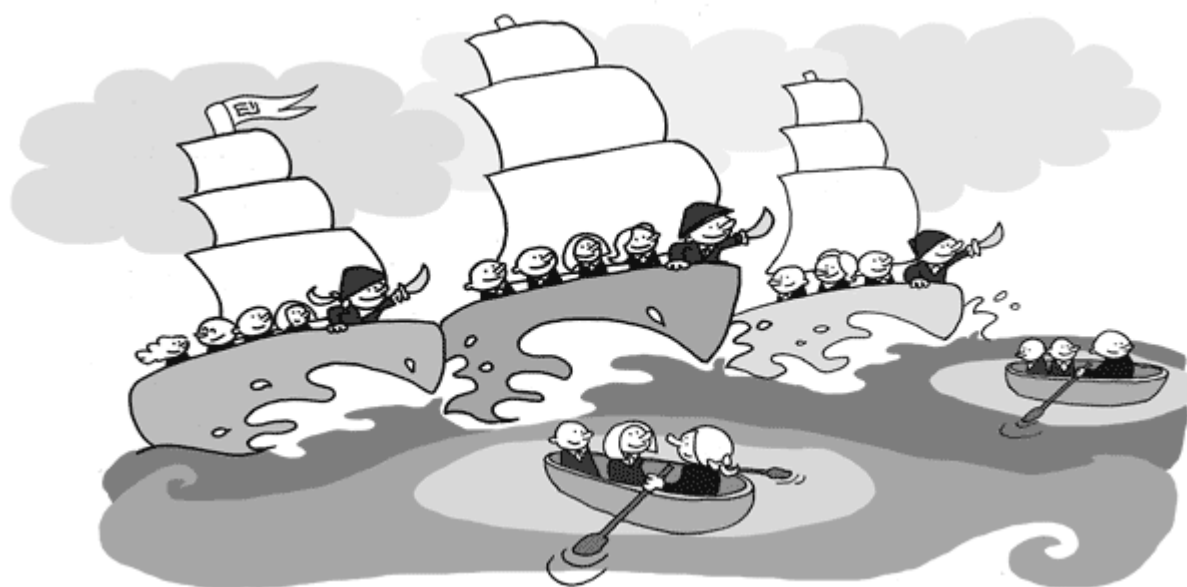


Sturen naar dezelfde bestemming

Coördinatie van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de regio
Zwolle



Hans Hegeman

Bianca Hesse

Christelijke Hogeschool Windesheim

Maatschappelijk werk en dienstverlening

Mei 2009

Sturen naar dezelfde bestemming

Coördinatie van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de regio Zwolle

Hans Hegeman (s230795)

Bianca Hesse (s305049)

Christelijke Hogeschool Windesheim

Maatschappelijk werk en dienstverlening

In opdracht van: - Christelijke Hogeschool Windesheim
 - Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen

Opdrachtgever: - Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen, Margo te Roller

Begeleidende docent: - Ria Peters

Zwolle, mei 2009

Samenvatting

Naar aanleiding van een probleemstelling van het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen is dit onderzoek gestart. Het Kenniscentrum signaleerde een opkomst van casemanagers, zorgcoördinatoren, gezinscoaches en meer. Het is onduidelijk hoe hulpverlening in de regio Zwolle op elkaar afgestemd wordt. Het gaat voornamelijk om multiprobleemgezinnen.

Er is aan de hand van een enquête onderzocht welke naam hulpverleners geven aan de manier waarop zij hulpverlening coördineren. Daarnaast of zij op de hoogte zijn van de werkwijze en visie van collega-instellingen. Er wordt onderzoek gedaan naar de tevredenheid van hulpverleners over de methodiek die zij zelf gebruiken. Volgens hen sluit deze enigszins aan op de methode van collega-instellingen. Tot slot wordt in kaart gebracht waar hulpverleners valkuilen en winst zien in de samenwerking. Hieruit volgt een gemiddeld cijfer van 6,7.

Het blijkt dat er geen eenduidig vakjargon bestaat en dat men wisselend tevreden is over de manier waarop hulpverlening op elkaar afgestemd wordt. Aanbevelingen worden daarom gedaan. Het inzetten van een casemanager, zorgcoördinator of gezinscoach zorgt voor structuur en overzicht. Protocollen die gelden voor alle hulpverleningsinstellingen in de regio Zwolle kunnen uitkomst bieden. Daarin moeten onder andere regels rondom communicatie tussen hulpverleners opgesteld worden. Uitleg van gehanteerde begrippen vermindert misverstanden en per gezin één hulpverleningsplan zou ideaal zijn.

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Het onderzoek	5
2.1 Methode van onderzoek	5
3. Multiprobleemgezinnen	8
4. Methoden en Methodieken	12
4.1 Zorgcoördinatie	12
4.2 Casemanagement	14
4.3 Gezinscoaching	18
5. Conclusie literatuuronderzoek	22
6. Praktijkonderzoek	23
6.1 Resultaten praktijkonderzoek	23
6.2 Conclusie praktijkonderzoek	34
7. Samenvatting en Conclusie	37
7.1 Koppeling tussen literatuur- en praktijkonderzoek	37
7.2 Aanbevelingen	38
8. Nawoord	41
 Literatuurlijst	 42
 Bijlage - Enquête	 44

1. Inleiding

Eenmaal in contact gekomen met het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen zijn we gaan brainstormen over verscheidende onderwerpen voor een eventueel onderzoek. Na een tweetal afspraken kwam het onderwerp ‘coördinatie van zorg’ naar voren. Vanuit dit thema is een probleemstelling gekomen. Er is binnen het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen namelijk geen overzicht van de manier waarop hulpverlening aan multiprobleemgezinnen gecoördineerd wordt in de regio Zwolle en of er knelpunten zijn. Daarnaast worden vaak voor hetzelfde fenomeen verschillende woorden gebruikt, zoals gezinscoaching, casemanagement en zorgcoördinatie. Hoe zorg aan multiprobleemgezinnen op elkaar afgestemd / gecoördineerd wordt en welke naam men hieraan geeft is centraal gesteld. Daaruit kwam de volgende onderzoeksvraag:

Hoe ziet de coördinatie van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de regio Zwolle eruit?

Hierbij behoren een aantal deelvragen, namelijk:

- Hoe wordt hulpverlening aan multiprobleemgezinnen door de deelnemende instellingen op elkaar afgestemd?
- In hoeverre is er sprake van overlap / overeenstemming / tegenstelling in de hulpverlening?
- Welke mening hebben hulpverleners met betrekking tot afstemming van de hulpverlening?
- Welke plus- en knelpunten ervaren hulpverleners met betrekking tot afstemming van de hulpverlening?

Door het uitvoeren van dit onderzoek is ons doel het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen een beter beeld te geven over de huidige afstemming van, en visie op zorg. Tevens willen we te weten komen welke methodes door de verschillende instellingen worden gebruikt. Tot slot komen we tot een nota met aanbevelingen.

In de komende hoofdstukken zult u een literatuuronderzoek treffen, de resultaten uit enquêtes en de daaruit voortgekomen conclusies. In hoofdstuk 1 staat de inleiding. Waarna in hoofdstuk 2 wordt overgegaan op de ‘Methode van onderzoek’. De uiteenzetting van de begrippen: ‘Multiprobleemgezinnen, Zorgcoördinatie, Casemanagement en Gezinscoaching’ vindt u in hoofdstuk 3 en 4. De conclusies uit het literatuuronderzoek zijn te lezen in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 vermeldt de resultaten en de conclusie van het praktijkonderzoek. In hoofdstuk 7 wordt een koppeling tussen het literatuur- en praktijkonderzoek gemaakt en worden de aanbevelingen naar aanleiding van die conclusies beschreven. Tot slot is er een nawoord waarin betrokkenen bij dit onderzoek bedankt worden.

2. Het onderzoek

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de manier waarop het onderzoek is vormgegeven. Dit wordt gedaan aan de hand van een aantal thema's. Er wordt duidelijkheid gecreëerd over de onderzoekspopulatie en de dataverzamelingsmethode. Ook wordt een uitleg gegeven over de gebruikte meetinstrumenten en de betrouwbaarheid van het onderzoek. Tot slot is in dit hoofdstuk een analyse op de onderzoeksmethode opgenomen.

2.1 Methode van Onderzoek

Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek is in opdracht van het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen. Daarom is voor de onderzoekspopulatie gekozen voor alle deelnemers van het Kenniscentrum. Uitgesloten zijn docenten en studenten van de School of Social Work van Christelijke Hogeschool Windesheim. Zij zijn namelijk geen werkveldvertegenwoordigers. Geënquêteerden zijn allen werkzaam bij hulpverleningsinstellingen in de regio Zwolle. Via deze weg zijn bijna alle instellingen benaderd.

Dataverzamelingsmethode en uitvoering

In de vraagstelling komt hoofdzakelijk een beschrijvend gedeelte naar voren. Namelijk de wijze waarop verschillende hulpverleningsinstellingen, verschillende zorg op elkaar afstemmen. Het gaat om de beschrijving van methoden en methodieken. En daarnaast de inventarisatie van gevoelens, belevingen en ervaringen van een persoon of groep personen. Kenmerkend is dat de perspectieven van de betrokkenen op eenzelfde gebeurtenis sterk kunnen verschillen. We stappen daarom zo open mogelijk het onderzoek in. Het bovenstaande laat zien dat het gaat om een beschrijvend onderzoek.

Om data te verzamelen is gestart met het zoeken naar beschikbare literatuur en onderzoeksrapporten. Er is gebruik gemaakt van recente literatuur, maar tevens is gedateerde informatie geraadpleegd. Hetgeen niet meer van toepassing was uit de gedateerde informatie is achterwege gelaten. Opvallend bij het verzamelen van gegevens is dat er over casemanagement veel literatuur voor handen is. Gezinscoaching is een begrip dat veel gebruikt wordt in de jeugdzorg. Informatie is daarom veelal daarop gespitst. Over het onderwerp zorgcoördinatie is weinig tot geen concrete informatie te vinden. Vele boeken bevatten onderzoeksresultaten en -rapporten. Een dilemma hierin is dat deze gegevens regelmatig botsten of gelden voor een bepaalde regio. Desondanks zijn deze rapporten wel nuttig geweest voor het literatuuronderzoek. Enkele rapporten kwamen bijvoorbeeld van het JSO en het NJI. Daarnaast zijn voorgaande afstudeeronderzoeken van het Kenniscentrum geraadpleegd.

Naar aanleiding van de onderzoeksvraag en het literatuuronderzoek zijn thema's naar voren gekomen welke relevant waren voor het opstellen van de enquête. Aan de hand van deze thema's is de enquête opgesteld. Na het opstellen is de enquête verstuurd via de e-mail en per post. Deelnemers waren hier reeds van op de hoogte. De enquête is in een bijeenkomst van het kenniscentrum aangekondigd, waarop een positieve reactie is gegeven.

