven waarom huishoudens zonder kinderen niet in aanmerking komen voor verdergaande hulpverlening. Kampen en team VIA Zwolle hanteren die regel niet, en gezien de cases die daar behandeld worden is er wel degelijk sprake van multi-problematiek: verstoring van meerder leefgebieden (zie hoofdstuk 1). De hulpverlening op locatie zou als doelgroep de huishoudens zonder kinderen niet moeten uitsluiten.
6. Zowel in Groningen, Enschede en Kampen is een belangrijke factor een breed draagvlak bij de hulpverlenende instanties, zowel op uitvoerings- als op beleidsniveau.
7. De pilot Palestrinalaan kan niet verwachten dat er kosten zijn te besparen met het project: uit het onderzoek van Enschede blijkt dat het werken met casemanagers duur is. Het is niet meetbaar gebleken te kijken naar wat de inzet van casemanagers op de lange termijn financieel oplevert.
8. Zowel Enschede en Kampen laten zien dat de doelstellingen van verbeterprojecten niet te hoog moeten zijn van de pilot: de problemen van MPH zijn weerbarstig en moeizaam. Het feit dat sommige MPH al generaties lang bestaan maakt dat zichtbaar. Het gaat om kleine successen of soms erger voorkomen.

5.3 Conclusie

De pilot Palestrinalaan biedt zeker kansen om de vicieuze cirkel van frustraties bij MPH en de hulpverlening van MPH te doorbreken: een hulpverlener(steam) op locatie getuigt van een vergaande vorm van outreachende hulpverlening. Enkele belangrijke voorwaarden zijn: breed draagvlak bij de samenwerkende hulpverleningsinstanties, aandacht voor continuïteit van de hulpverlener, en niet te hoge verwachtingen van de pilot.

Slotwoord

Het schrijven van deze notitie is voor mij de afsluiting van mijn eerste taak bij de kenniskring De Gezonde Stad. In juli 2008 heb ik, samen met de lector Joop ten Dam, voor het eerst een bespreking gevoerd bij Remco de Paus, beleidsadviseur bij de afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling bij de gemeente Zwolle. De bedoeling was dat de pilot Palestrinalaan eind 2008 zou worden ingevoerd, de voorbereidingen waren al in gang gezet. Het aanbod van het lectoraat was dat de interventie (hulpverlening op locatie) op effectiviteit onderzocht zou worden.

Om diverse redenen is deze pilot uitgesteld. Van juli tot december 2008 had ik mij geconcentreerd op informatie verzamelen over het uitvoeren van effectonderzoek in de hulpverlening en het in kaart brengen van informatie over de Palestrinalaan, op zoek naar data die ik in dit onderzoek zou kunnen meenemen. In maart 2009 is besloten dat het wachten op het onderzoek naar de pilot geen haalbare kaart meer is voor mij en voor het lectoraat. In plaats daarvan zou ik mijn literatuuronderzoek en mijn werkbezoek samenvatten.

Omdat ik zelf als wijkverpleegkundige regelmatig in aanmerking ben gekomen met MPH, had ik wel een beeld van de problematiek. Het literatuuronderzoek heeft die kennis over dit onderwerp verdiept. Het aantal projecten en pilots met als onderwerp multiprobleem die de afgelopen 10 jaar in Nederland zijn gestart was groot: hoewel de uitwerkingen en de accenten enigszins van elkaar verschillen zijn de overeenkomsten groot: het aanstellen van 1 contactpersoon, casemanagers, gezinscoaches, om het contact met het MPH voor hen te vereenvoudigen. Deze ogenschijnlijke simpele oplossing heeft resultaat, zo blijkt uit het onderzoek van Enschede.

Maar vrijwel overal klinkt ook een waarschuwing: 'verwacht niet te veel'. Dit loopt als een soort rode draad door de literatuur heen. Vanuit de verzakelijking van de hulpverlening moeten er doelen op korte termijn worden gehaald en deze doelen moeten leiden tot snelle resultaten. Maar juist bij MPH kunnen "snelle" doelen contraproductief werken en worden ze frustrerend voor het MPH en de hulpverlening.

Tot slot wil ik mijn dank uitspreken aan Remco de Paus, voor het beschikbaar stellen van informatie, Joop ten Dam, voor het meelezen en beoordelen van mijn verslag en natuurlijk aan Herman Leemreijze en Henk Wemmenhove, voor de gelegenheid die zij mij gaven om mee te gaan op huisbezoek in Kampen.