Voor dit onderzoek is gekozen voor een casestudy, omdat daarmee de wijze waarop hulpverlening op elkaar afgestemd wordt door de verschillende instellingen in kaart gebracht

kan worden. Door dat via een casestudy te onderzoeken kunnen we de verschillen, omstandigheden, condities en contexten waarbinnen deze afstemming van hulpverlening wordt toegepast vergelijken.

Er is voor dit onderzoek gebruik gemaakt van de opzet voor een casestudy¹. Er zijn verschillende varianten van deze opzet deze verschillen vooral op het gebied van case, complexiteit en omvang. Deze elementen staan niet los van elkaar, dus is gekozen voor een onderwerp voor de casestudy; het proces van afstemming.

Deze casestudy is niet erg complex; er is vrij snel een onderzoeksvraag, probleemstelling en doelstelling opgesteld. Daarnaast is bekend van welke bronnen gebruik gemaakt kan worden en welke instellingen bij het onderzoek betrokken zijn. Ook zijn een aantal begrippen afgebakend, zoals zorgcoördinatie, gezinscoach en casemanagement. De omvang van de casestudy is meervoudig.

Meetinstrumenten

Meetinstrumenten¹ voor dit onderzoek zijn de gebruikte begrippen en een schaalverdeling. Dit onderzoek is gestart met het operationaliseren van begrippen. Er is verschillende literatuur geraadpleegd om tot een goede definitie te komen. In de enquête zijn deze begrippen met hun definitie gepresenteerd.

Door middel van de enquête is onderzoek gedaan naar de mening van de deelnemers over de afstemming van hulpverlening. Hiervoor is een stelling gemaakt en daarbij kon aangegeven worden in welke mate de deelnemer het eens was met deze stelling. Tot slot is een schaalvraag gesteld waarvoor de deelnemers een cijfer gaven over het betreffende onderwerp.

Betrouwbaarheid en validiteit

Tijdens dit onderzoek zijn weinig moeilijkheden opgetreden. De medewerking aan de enquêtes was voldoende. Het enige wat de betrouwbaarheid en validiteit¹ heeft aangetast is het feit dat sommige medewerkers van dezelfde instelling samen één enquête hebben ingevuld. Hierdoor hebben zij dezelfde mening gegeven, terwijl enquêtes persoonsgebonden zijn. Medewerkers van een collega-instelling hebben de enquêtes echter wel afzonderlijk ingevuld, waardoor verschillende, zelfs tegenstrijdige antwoorden gegeven werden.

De laatste twee vragen van de enquête zijn echter niet door alle deelnemers goed geïnterpreteerd. Dit wordt nader besproken bij de conclusies uit de enquêtes.

Analysemethoden

Gestart is met het lezen van literatuur en onderzoeksrapporten. Daarbij is gekeken naar relevante informatie waaruit begrippen zijn gedefinieerd. Tevens is de relevante informatie verwerkt in het theoretische kader van dit onderzoek. Hier zijn later conclusies uit getrokken.

De enquêtes zijn op de volgende manier geanalyseerd: de gegeven antwoorden per vraag zijn onder elkaar geplaatst op een poster aan de muur. Dit creëerde een duidelijk overzicht van de resultaten. Uit deze resultaten zijn conclusies getrokken en naar aanleiding daarvan is het onderzoeksverslag opgesteld. Dit onderzoeksverslag bevat aanbevelingen voor het Kenniscentrum.

Korte Samenvatting

Door bovenstaande paragrafen heeft u een beeld kunnen vormen van de manier waarop het onderzoek is vormgegeven. De onderzoekspopulatie bestond uit de deelnemers van het de

¹ Baarda (2005), Basisboek Kwalitatief Onderzoek

Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen. In de bestaande literatuur is gezocht naar informatie om begrippen te verduidelijken. Aan de hand van enquêtes is de benodigde informatie van de deelnemers gevraagd, waardoor het onderzoek voortgezet kon worden.

3. Multiprobleemgezinnen

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het meest belangrijke begrip uit dit onderzoek uitgewerkt: multiprobleemgezinnen. Er wordt ingegaan op vragen als 'Hoe is dit begrip ontstaan?' 'Wat zijn multiprobleemgezinnen?' en 'Aan welke problematiek wordt gedacht bij multiprobleemgezinnen?'. Daarnaast wordt er een toelichting gegeven op hulpverlening. Er wordt geen aandacht besteed aan methodische uitgangspunten of de manier waarop gewerkt wordt met multiprobleemgezinnen.

Definitie

Er bestaat een lange geschiedenis over wat nu 'multiprobleemgezinnen' heet. Het is bijvoorbeeld de doelgroep waarvoor ruim 100 jaar geleden het maatschappelijk werk werd opgezet². Deze groep heeft verschillende benamingen gekend, onder meer: ontoelaatbaar, asociaal, psychisch onvolwaardig, onmaatschappelijk, zwak sociaal en zwak problematisch, kansarm, maatschappelijk kwetsbaar en moeilijk bereikbaar. Hieruit is op te maken dat er vanuit verschillende oogpunten wordt gekeken naar deze groep. Deze groep heeft problemen, maar geeft ook problemen, waaronder overlast aan burens. Om deze reden worden hulpverleners ingezet. Over deze hulpverlening is verderop in dit hoofdstuk meer informatie te vinden. Deze aparte groep in het hulpverleningsveld heeft door zijn opvallendheden dus een eigen benaming gekregen³.

In dit onderzoek wordt de definitie aangehouden die het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen⁴ hanteert. Een multiprobleemgezin is een gezin (minimaal 1 ouder en 1 kind) dat kampt met een chronisch complex van sociaal economische en psychosociale problemen, geworteld in voorgaande generaties, waarvan de betrokken hulpverleners vinden dat het weerbarstig is voor hulp.

Deze definitie sluit aan bij dhr. P. Ghesqui re die stelt dat er bij multiprobleemgezinnen sprake is van een dubbele thematiek. Enerzijds zijn er problemen in het gezin, anderzijds zijn er problemen in het hulpverleningssysteem. De kern van het fenomeen "multiprobleemgezin" betreft de interactie tussen beide.

Kenmerken van het gezin

Dhr. B. Uittenbogaard heeft op de Christelijke Hogeschool Windesheim de module Multiprobleemgezinnen verzorgd. Tijdens de eerste les draagt hij de kenmerken van een multiprobleemgezin aan, waarbij hij de metafoor maakt met de familie Flodder. Het multiprobleemgezin heeft – voordat het dit label krijgt – al een verhoogd risico om dit te worden. Er bestaan namelijk een aantal risicofactoren. Ouders van kinderen in het gezin kunnen bijvoorbeeld in hun eigen jeugd zelf ook verwaarloosd zijn. Zij hebben dan hoge verwachtingen van hun kinderen en stellen hoge eisen aan hun ontwikkeltempo. Daarentegen zijn zij te druk met hun eigen problemen en hebben ze een zeer klein of geen netwerk.

Kenmerken van een multiprobleemgezin zijn bijvoorbeeld dat het gezin leeft in een isolement. Soms bestaat er een keurige, maar starre huishouding. Echter kunnen we ook een gezin tegenkomen wat een chaotisch leven leeft. Groot is de kans dat de machtsverhoudingen ver uiteen liggen, zoals bij ouders met een autoritaire houding. Dit kan spanningen opleveren in de relatie tussen ouders onderling of tussen ouders en hun kinderen. De communicatie wordt

² www.multiprobleemgezinnen.nl

³ Bouwkamp R, Vries S de (2000), Basisboek psychosociale therapie.

⁴ Ghesqui re P. (1993), Multiprobleemgezinnen.

hierdoor verstoord, men kan niet meer luisteren naar het verhaal van de ander en men kan zich zeker niet meer inleven in de ander.

Uit dit alles komt voort dat de draaglast vele malen groter wordt dan de draagkracht. Vandaar dat nu verder ingegaan wordt op de problematiek die we tegenkomen bij multiprobleemgezinnen; ze krijgen dit label immers niet voor niets⁵.

De problematiek

Door een steeds complexer wordende maatschappij bestaat de kans dat men ‘verdrinkt’ in wetten en regels. De maatschappij is veeleisend, waardoor mensen in de problemen raken. Een probleem als werkloosheid brengt veel meer met zich mee dan alleen het feit dat iemand geen werk meer heeft. Er moet een uitkering aangevraagd worden en lukt dit niet, omdat men bijvoorbeeld niet weet hoe en waar, dan ontstaan er tevens schulden. Door die schulden kunnen zij om hulp vragen bij maatschappelijk werk of iemand van de gemeente. Voordat iemand zijn weg heeft gevonden in hulpverleningsland en, nog belangrijker, de moed heeft verzameld om hulp te zoeken, is het misschien al uit de hand gelopen. Daarnaast zou een stabiele thuissituatie wenselijk zijn, maar dit is over het algemeen in een multiprobleemgezin niet aan de orde.

De problematiek die speelt in multiprobleemgezinnen bevindt zich op allerlei fronten, te onderscheiden in drie niveaus. Hieronder worden de fronten schematisch in kaart gebracht.

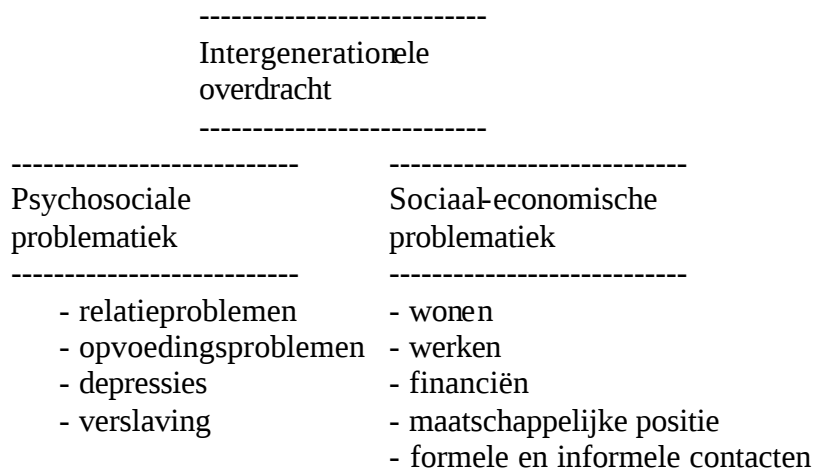


Fig. 1. Problematiek in schema

Allereerst wordt ingegaan op het sociaal-economische front. Hieronder verstaan we problemen die ten grondslag liggen aan wonen, werken, financiële situaties, maatschappelijke posities en formele en informele contacten. Vanuit een slechte sociaal-economische positie ontstaan veelal problemen op psychosociaal gebied.

Het begrip psychosociaal ‘verwijst naar situaties en relaties waarin psychische en maatschappelijke aspecten een belangrijke rol spelen’⁶.

Onder problemen op psychosociaal gebied worden problemen betreffende de individuele ontwikkeling, relatieproblemen en opvoedingsproblemen verstaan. Onder individuele problemen worden bijvoorbeeld depressies of verslavingen verstaan. Men zit niet lekker in zijn vel en voelt zich hierdoor waardeloos. Zoals reeds beschreven ontstaat vanuit het ene probleem het andere. Vanuit werkloosheid ontstaan bijvoorbeeld financiële problemen en mogelijk een depressie.

⁵ www.nji.nl

⁶ www.dokterdokter.nl

Daarnaast is het veelal zo dat deze ernstige en complexe vorm van problemen wordt doorgegeven van generatie op generatie. Dit verschijnsel wordt *intergenerationele overdracht* genoemd. Dat geldt bijvoorbeeld voor het patroon van communicatie, niet alleen binnen het gezin, maar ook met anderen buiten het gezin. Ook problemen met het opvoeden van de kinderen, zoals verwaarlozing, kunnen worden overgedragen op de volgende generatie⁵.

Een voorbeeld uit de praktijk zal het bovenstaande concreet maken.

Naar aanleiding van klachten van de basisschool zoekt een maatschappelijk werker reeds drie weken contact met mevrouw Dekker. Regelmatig bezoekt ze het huis van mevrouw, maar nooit wordt de deur voor haar geopend. Brieven worden achtergelaten en de telefoon wordt genegeerd. Op een dag opent mevrouw Dekker toch de deur en laat de maatschappelijk werker naar binnen.

Eenmaal binnengekomen wordt de maatschappelijk werker geconfronteerd met een mufte lucht, stapels ongeopende post, schimmel aan de muren, bergen afwas op het aanrecht en een smoezelig interieur. Mevrouw Dekker ziet er zelf ook zeer onverzorgd uit. Ze heeft een transpiratielucht om zich heen, draagt vuile kleding en heeft ongekamde haren.

De maatschappelijk werker gaat in gesprek met mevrouw Dekker, waaruit blijkt dat zij torenhoge schulden heeft, geen diploma heeft en werkloos is. In het verleden heeft zij tevens amper betaald werk gehad. Van haar uitkering kan zij samen met haar kinderen niet rondkomen. Regelmatig ontvangt zij post van deurwaarders, maar de 'hele teringbende' kan haar gestolen worden. Haar man heeft zij letterlijk de deur uit geschopt; er was sprake van mishandeling van beide kanten. Daarnaast was hij volgens mevrouw verslaafd aan alcohol. Door deze situatie voelt mevrouw Dekker zich waardeloos en dit is te zien aan bijvoorbeeld haar uiterlijk. Tevens heeft ze het gevoel de opvoeding van de kinderen niet meer aan te kunnen. Dit alles maakt ook dat ze slecht slaapt.

Mevrouw Dekker spreekt met grof taalgebruik negatief over haar omgeving; over haar ouders die nooit het goede voorbeeld hebben geven, maar bijvoorbeeld ook over de sociale dienst en de juffrouw van de kinderen op school. Mevrouw heeft geen vrienden, op een paar mannen na die af en toe langskomen voor seksueel contact.

Tot slot geeft ze aan dat ze zich schaamt voor het bezoek van de maatschappelijk werker. De volgende keer mag deze achterom komen.

Hulpverlening

Om de bovenstaande problematiek te kunnen hanteren wordt veelal hulpverlening ingeschakeld door omstanders. Dit gebeurt hoofdzakelijk doordat mensen uit de omgeving signaleren dat het niet goed gaat in het gezin. Buren of de onderwijsinstelling van de kinderen doen bijvoorbeeld een aanmelding. Te denken valt aan schuldhulpverlening en reïntegratie, maar ook opvoedingsondersteuning. Organisaties als het Algemeen Maatschappelijk Werk, Hulp aan Huis, Families First en zelfs de Reclassering zijn expert op het gebied van werken met multiprobleemgezinnen. Op die manier wordt er door middel van verscheidene methoden gewerkt aan basiscommunicatie, dagelijks gezinsleven, ontwikkeling van kinderen en ouders en het maatschappelijk functioneren.

Al deze hulpverlening wordt door multiprobleemgezinnen veelal niet binnengelaten. Zoals reeds eerder beschreven in de definitie zijn multiprobleemgezinnen weerbarstig voor hulpverlening, waardoor hulpverleners voorzichtig moeten manoeuvreren en standvastig moeten zijn om toch een ingang te krijgen. Als het contact eenmaal gelegd is, moet er een vertrouwensband met het gezin opgebouwd worden en kan men van daaruit verder werken.

⁵ www.nji.nl

De context waarin het gezin leeft wordt verhelderd, er worden doelen gesteld en er wordt gezocht naar de krachten van de cliënten, zodat deze ingezet kunnen worden. Daarnaast is het belangrijk om cliënten te complimenteren met de kleine stapjes die zij vooruit zetten.

Logisch gevolg van alle problematiek die speelt in een multiprobleemgezin, is dat voor ieder probleem een andere instelling wordt benaderd en een andere hulpverlener ingezet moet worden. Een valkuil is dat hulpverleners niet meer of onvoldoende communiceren over het gezin, bijvoorbeeld aan welke doelen zij werken en hoe het proces verloopt. Daarnaast bestaat de kans dat meerdere hulpverleners zich gaan concentreren op één probleem. Vanuit het gezin gezien is de kans groot dat deze verward raakt over welke hulpverlener wanneer komt en waarvoor deze komt.

In deze gevallen is het raadzaam om één hulpverlener centraal te stellen in het proces; iemand die de spin in het web wordt. Gekozen kan worden voor methoden als zorgcoördinatie, casemanagement of gezinscoaching⁷.

Samenvatting

Multiprobleemgezinnen kunnen herkend worden aan de problemen met een complex karakter en problemen die aanwezig zijn op verscheidene levensgebieden. Deze probleemgebieden overlappen elkaar en beïnvloeden elkaar, voornamelijk op psychosociaal en sociaal-economisch gebied. Problemen zijn veelal intergenerationeel, wat betekent dat deze worden doorgegeven van generatie op generatie. De gezinsleden zijn sterk en negatief met elkaar verbonden; zij kunnen niet met elkaar, maar ook niet zonder elkaar. Zij leven dus jarenlang in een cyclus van oplopende spanningen als in conflicten, ontlading en verzoening. Tussen de verschillende generaties bestaan dus ook conflicten en spanningen. De gezinnen zijn weerbarstig voor hulpverlening doordat ze weerstand bieden, medewerking weigeren of weinig gemotiveerd zijn. Een hulpverlener moet dan ook zijn uiterste best doen om contact met het gezin te leggen en daarna het contact op een goede manier te onderhouden.

⁷ Uittenbogaard B, (2008) Keuzemodule Multiprobleemgezinnen

4. Methoden en Methodieken

In de komende paragrafen worden 3 methoden uitgewerkt die in het onderzoek centraal staan, namelijk zorgcoördinatie, casemanagement en gezinscoaching. De operationalisatie van deze begrippen maakt helder waar het onderzoek op gebaseerd is.

4.1 Zorgcoördinatie

Inleiding

Zorgcoördinatie is, evenals casemanagement en gezinscoaching, een methodiek die gebruikt wordt om hulpverlening op elkaar af te stemmen. Deze methoden lijken sterk op elkaar, maar zijn toch echt verschillend. In deze paragraaf wordt ingegaan op de definitie en actualiteit rondom zorgcoördinatie.

Definitie

De definitie die in dit onderzoek wordt gehanteerd luidt:

De vormen van casemanagement waarbij *instellingen onderling afspraken gemaakt hebben* over de hulpverlenings- en behandelingsplannen. Empowerment van de cliënt bestaat dan alleen uit diens keuze uit bestaande voorgeprogrammeerde vormen van hulpverlening (aanbodgerichte hulpverlening).

Bij zorgcoördinatie gaat het regelmatig om gezinnen waarbij meerdere hulpverleners of instanties betrokken zijn. Het gaat hierbij om kinderen waarvoor geen indicatie is voor jeugdzorg. De zorgcoördinator houdt in de gaten of de betrokken instanties voldoende hulp leveren en of het gezin de geboden hulp benut. De coördinator geeft daarbij advies en begeleiding⁸.

Het grote verschil met de overige methoden is dus dat instellingen binnen zorgcoördinatie afspraken maken zonder dat de cliënt hiervan op de hoogte is of inspraak heeft.

Uitgangspunten van zorgcoördinatie

Bij multiprobleemgezinnen is het belangrijk dat hulpverleners hen blijvend in beeld houden. Dit gaat het beste via een zorgcoördinator, casemanager of gezinscoach, omdat deze persoon naast het gezin staat en voor een groot deel – in geval van zorgcoördinatie zeker – bepaalt wat het gezin nodig heeft. Een multiprobleemgezin is weerbarstig voor hulp en heeft weinig tot geen vertrouwen in hulpverlening, wat maakt dat zij snel uit het zicht wil verdwijnen. Dit gaat minder makkelijk wanneer één hulpverlener centraal staat in de groep van hulpverleners die het aanspreekpunt is en wiens taak het is om het gezin te volgen⁹.

In literatuur worden diverse functies van de zorgcoördinator onderscheiden. De basisfuncties zijn:

1. inschatten van de behoeften van de cliënt;
2. opstellen van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan;
3. regelen van de benodigde hulpverlening;
4. bewaken van de geleverde hulpverlening;
5. evaluatie en indiceren van een mogelijk vervolg.

⁸ Riet N van, Wouters H, (2005). Casemanagement

⁹ Lohuis, G, Schilperoord, R & Schout, G (2008). Van bemoei- naar groeizorg

Afhankelijk van de vraag/behoefte van de cliënt wordt het een en ander aan taken voor de zorgcoördinator aangevuld¹⁰.

De zorgcoördinator vormt een vast punt in het netwerk. Hij moet daarvoor ook het gezin goed leren kennen en een vertrouwensrelatie opbouwen. Doordat de hulpverlener een spin in het web is, is hij verantwoordelijk voor de afstemming van de acties van de samenwerkende instellingen. De zorgcoördinator moet dus intensief contact onderhouden met het gezin en het netwerk. Zorgcoördinatie hoeft niet verbonden te zijn aan een plaats. De zorgcoördinator gaat namelijk met het gezin mee, van de woning van het gezin tot in bijvoorbeeld de gevangenis of het ziekenhuis. Mocht er na een tijdje reden tot bezorgdheid zijn, wordt het netwerk van het gezin (opnieuw) ingeschakeld.