Literatuurlijst

Anonymus (2007), "Eindhoven Convenant casusoverleg risicojeugd",
http://www.vng.nl/Praktijkvoorbeelden/JOS/CJG/2008/Eindhoven_Convenantcasusoverlegrisicojeugd_2007.pdf

laatst gezien 8 april 2009

Anonymus (2009) "Gezamenlijk nieuwsbrief MPG en Jeugdnetwerken",
http://www.dmo.amsterdam.nl/jeugd/jeugdzorg/nieuwsbrief_mpg_2

laatst gezien 11 maart 2009

Baartman, H, JS Dijkstra (1987) Multiprobleemgezinnen II; de opvoedingsproblematiek.
Tijdschrift voor Orthopedagogiek 1,220

Gemeente Zwolle, eenheid wijkzaken (2007), "*Metamorfose, Wijkanalyse Holtenbroek*", afdeling communicatie gemeente Zwolle

Goderie M, M Steketee (2003), *Gezinnen in onbalans : onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht

Hogervorst C (2004), *Gezinscoach in Multiprobleem-gezinnen – evaluatie JPP Nazorg*, Gemeente Eindhoven Afdeling Bestuursinformatie en Onderzoek

Hoogendam S, E Vreenegoor (2007), *Intensief Casemanagement & Complexe meervoudige problemen*, Coutinho, Bussum

Laan van der Y (2006), *Ketenorganisatie Probleemgezinnen Oost Veluwe*, Buro voor Beleid en Organisatieontwikkeling, Groningen

Lafeber H (1993), *Effecten van deskundigheidsbevordering in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen*, proefschrift faculteit Klinische Psychologie, Utrecht

Leemreijze H, H Wemmenhove (2009) ,*Jaarverslag Coördinatie Moeilijkplaatsbaren 2008*, CMP De Kern, Kampen

Leiden, van IMGG, HB Ferwerda (2004), "*Een integrale aanpak van multiprobleemgezinnen in Enschede*" Advies- en Onderzoeksgroep Beke, Arnhem

Team VIA (2007), "*Bemoeizorg in de regio IJssel – Vecht, Jaarverslag 2006*", Regio IJssel – Vecht, Zwolle

Bijlage: over de auteurs

Dr. J.J.M. (Joop) ten Dam

Dr. Joop ten Dam is per 1 februari 2008 benoemd als lector bij het lectoraat De Gezonde Stad. Hij combineert deze functie met zijn werk bij het Nationaal Gezondheidsinstituut NIGZ.

Ten Dam studeerde Sociale Wetenschappen en werkte daar van 1979 tot 1998 als docent. Hij promoveerde in 1997 op het proefschrift *Gezonde stadsgezichten*, een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid.

Het lectoraat De Gezonde Stad weerspiegelt de onderwerpen waarin hij de laatste twee decennia heeft geïnvesteerd: de stedelijke omgeving en factoren die een gezonde leefstijl bevorderen, sociaal-economische gezondheidsverschillen, de community- en ketenbenadering, de aanpak en preventie van overgewicht bij jeugdigen en gezondheid als element in stedelijk beleid. Via het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen en later via het convenant Lokaal Gezond van het NIGZ heeft hij zich gericht op versterking en verbreding van gezondheidsbevordering. Trefwoorden waren: directe samenwerking met gemeenten en GGD-en in het ontwikkelen en implementeren van effectieve interventies, netwerkontwikkeling (zowel virtueel via ITC, als feitelijk), consultancy en praktijkgerichte trainingen. Een nieuwe ontwikkeling die hij de laatste jaren mede heeft helpen opbouwen is integraal gezondheidsbeleid ofwel gezond beleid. Ook dit weer in samenwerking on-the spot met gemeenten en regionale organisaties. Op 23 januari 2009 sprak Joop ten Dam zijn lectorale rede 'De Gezonde Stad, driemaal beter: leeft beter, woont beter, zorgt beter' in verkorte vorm uit tijdens de installatiedag op Windesheim.

L. (Lubke) van 't Hul, MSc

Na het behalen van het HBO-V diploma (1983) heeft Lubke als wijkverpleegkundige gewerkt, zowel curatief (patiëntenzorg) als preventief (Jeugdgezondheidszorg). Als stafverpleegkundige bij een provinciale kruisvereniging/ regionale thuiszorginstelling heeft zij zich bezig gehouden met beleidsontwikkeling en scholing & training voor wijkverpleegkundigen. In 1997 is zij als docente verpleegkunde gestart op de HBO-V van Hogeschool Windesheim. Als docent is zij verantwoordelijk voor de vakken praktijkgericht onderzoek, verpleegkunde en gezondheidsbevordering, haar specialisatie is de maatschappelijk (extramurale) gezondheidszorg. Van 2005 – 2007 heeft zij studieverlof genomen om een pre-master en master Gezondheidswetenschappen te doen aan de VU in Amsterdam. In de master was haar afstudeerrichting Preventie. Het afstudeeronderzoek heeft zij gedaan bij Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ). Het onderwerp van het afstudeeronderzoek was de relatie tussen zit- en beweeggedrag bij basisschoolkinderen aan de ene kant en overgewicht aan de andere kant. Aandachtspunt van het onderzoek was de verdeling naar sociaaleconomische status.

Sinds september 2008 is zij lid van de KennisKring De Gezonde Stad.