Bij zorgcoördinatie en casemanagement wordt in de literatuur veel gesproken over verscheidene modellen, namelijk het makelaarsmodel, het steunmodel en het therapeutische model. Gezien de bovenstaande definitie wordt in dit onderzoek uitgegaan van het makelaarsmodel van de zorgcoördinatie. Hierin heeft de zorgcoördinator vooral als taak de vraag en het aanbod op elkaar af te stemmen; het is meer een organisatorische functie. Toch staan de andere modellen niet helemaal aan de zijkant. Het is wel degelijk nodig om steun in het dagelijkse leven en steun aan het sociale netwerk te bieden⁹.

Coördinatie

Om te zorgen voor afstemming tussen samenwerkende instellingen, het sociale netwerk en het gezin is het belangrijk dat alle betrokkenen regelmatig met elkaar om tafel gaan. Een vorm van overleg kan een zorgconferentie zijn.

Redenen om een dergelijk overleg te organiseren kunnen zijn:

- de situatie dreigt vast te lopen, er wordt duidelijkheid gecreëerd over de situatie;
- Van meer dan twee betrokkenen wordt verwacht dat een bijdrage geleverd wordt bij de aanpak van problemen;
- de lopende samenwerkingsafspraken voldoen niet meer;
- het is nodig dat betrokkenen hun perspectief bespreken in samenhang met het perspectief van de overige betrokkenen;
- er wordt een grote mate van creativiteit gevraagd voor de aanpak van de problemen.

Deelnemers krijgen beter overzicht van de situatie en de mogelijkheid elkaar te ondersteunen door vragen te stellen en elkaar inzichten te bieden. Tevens kan het gevoel van machteloosheid verminderen en die van betrokkenheid en motivatie versterken. Doelen worden op elkaar afgestemd waardoor er niet 'geshopt' wordt door cliënten en dubbelingen worden voorkomen. Hulpverleners leren tevens elkaars visie kennen en kunnen hier rekening mee houden. Lijntjes worden korter als het gaat om vragen aan elkaar. Dit doet niet alleen de hulpverlening rond dit ene gezin ten goede, maar helpt ieder gezin waarin samengewerkt moet worden.

Onderhandelen is onderdeel van samenwerken. Hierin herkennen we een aantal fasen. Onderhandelen begint namelijk met voorbereiden. Alle deelnemers wordt duidelijk gemaakt wat er van hen verwacht wordt. Daarnaast kan het goed zijn om terug te komen op de motivatie om samen te werken. Er wordt aandacht geschonken aan het leggen van een relatie; ieder dient zich gerespecteerd en op zijn gemak te kunnen voelen. De kwaliteit van samenwerken gaat hier namelijk onder gebukt. Persoon en probleem dienen van elkaar

¹⁰ Polstra L, (2000). Zorgcoördinatie in de chaotische praktijk.

⁹ Lohuis, G, Schilperoord, R & Schout, G (2008). Van bemoei- naar groeizorg

gescheiden te worden. Men respecteert de ander als persoon en ziet het probleem als onderwerp van gesprek. Belangen worden op tafel gelegd zonder dat er sprake mag zijn van een verborgen agenda. Zo wordt er gezocht naar gezamenlijke belangen. Belangen vormen vanaf dat moment criteria waaraan een oplossing moet gaan voldoen. Mogelijkheden worden onderzocht en ieder dient een creatieve inbreng te geven die van toepassing is op meerdere dan zijn eigen belangen. Zo zou de beste oplossing boven tafel moeten komen. Hierna moeten besluiten worden genomen en afspraken worden gemaakt. Dit alles gebeurt onder leiding van de zorgcoördinator⁹.

Samenvatting

Zorgcoördinatie is een methodiek die door hulpverleners ingezet kan worden om de hulpverlening rondom multiprobleemgezinnen goed op elkaar af te stemmen. In hoofdstuk 1 is reeds naar voren gekomen dat er veelal sprake is van meervoudige en complexe problematiek.

De zorgcoördinator is de spin in het web van hulpverleners. Zijn taak is het inschatten van de behoeften van de cliënt, het opstellen van een hulpverleningsplan, het regelen en bewaken van de benodigde hulpverlening en tot slot valt de evaluatie en een eventueel vervolg onder de verantwoordelijkheid van de zorgcoördinator.

Om goed te kunnen coördineren is samenwerking tussen de hulpverleners nodig. Dit kan mede door een zorgconferentie, georganiseerd door de zorgcoördinator, tot stand komen. Dit met als doel communicatie en afstemming te verbeteren en elkaar als hulpverleners te ondersteunen.

4.2 Casemanagement

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt één van de drie methodieken beschreven die in dit onderzoeksverslag is opgenomen. Er wordt gestart met een definiëring van het begrip ‘casemanagement’. Vervolgens is meer te lezen over de geschiedenis van deze methodiek. In dit hoofdstuk wordt naar voren gebracht wat een casemanager moet kunnen en wat er bij diens taak komt kijken. Tenslotte leest u meer over de uitvoering van deze taak in het gelijknamige hoofdstuk.

Definitie

De vormen van casemanagement die uitgaan van de zelfbeschikking van de cliënt en de aandacht voor het sociale netwerk van de cliënt.

Leidende gedachte hierbij is dat de casemanager ervan overtuigd is dat ieder mens in staat is om te leren, te groeien en zich te ontwikkelen. In het casemanagement dient dit vertaald te worden in een maximale betrokkenheid en deelname van de cliënt bij het vaststellen wat zijn doelen zijn, bij het in kaart brengen van zijn behoeften en het opstellen van een werkplan waarbij zijn eigen behoeften en eigen visie uitgangspunten zijn en niet datgene wat instellingen aan hulp aanbieden. (vraaggerichte hulpverlening)⁸.

Geschiedenis

Casemanagement wordt vaak gezien als een nieuwe uitvinding uit de jaren '90. Destijds vonden veel veranderingen plaats op het gebied van hulp- en dienstverlening. Men kwam tot het besef dat er meer en betere samenwerking nodig was tussen verschillende

⁹ Lohuis, G, Schilperoord, R & Schout, G (2008). Van bemoei- naar groeizorg

⁸ Riet N van, Wouters H. (2005), Casemanagement.

hulpverleningsinstanties en disciplines. Met die samenwerking had men tot doel een betere coördinatie van hulp- en dienstverlening te creëren rond een cliënt(systeem). Een methodiek die hieruit voortkwam was casemanagement. Tegenwoordig wordt deze methodiek vaak toegepast. Dat komt omdat de problemen die mensen tegenwoordig hebben vaker complexer en langduriger zijn. Door die complexiteit worden de cliënten vaak ook van het kastje naar de muur gestuurd en zijn er veel hulpverleningsinstanties bij de cliënt betrokken. Om dat in goede banen te leiden is de taak van casemanager ontstaan.

Functie van de casemanager

Over casemanagement zijn verschillende definities te vinden. In de literatuur valt op dat er meerdere omschrijvingen zijn van het begrip. Nora van Riet⁸ somt ze op in haar boek 'casemanagement'.

- Stikker (1989) stelt; "Een reeks activiteiten door middel waarvan gevallen worden behandeld, in overeenstemming met het algemene beleid (van de organisatie) en met aandacht voor de kwaliteit van de behandeling."
- Moxley (1989) stelt; "Een strategie op cliëntniveau, erop gericht om de samenhang tussen de dienstverlening, mogelijkheden en ondersteuning te bevorderen. De casemanager is dan een daartoe aangewezen persoon (of team) die een netwerk van formele en informele hulpverleners organiseert, coördineert en ondersteunt en activiteiten organiseert die erop gericht zijn het functioneren en het welbevinden van mensen met meervoudige problematiek te verbeteren."
- Hesser (1991) stelt; "Casemanagement is op te vatten als een vorm van methodiekontwikkeling (een poging om taak- en resultaatgericht te werken) en als vorm van organisatieontwikkeling (een poging om ten dienste van de cliënt en diens hulpvragen gecoördineerd samen te werken). Beide aspecten horen onlosmakelijk bij elkaar."
- Rubin (1992) stelt; "Een vorm van dienstverlening waarin men probeert te bereiken dat de cliënten met complexe, meervoudige problematiek en mensen met een handicap tijdig en op de juiste manier de hulp ontvangen die zij nodig hebben."

Uit deze bovenstaande omschrijvingen blijkt wel dat er geen éénduidige definitie van casemanagement is. Dat wordt mede veroorzaakt door de verschillen in hulpverleningsinstanties die de casemanagementmethodiek toepassen.

Voor alle hulpinstanties die met casemanagement werken zijn er wel een aantal centrale uitgangspunten. Ook die somt Van Riet op in haar boek 'Casemanagement'.

- Er moet een case zijn, zonder case geen casemanagement.
- Het gaat om management, maar dan vooral in het teken van regelen, coördineren (op basis van gemaakte samenwerkingsafspraken) en organiseren van de benodigde hulp- en dienstverlening.
- Casemanagement geldt van vraag tot aanbod (van aanmelding tot afsluiting).
- En een vierde uitgangspunt is dat casemanagement zich beperkt tot complexe problematiek of continuïteitsproblematiek.

Tevens beschrijft Van Riet in haar boek drie verschillende modellen van casemanagement. Te weten het minimaal model, coördinatie model en Uitgebreid model.

⁸ Riet N van, Wouters H. (2005), Casemanagement

Minimaal model	Coördinatie model	Uitgebreid model
Outreach	Outreach	Outreach
Client assessment	Client assessment	Client assessment
Case planning	Case planning	Case planning
Overdracht aan hulp- en dienstverleners	Overdracht aan hulp- en dienstverleners	Overdracht aan hulp- en dienstverleners
	Belangenbehartiging voor de cliënt	Belangenbehartiging voor de cliënt
	Direct werken met de cliënt	Direct werken met de cliënt
	Ontwikkelen van natuurlijke hulpbronnen	Ontwikkelen van natuurlijke hulpbronnen
	Re-assessment	Re-assessment
		Belangenbehartiging om tot de ontwikkeling van hulpbronnen te komen
		Monitoring
		Opleiding
		Crisisinterventie

Fig. 2. Modellen van casemanagement¹¹

Moxley beschrijft in zijn boek ‘The practice of casemanagement’¹² de directe en indirecte functies van de casemanager. Als directe functies noemt hij:

- Crisisinterventie;
- Leren/instrueren;
- Gids en medewerker zijn;
- Inzetten van specifieke kennis en vaardigheden om cliënten op weg te helpen naar door hen zelf gekozen doelen;
- Verschaffen van informatie;
- Ondersteuner.

Als indirecte functies noemt hij:

- Werken aan veranderingen in de wijze waarop instellingen hun hulp- en dienstverlening in de praktijk brengen, zodat nieuwe, meer geëigende vormen van hulp ontwikkeld worden;
- Werken aan veranderingen in de omgeving van de cliënt;
- Meehelpen aan het uitbreiden van voorzieningen;
- Aansturen op het ontwikkelen van nieuwe hulpbronnen en hulpprogramma's.

Uitvoering van casemanagement

Stef Hoogendam¹³ beschrijft in zijn boek ‘Intensief casemanagement en complexe meervoudige problemen’ de fases van een hulpverleningsproces volgens de casemanagementmethodiek.

Het begint allemaal bij de aanmeldingsfase (fase 1). Wanneer de instelling van aanmelding inschat dat er complexe meervoudige problematiek aanwezig is of wanneer er al meer

¹¹ Riet N van, Wouters H. (2005), Casemanagement pagina 38.

¹² Moxley D. (1989), The practice of casemanagement.

¹³ Hoogendam S. (2002), Intensief casemanagement en complexe meervoudige problemen.

hulpverlening betrokken is zullen zij adviseren om een casemanager in te schakelen, zeker ook wanneer er meer dan reguliere zorg nodig is. Dit wordt de zogenaamde vooraanmelding genoemd.

Naar aanleiding van dit advies volgt een voorlichtingsgesprek. Hierin wordt aan het gezin verteld waarom er geadviseerd wordt om een casemanager in te schakelen. Dit gesprek wordt met zoveel mogelijk leden van het gezin besproken. Tevens komt de werkwijze waarop de casemanager de problemen van het gezin met het gezin samen wil aanpakken.

Na het voorlichtingsgesprek volgt dan de definitieve aanmelding.

Vervolgens start het assessment (fase 2). Dit is het eerste gesprek waarin geprobeerd wordt de cliëntgegevens zo volledig mogelijk te krijgen. Tijdens fase 2 wordt er gekeken naar de leefgebieden, het genogram en de levensloop. Aan de hand daarvan wordt een assessmentverslag gemaakt. Het assessmentverslag is de weergave van alle intake-informatie. Dit verslag wordt ook aan de cliënten voorgelegd.

Na de assessmentfase volgt de coördinatie en afstemming (fase 3). Nu volgt het hulpverleningstraject voor de langere termijn. De taak van de casemanager hierin is het begeleiden van het cliëntsysteem bij het doorlopen van dat traject en tegelijk het coördineren van de gevraagde hulp.

In fase 2 wordt er door de casemanager ook gecoördineerd; het gaat dan vaak om het coördineren van crisishulp.

In fase 3 zijn de hulpdoelen voor het gezin geformuleerd en kijkt de casemanager welke hulpverlening er al aanwezig is en of er nog hulpverlening bij het gezin betrokken moet worden. De casemanager organiseert dan een overleg met de betrokken hulpverleners. Volgens Hoogendam gaat het daarbij om een overleg tussen hulpverleners waarbij het (volwassen) cliëntsysteem aanwezig is. Het is daarbij niet de bedoeling dat hulpverleners op dat moment hulpverleningsgesprekken hebben met het cliëntsysteem en tevens is het niet de bedoeling dat hulpverleners en cliënten tijdens dit gesprek de hulpvragen, doelen en het aanbod op een gelijk niveau bespreken. De casemanager zorgt er tijdens dit overleg voor dat cliënten correct benaderd worden, dat het assessmentverslag bij alle deelnemers bekend is/wordt en dat de agenda doorlopen wordt.

De casemanager wil met dit overleg:

- Zorgen dat alle betrokkenen gelijk geïnformeerd zijn;
- Zorgen dat betrokken hulpverleningsinstanties niet hun eigen intake uitvoeren bij de cliënten;
- Het gezamenlijk vaststellen van de assessmentinformatie en de actiepunten die daaruit voortkomen;
- Zorgen voor een verslag van dit gesprek en de verspreiding ervan onder de deelnemers;
- Het houden van een gesprek met de cliënten naar aanleiding van het overleg;
- Het bespreken van het verslag met de cliënten;
- Het ondersteunen/begeleiden van het cliëntsysteem tijdens het hulpverleningstraject;
- Het ondersteunen van betrokken hulpverleners;
- Het signaleren van nieuwe doelen;
- Zorgdragen voor de continuïteit van het totale project;
- Het bemiddelen bij moeilijkheden in de hulpverlening.

De casemanager is er verantwoordelijk voor dat bij een eerste overleg alle participanten (te weten het cliëntsysteem, de hulpverleners en de casemanager zelf) zo goed mogelijk geïnformeerd worden over ieders rol, het doel van het overleg en hoe dat gerealiseerd wordt. Hoogendam geeft daarbij aan dat wanneer dit voor hulpverleners of voor de casemanager een

eerste keer is dat zij een overleg als deze meemaken, het misschien beter is om dat zonder het cliëntsysteem te doen. Dit zodat de hulpverleners aan elkaars rol kunnen wennen.

In het overleg wordt afgesproken dat de coördinatie van het hulpverleningstraject bij de casemanager ligt. Dit betekent dat hij degene is die precies weet wat er speelt aan hulpverlening en ontwikkelingen in het cliëntsysteem. Nadat voor iedereen duidelijk is wie wat gaat doen, wordt het hulpverleningstraject in gang gezet. Er volgt dan periodiek een overleg tussen alle betrokken hulpverleners, geleid door de casemanager. Wanneer er tussen die periodieke overleggen een extra overleg nodig is tussen een hulpverlener en de casemanager dan is dat mogelijk. Dit geldt ook voor een overleg tussen het cliëntsysteem en de casemanager. Verder behoort ook een crisioverleg tot de mogelijkheden, wanneer de hulpverlening is vastgelopen.

Volgens Hoogendam stopt de hulpverlening wanneer de problemen van het cliëntsysteem niet meer complex en meervoudig zijn. De casemanager kan dan zijn taken afronden door alle betrokkenen te informeren over het stoppen van het casemanagement¹³.

Een casemanager hoeft niet altijd een professional te zijn, het kan ook een familielid of andere bekende van de familie zijn. In het artikel 'Vrijwilligers zijn soms beter dan professionals'¹⁴ uit het vaktijdschrift Zorg en welzijn wordt ingegaan op het feit dat vrijwilligers soms net zo professioneel zijn als professionele arbeidskrachten. Soms heeft een vrijwilliger (bijvoorbeeld in de persoon van een familielid) veel kennis over het gezinssysteem en kan hij als vertrouwenspersoon van die familie en in overleg met de betrokken hulpverleners de functie van casemanager op zich nemen.

Samenvatting

In dit hoofdstuk is de bestaande literatuur over casemanagement verwerkt. Casemanagement, een uitvinding van de jaren '90 heeft inmiddels veel bekendheid. Zowel Stef Hoogendam als Nora van Riet hebben een boek geschreven over deze methodiek. Met het bestuderen van die literatuur ontstond een helder beeld van casemanagement. In dit hoofdstuk is geprobeerd om in het kort een goed beeld te schetsen van casemanagement. Bij casemanagement wordt de hulpverlening die door meerdere hulpverleners aan in dit geval een gezin gegeven wordt, door één persoon gecoördineerd. Die persoon is de casemanager. Hij is het aanspreekpunt voor zowel de hulpverleners als de gezinsleden. Hij bewaakt het proces en bemiddelt bij moeilijkheden. Tevens is de casemanager de eindverantwoordelijke voor het lopende hulpverleningstraject.

¹³ Hoogendam S. (2002), Intensief casemanagement en complexe meervoudige problemen.

¹⁴ Elshout D. (2009), Zorg & welzijn nr2: Vrijwilligers zijn soms beter dan professionals.

4.3 Gezinscoaching

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gestart met het geven van een definitie van gezinscoaching. Vervolgens leest u een korte weergave van de geschiedenis van gezinscoaching. Daarna volgt een beschrijving van de functie van gezinscoach en tenslotte leest u hoe die functie over het algemeen uitgevoerd wordt.

Definitie

Een gezinscoach is de spin in het web, coördinator van het systeem. Als gezinscoach zet je de lijntjes uit naar de overige hulpverlening als die aanwezig is en anders zet je nieuwe hulpverlening uit. Het voordeel van gezinscoaching is dat je een mandaat hebt om je met het hele systeem te 'bemoeien'.

Geschiedenis

De gezinscoach bestaat nog niet zo lang. Officieel bestaat de functie van gezinscoach pas sinds 1 januari 2005. Op die dag werd de Wet op de jeugdzorg in werking gesteld. De functie van gezinscoach wordt daardoor officieel erkend. Een gezinscoach is geen therapeut, maar een hulpverlener die probeert alle problemen binnen een gezin samen met het gezin op te lossen. De functie van gezinscoach is in 1998 ontstaan door een project van het Leger des Heils. Deze had destijds een project genaamd "10 voor toekomst". Er werd bij dat project gewerkt aan 10 aandachtspunten. Samen met de ouders en kinderen werden die 10 aandachtspunten aangepakt. Het Leger had daarbij het uitgangspunt dat elk multiprobleemgezin kon rekenen op een volledige aanpak van het probleem door één hulpverlener in plaats van een chaos aan betrokken instanties. Omdat deze manier van werken succes boekte, is het inmiddels in de wet opgenomen en in heel Nederland bekend¹⁵.

Functie van de gezinscoach

We kennen de term 'coach' uit de sportwereld. Een coach traint het sportteam. Bij goede resultaten is hij de held en bij slechte resultaten vliegt hij de laan uit. Hij geeft aanwijzingen aan zijn team over hoe zij het beste kunnen presteren. Hij doet dat tijdens trainingen op het veld en tijdens wedstrijden vaak langs de kant. Tegenwoordig zijn coaches op meerdere terreinen actief. Zo worden zakenmensen, acteurs en managers gecoacht over hoe zij het beste uit zichzelf kunnen halen.

Een gezinscoach probeert dat ook te doen, alleen dan bij een gezin. Een coach moet voldoen aan de volgende eisen om het coachende werk goed te kunnen doen.

- De coach ondersteunt de persoon die hij helpt;
- De coach neemt de taken niet over, maar leert de persoon om het zelf te doen;
- De coach neemt waar wat de persoon wel en niet zelf kan en onder welke omstandigheden dat gebeurt;
- De coach heeft het vertrouwen van de persoon die hij bijstaat. Die persoon laat de coach toe en laat toe dat de coach hem feedback geeft op zijn handelen;
- De coach ziet waar de persoon zich kan ontwikkelen en wat daarvoor nodig is.

In Limburg¹⁶ heeft men onderzocht welke achtergronden, werkwijzen en taken de gezinscoaches vervulden. Uit dit onderzoek is gebleken dat de achtergronden behoorlijk

¹⁵ Lieshout, Maurice van, Melhkopf, Pierre & Troisfontaine, Sonja (2005). Dwars door alle verbanden.

¹⁶ Schaafsma K. (2005), Het banen van een pad.

verschillen. Onder hen waren woonbegeleiders, gespecialiseerd verzorgenden, maatschappelijk werkers en vrijwillige opvoedingsondersteuners. Uit het onderzoek bleek dat zij zich bezig hielden met het voeren van gesprekken met de gezinnen waarin zij meedachten over oplossingen, dat zij multidisciplinair overleg voerden met collega's, hielpen met praktische zaken, bemiddelden, adviseerden en dat zij op orde aanbrachten in administratieve aangelegenheden. Voor dit werk hadden zij een tijdsinvestering van 1 á 2 uur per twee á drie weken tot 4 uur per week en in crisisgevallen was de tijdsinvestering nog groter. Met de resultaten van dit onderzoek is er een 6-tal punten op papier gezet die de taak van de gezinscoach omschrijven:

- De gezinscoach werkt in multiprobleemgezinnen die de grip op de situatie zijn verloren. Vaak hebben deze gezinnen al eerder te maken gehad met hulpverlening en verloopt deze hulpverlening niet altijd geheel vlekkeloos;
- De gezinscoach is de vertrouwenspersoon van het gezin. Hij heeft het vertrouwen van het gezin omdat hij naast hen staat en op die manier kan hij toegelaten worden als (zaak)waarnemer;
- De gezinscoach is zagezegd de spin in het web en is het aanspreekpunt voor zowel de hulpverlening als het gezin. Hij ziet beide kanten van de hulpverlening, zowel vanuit het gezin als vanuit de hulpverlening. Omdat bij hem alle informatie samenkomt, kan hij optreden als coach;
- De gezinscoach heeft als doel om ervoor te zorgen dat het gezin de grip op de situatie weer terugkrijgt en daarmee de situatie kan verbeteren;
- Om zover te komen coacht de gezinscoach zowel het gezin als de hulpverlening;
- De gezinscoach neemt geen taken over van de aanwezige hulpverlening.

Zoals hierboven al genoemd is, is gezinscoaching bedoeld voor multiprobleemgezinnen die de grip op de situatie kwijt zijn geraakt (zie ook het hoofdstuk; multiprobleemgezinnen).

Gezinscoach is meestal geen aparte functie, maar een taak. Die taak wordt vervuld door een hulpverlener die al bij het gezin betrokken is, door iemand uit het sociale netwerk van het gezin of het is een voor het gezin onbekende hulpverlener. Het gezin heeft ook een belangrijke stem in de keuze voor een gezinscoach.

Uitvoering van gezinscoaching

Een gezinscoach moet een duidelijke en heldere opdracht krijgen waar hij aan kan werken. Wanneer hij het gezin nog niet kent zal hij zich moeten inlezen in de bestaande dossiers en ook wanneer hij wel bekend is met het gezin moet hij er voor zorgen dat hij alle relevante informatie kent. Er zijn overigens ook gezinscoaches die dat niet willen, zodat ze onbevooroordeeld in het gezin aan de slag gaan. Bij een eerste bijeenkomst wordt er gesproken over de opdracht die de gezinscoach heeft en worden praktische afspraken gemaakt. Het ligt er verder vooral aan hoe de situatie van het gezin op dat moment is. Is de situatie op het moment van starten zodanig dat er gelijk een crisis aangepakt moet worden dan zal dat aangepakt moeten worden. Is de situatie niet zodanig dan kan met het gezin gekeken worden hoe en waarmee te starten als coach in het gezin. Er staat voor gezinscoaching niet echt een werkwijze vast. Het kan bij ieder gezin verschillen al naar gelang de situatie.

De gezinscoach moet in staat zijn om in verschillende rollen aan te nemen. In 'het banen van een pad van Karin Schaafsma' worden deze rollen uitgewerkt voor zowel de rollen ten opzichte van het gezin, als de rollen ten opzichte van de hulpverlening.

Ten opzichte van het gezin moet een gezinscoach de volgende rollen kunnen aannemen; Vertrouwenspersoon, crisismanager, waarnemer, ontwikkelaar (eigen kracht bij het gezin

terugbrengen), stabilisator (wanneer ontwikkelaar niet mogelijk is), geheugen van het gezin, tolk, buurtbemiddelaar, gids en aanspreekpunt.

Ten opzichte van de hulpverlener moet de gezinscoach ook rollen kunnen aannemen, te weten; tolk, signaleerder, aanspreekpunt en afstemmer.

Ten slotte moet de gezinscoach ook bemiddelaar kunnen zijn naar andere instanties.

Volgens Schaafsma zijn er twee stijlen die in gezinscoaching worden toegepast. De eerste is de doe-stijl; leren door voorbeeldgedrag. Wanneer een gezinscoach deze stijl toepast, betekent dit dat hij veel tijd in het gezin moet doorbrengen. Dit is vaak zo'n 6 tot 16 uur per week. Op die manier is de gezinscoach op de hoogte van de dagelijkse gang van zaken in het gezin.

De tweede stijl is de praat-stijl; leren door advies. De gezinscoach die via deze stijl werkt komt 1 keer per week of een keer per twee weken bij het gezin. Met deze stijl is het de bedoeling het gezin goed te laten luisteren, vragen te laten stellen, door te vragen, te analyseren, te spiegelen, een andere aanpak te benoemen, raad te geven enzovoort. Op die manier wordt geprobeerd om het gezin en de coach inzicht te laten krijgen in de problematiek.

In Maatwerk¹⁷, het vaktijdschrift voor maatschappelijk werkers wordt een artikel over gezinscoaching aangeduid met 'gezinscoach, schakel tussen hulpverleners in multiprobleemgezinnen'. Hier wordt de kern goed aangegeven. In dit artikel stelt men dat de gezinscoach geen extra hulpverlener is, maar een bruggenbouwer die de hulpverlening met elkaar verbindt en coacht. In het artikel wordt tevens opgemerkt dat de bestaande hulpverlening voldoende is, maar dat het grote probleem zit in het 'op eigen eilandjes' opereren van de hulpverlening. De taak voor de gezinscoach is om die eilandjes aan elkaar te verbinden. In het artikel geeft men verder aan dat het initiatief voor de hulpverlening bij het gezin moet liggen en dat de gezinscoach aanwezig is om de hulpverlening te coördineren. Tenslotte eindigt het artikel met de uitspraak dat 'gezinscoaching de meest intensieve vorm van zorgcoördinatie is'.

Samenvatting

Over gezinscoaching bestaat vrij weinig literatuur. In Limburg is gezinscoaching echter wel in beeld gebracht in de twee boeken 'Het banen van een pad' en 'Dwars door alle verbanden'. In het eerste boek staat een methodische beschrijving van gezinscoaching. In het tweede boek wordt ingegaan op gezinscoaching aan multiprobleemgezinnen. De gezinscoach moet beschikken over een breed scala aan rollen die hij aan kan nemen. Gezinscoaching wordt ook op verschillende manieren gezien; aan de ene kant als zelfstandige methodiek, aan de andere kant als onderdeel van zorgcoördinatie. Helemaal eenduidig is de bestaande literatuur er niet over. In 'Maatwerk' wordt wel heel duidelijk gesproken over de verbindende rol die de gezinscoach moet spelen: hij moet in staat zijn de individuele hulpverlener over de grenzen van de visie van de eigen instelling heen te laten kijken.

¹⁷ Tongeren C van. (2006) Maatwerk nr7; Gezinscoach, Kijken vanuit het gezin.

5. Conclusie literatuuronderzoek

Dhr. P. Ghesquiére schreef in de jaren '90 een boek over multiprobleemgezinnen. Hieruit is een veelgebruikte definitie (o.a. gebruikt door het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen) voortgekomen. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat een multiprobleemgezin volgens de definitie weerbarstig is voor hulpverlening. Er worden echter veel gezinnen begeleid door instellingen uit de regio Zwolle, die na enige tijd toch meewerken aan de hulpverlening. Volgens de definitie zouden zij geen multiprobleemgezin meer zijn. Toch wordt de indruk gewekt dat zij blijvend zo genoemd worden.

Tijdens het literatuuronderzoek werd duidelijk dat niet alle methodieken uitgebreid beschreven waren. Over gezinscoaching waren slechts twee boeken te vinden welke ook nog op een Limburgs project gebaseerd waren. Daardoor ontstond een eentonig beeld. Deze twee boeken zijn echter wel de basis geweest voor het opzetten van het onderdeel 'gezinscoaching'. Nora van Riet en Stef Hoogendam schreven beiden een boek over casemanagement met beiden een andere insteek, waardoor een uitgebreid beeld over deze methodiek ontstond. Ten slotte was er over de methodiek zorgcoördinatie weinig te vinden. Wat opviel was dat zorgcoördinatie verwant is aan casemanagement. In de boeken over casemanagement werd 'zorgcoördinatie' vaak genoemd. In een artikel uit Maatwerk bleek dat gezinscoaching gezien werd als een intensief onderdeel van zorgcoördinatie, terwijl dat in de definitie, gebruikt voor dit onderzoek, anders wordt gezien. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de drie methodieken veel in elkaar overlopen en dat die overloop voor verwarring kan zorgen. Valt zorgcoördinatie onder casemanagement en gezinscoaching onder zorgcoördinatie of zijn het aparte methoden? Gezinscoaching, casemanagement en zorgcoördinatie zijn in dit onderzoek duidelijk uit elkaar getrokken, wat niet betekent dat het in de praktijk niet samen gebruikt kan worden. Doordat de begrippen zoveel door elkaar worden gehaald, wordt onduidelijk wie wat onder welk begrip verstaat. Het is belangrijk om te weten wat er bedoeld wordt met de gebruikte begrippen en welke definities men dus geeft aan de begrippen. Om dat te onderzoeken is een praktijkonderzoek gestart.

6. Praktijkonderzoek

Inleiding

Door middel van een enquête zijn er gegevens verzameld voor het praktijkgedeelte van het onderzoek. De enquête is afgenomen onder alle deelnemers van het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen. Uitgesloten zijn docenten en studenten van de Christelijke Hogeschool Windesheim. Zij zijn namelijk niet werkzaam bij een hulpverleningsinstelling en dus geen werkveldvertegenwoordigers. Hieronder vindt u de uitslag per vraag. De antwoorden op open vragen zijn opsommingen. Voor de gesloten vragen zijn cirkeldiagrammen gemaakt die de uitslag duidelijk en schematisch weergeven. In het kader hieronder kunt u alvast de respons bekijken. Onder de respondenten zijn een aantal medewerkers van dezelfde instelling die samen de enquête hebben beantwoord. Zij zijn wel als individuen gerekend. Één enquête die is ingevuld door vier personen, is als vier enquêtes geteld.

6.1 Resultaten praktijkonderzoek

Respons

Totaal verstuurdde enquêtes: 36
Beantwoorde enquêtes: 18
Afmeldingen: 3
Onbeantwoorde enquêtes: 15

De enquête is ingevuld door:

- 11 Uitvoerende werkers.
- 3 Beleidsmakers.
- 2 Zowel uitvoerende werkers als beleidsmakers.
- 2 Medewerkers met een functie anders dan het bovenstaande.

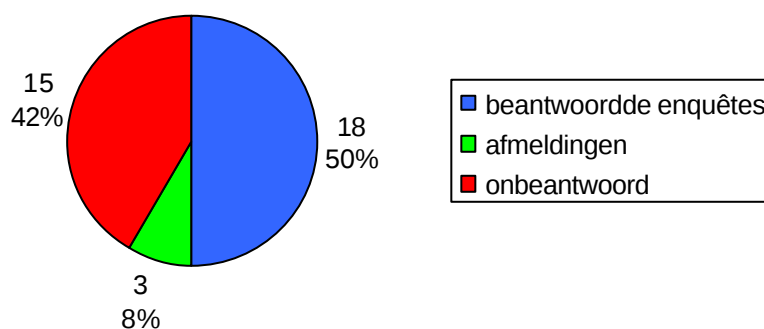


Fig. 3. Respons

Resultaten

1. Als het gaat om coördinatie van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen, past u daarvoor een methodiek toe?

0 Ja 12 x
0 Nee, ga door naar vraag 2b 6 x

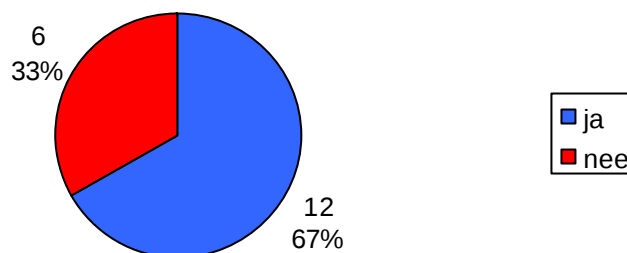


Fig. 4. Vraag 1

Opvallend bij deze vraag is:

- de Politie IJsselland, twee deelnemers geven geen eenduidig antwoord;
- dat hetzelfde geldt voor twee deelnemers van Bureau Jeugdzorg.

2a. Hoe noemt u deze methodiek?

- | | |
|--|-----|
| - Niet van toepassing: | 4 x |
| - Geen idee: | 1 x |
| - Deltamethode: | 2 x |
| - Casemanagement in het kader van Reclasseringstoezicht: | 1 x |
| - Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding: | 1 x |
| - Empowerment + Casemanagement: | 1 x |
| - Betrokken, praktisch casemanagement: | 2 x |
| - Zwolse Model: | 4 x |

Opvallend bij deze vraag is:

- dat zes deelnemers deze vraag niet hoefden in te vullen in verband met hun antwoord op vraag één, echter hebben vier van hen deze vraag toch beantwoord;
- dat iedere instelling zijn eigen methodiek gebruikt. Het Zwolse Model is bijvoorbeeld ingevuld door alle deelnemers van de Gemeente Zwolle eenheid wijkzaken. Betrokken, praktisch casemanagement is ingevuld door Stichting de Kern (Kampen);
- de Deltamethode die gebruikt wordt door twee verschillende instellingen;
- Bureau Jeugdzorg verschilt van mening, één geeft de Deltamethode aan en de ander 'niet van toepassing';
- dat de Politie IJsselland tevens van mening verschilt. Één geeft 'niet van toepassing' aan, de ander 'geen idee'.

2b. Hoe coördineert u de hulpverlening dan? Door middel van:

- | | |
|---|----|
| - Analyseren, met betrokkenen om de tafel en regie voeren: | 4x |
| - Maandelijks hulpverleningsoverleg: | 2x |
| - Gezinscoaching: | 1x |
| - Casemanagement, regie bij cliënt, ingrijpen waar nodig: | 1x |
| - Vanuit de functie gezinsvoogd: (Bjz) | 1x |
| - Geen antwoord: (Bjz) | 2x |
| - Doorverwijzen naar Gemeente (Politie): | 1x |
| - Overleggen met instanties (Politie): | 1x |
| - Afhankelijk van de situatie multidisciplinair overleg: | 1x |
| - Geen coördinatie | 1x |
| - In het gezin een 1 ^e verantwoordelijke met de coördinatietaak: | 1x |
| - Door middel van een plan van aanpak: | 1x |
| - Door middel van werken in basisteams: | 1x |

Opvallend bij deze vraag is:

- dat de twee deelnemers van de Politie IJsselland geen eenduidig antwoord geven.
- dat hetzelfde geldt voor twee deelnemers van Bureau Jeugdzorg.

3. Hoe zou u de coördinatie van hulpverlening volgens de onderstaande definities noemen?

0 Casemanagement; De vormen van casemanagement die uitgaan van de zelfbeschikking van de cliënt en de aandacht voor het sociale netwerk van de cliënt.

Leidende gedachte hierbij is dat de casemanager ervan overtuigd is dat ieder mens in staat is om te leren, te groeien en zich te ontwikkelen. In het casemanagement dient dit vertaald te worden in een maximale betrokkenheid en deelname van de cliënt bij het vaststellen wat zijn doelen zijn, bij het in kaart brengen van zijn behoeften en het opstellen van een werkplan waarbij zijn eigen behoeften en eigen visie uitgangspunten zijn en niet datgene wat instellingen aan hulp aanbieden (vraaggerichte hulpverlening).

Ingevuld: 3x

0 Zorgcoördinatie; De vormen van casemanagement waarbij instellingen onderling afspraken gemaakt hebben over de hulpverlenings- en behandelingsplannen. De empowerment van de cliënt bestaat dan alleen hieruit dat hij kan kiezen uit de bestaande voorgeprogrammeerde vormen van hulpverlening (aanbodgerichte hulpverlening).

Ingevuld: 0x

0 Gezinscoach; Een gezinscoach is de spin in het web, coördinator van het systeem. Als gezinscoach zet je de lijntjes uit naar de overige hulpverlening als die aanwezig is en anders zet je nieuwe hulpverlening uit. Het voordeel van gezinscoaching is dat je een mandaat hebt om je met het hele systeem te 'bemoeien'.

Ingevuld: 1x

0 Anders, namelijk (+ toelichting hoe deze methodiek eruit ziet)

- Door middel van werken in basisteams wordt trajecthulpverlening gerealiseerd (In ontwikkeling). 1x
- Gezinsvoogdij in het kader van een ondertoezichtstelling. 1x
- Casemanagement in het kader van reclasseringstoezicht. Hierbij wordt een plan van aanpak gemaakt door de instelling. Cliënt is op de hoogte, maar heeft geen inspraak. 1x
- Casemanagement en zorgcoördinatie. 1x
- Afhankelijk van de situatie. Een lichte variant van casemanagement of zorgcoördinatie. 1x
- Casemanagement en gezinscoaching (afhankelijk van gedwongen of vrijwillige hulpverlening). 1x
- Zowel casemanagement, gezinscoaching als zorgcoördinatie. 4x
- Regie casemanagement en gezinscoaching. 4x

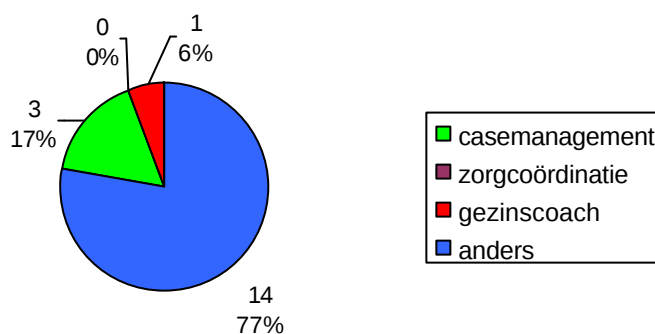


Fig. 5. Vraag 3

Opvallend bij deze vraag is:

- de Politie IJsselland die hier kiest voor zowel Casemanagement als Zorgcoördinatie;
- dat zowel Bureau Jeugdzorg als Stichting de Kern aangeven gebruik te maken van alle drie bovengenoemde methodieken. Vandaar vier keer dezelfde reactie;
- de Gemeente Zwolle die aangeeft gebruik te maken van Regie Casemanagement en Gezinscoaching, vandaar ook daar vier keer hetzelfde antwoord.

4. Is deze methodiek opgenomen in de vastgelegde werkbeschrijving (protocol)?

13x: Ja, in verband met

- afspraken met corporaties;
- certificatie en een kwaliteitshandboek;
- de visie en werkwijze van MEE;
- de functiebeschrijving;
- behoefte aan een uniforme werkwijze;
- bemoeizorg, hiervoor zijn regels vastgelegd;
- het bieden van houvast aan de hulpverleners;
- interne beschrijving hoe hulp geregeld dient te worden;
- een landelijk protocol (in Amsterdam dient men hetzelfde te werken als in Zwolle);
- het implementeren van een werkwijze en medewerkers willen weten wat er van hun verwacht wordt.

2x: Nee, in verband met

- moeilijkheid om het te definiëren, het is wel in ontwikkeling.

1x: Geen idee, in verband met

- nooit gezien, al zal het er ongetwijfeld zijn.

2x: Geen antwoord.

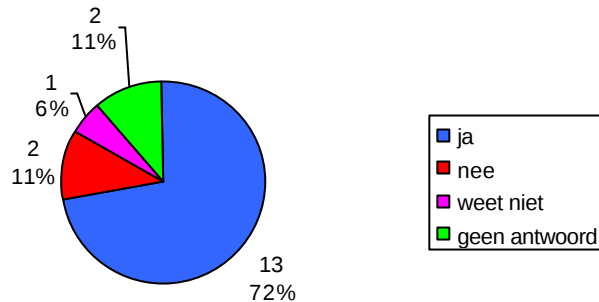


Fig. 6. Vraag 4

Opvallend aan deze vraag is:

- de 72% die deze vraag met 'ja' beantwoordt en iedere respondent geeft een andere reden;
- dat de twee die deze vraag met 'nee' beantwoorden van dezelfde instelling komen.

5. Welke visie ligt ten grondslag aan het gebruik van deze methodiek?

- Rechten van het kind als uitgangspunt in hulpverlening (Trias).
- Ontwikkeling en veiligheid van het kind staan centraal (WSG jeugdbescherming).
- Veilige samenleving door recidive te voorkomen/verminderen (Reclassering).
- Eigen leven leven, ieder mens is uniek en maakt zelf keuzes (Frion).
- Empowerment en zorg op maat (Hulp aan Huis).
- Weinig ingrijpen, maar wel grenzen stellen voor de veiligheid van een kind in de thuissituatie (Icare).
- Uitgaan van de kracht van de cliënt (Politie).
- Werken vanuit de ontwikkeling van een kind (Bjz).
- Signs of safety (Bjz).
- Versterken van de positie van mensen met een beperking en respect voor ieders eigengheid (MEE).
- Cliënt heeft zelfbeschikkingsrecht en is verantwoordelijk (CZWZ-O).
- Holistische basisvisie, er wordt gezocht naar groei en kansen (Stichting de Kern).
- Daar waar regie nodig is neemt de gemeente Zwolle een neutrale positie in (Gemeente Zwolle).
- Geen antwoord. (Politie).

Opvallend aan deze vraag is:

- dat iedere persoon op de hoogte is van de visie van de instelling waar hij/zij werkzaam is;
- dat één van de medewerkers van de Politie geen antwoord geeft. Deze medewerker heeft op meerdere vragen geen antwoord gegeven.

6. Stelling: “Ik ben tevreden over de methodiek die in mijn instelling gebruikt wordt”.

0 Mee eens	15 x
0 Gedeeltelijk mee eens	2 x
0 Gedeeltelijk mee oneens	0 x
0 Oneens	0 x
Geen antwoord	1 x

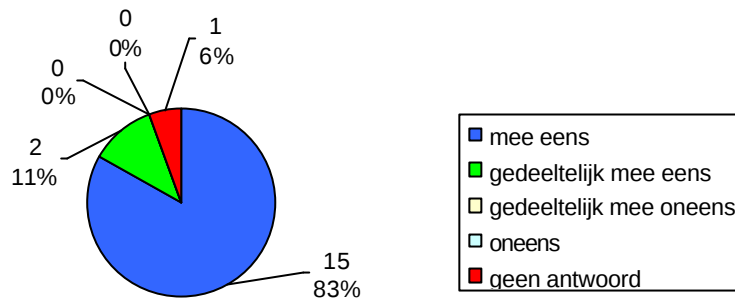


Fig. 7. Vraag 6

Opvallend aan deze vraag is:

- dat bijna 100% tevreden is over de methodiek die in zijn/haar instelling gebruikt wordt.

7. Stelling: “Ik ben tevreden over de huidige uitvoering van deze methodiek”.

0 Mee eens	9 x
0 Gedeeltelijk mee eens	8 x
0 Gedeeltelijk mee oneens	0 x
0 Oneens	0 x
Geen antwoord	1 x

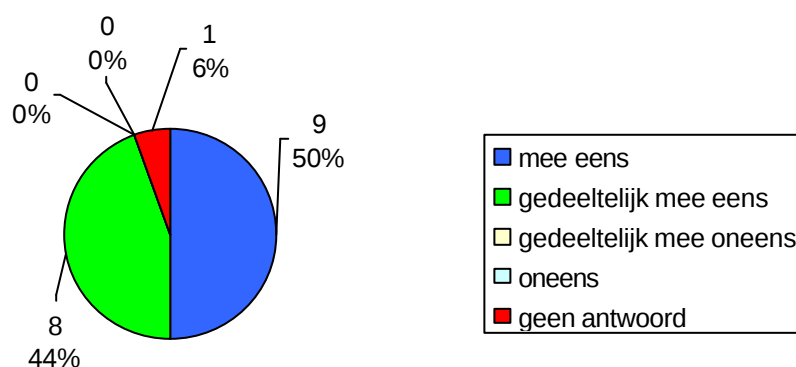


Fig. 8. Vraag 7

Opvallend aan deze vraag is:

- dat iedere respondent het ‘eens’ of ‘gedeeltelijk eens’ is met deze stelling. En daarmee tevreden over de huidige uitvoering van de methodiek.

8. Passen jullie deze methodiek toe op alle multiprobleemgezinnen?

0 Ja	14 x
0 Nee	2 x
Niet van toepassing	1 x
Geen antwoord	1 x

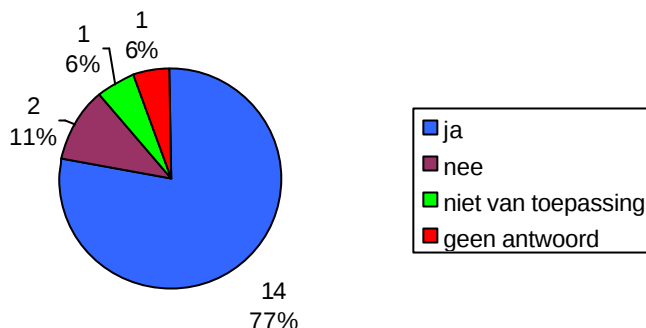


Fig. 9. Vraag 8

Opvallend aan deze vraag is:

- dat Stichting de Kern de enige is die deze vraag met 'nee' beantwoord.

9. Welke criteria worden gebruikt om te selecteren of een gezin wel of niet in aanmerking komt voor casemanagement of een soortgelijke methodiek?

Meerdere antwoorden mogelijk.

Er moet sprake zijn van:

- | | |
|---|------|
| 0 Geïndiceerde jeugdzorg. | 4 x |
| 0 Een jeugdbeschermingsmaatregel. | 3 x |
| 0 De betrokkenheid van drie of meer instellingen bij het gezin. | 7 x |
| 0 'Overlast' veroorzaakt door het gezin. | 6 x |
| 0 Weerstand tegen de hulpverlening. | 2 x |
| 0 Het open staan, van het gezin, voor hulpverlening. | 6 x |
| 0 Anders, namelijk | 11 x |
- Er is sprake van opgelegd reclasseringstoezicht van justitieel kader.
 - Er is sprake van geïndiceerde zorg en sprake van samenwerking met meerdere afdelingen van de instelling en andere organisaties.
 - Ouders zijn voldoende in staat zorg voor het kind te coördineren.
 - Meervoudige problematiek in minimaal twee leefgebieden.
 - Aanmelding via hulpverleningsoverleg.
 - Dreigende huisuitzetting.

Opvallend bij deze vraag is:

- dat geen enkel antwoord uitgesloten wordt;
- dat ook hier de Politie IJsselland en Bureau Jeugdzorg verschillende antwoorden geven dan hun collega's.

10. Stelling: “Ik vind deze criteria terecht”.

0 Mee eens	12 x
0 Gedeeltelijk mee eens	5 x
0 Gedeeltelijk mee oneens	0 x
0 Oneens	0 x
Geen antwoord	1 x

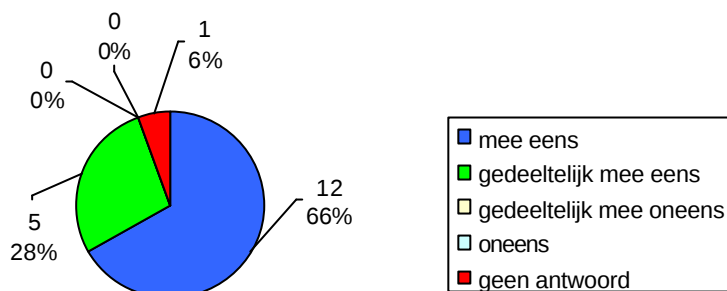


Fig. 10. Vraag 10

Opvallend aan deze vraag is:

- dat iedere respondent het gedeeltelijk eens of helemaal eens is met deze stelling en dus vindt dat deze criteria terecht zijn.

11. Stelling: “Ik vind dat er geen criteria nodig zijn voor het inzetten van casemanagement of een soortgelijke methodiek”.

0 Mee eens	2 x
0 Gedeeltelijk mee eens	6 x
0 Gedeeltelijk mee oneens	0 x
0 Oneens	9 x
Geen antwoord	1 x

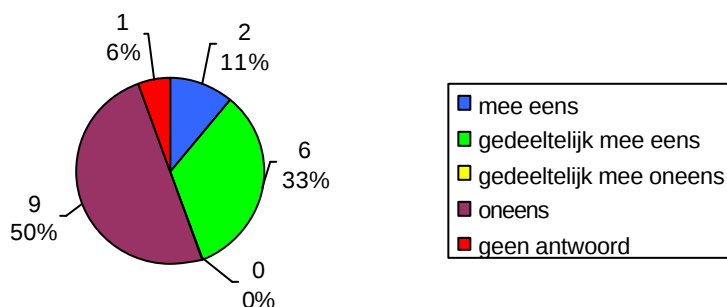


Fig. 11. Vraag 11

Opvallend aan deze vraag is:

- dat de meningen sterker verdeeld zijn dan bij de vorige stelling over dit thema.

12. Is uw instelling bekend met de gebruikte methodiek van collega-instellingen?

0 Wel bekend	8 x
0 Enigszins bekend	9 x
0 Niet bekend	0 x
Geen antwoord	1 x

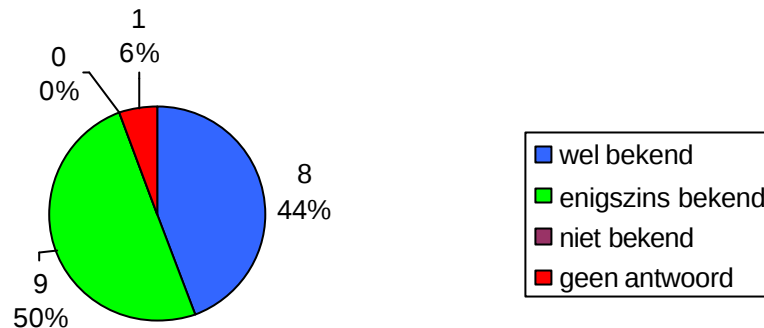


Fig. 12. Vraag 12

Opvallend aan deze vraag is:

- dat iedere respondent bekend of enigszins bekend is met de gebruikte methodiek van collega-instellingen.

13. Sluiten de methodieken van de verschillende instellingen op elkaar aan als het gaat om de coördinatie van hulpverlening?

0 Ja	1 x
0 Enigszins	12 x
0 Nee	4 x
Geen antwoord	1 x

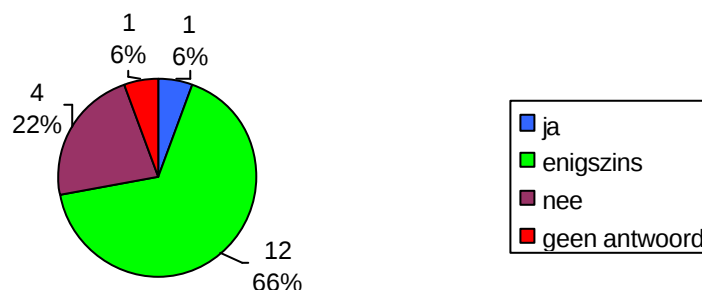


Fig. 13. Vraag 13

Opvallend aan deze vraag is:

- dat een enkele respondent vindt dat de methodieken van de verschillende instellingen op elkaar aansluiten als het gaat om coördinatie van hulpverlening. Het grootste deel vindt dat het enigszins aansluit.

Wanneer er bij een multiprobleemgezin meerdere hulpverleningsinstellingen betrokken zijn en de hulpverlening wordt onvoldoende op elkaar afgestemd, is het een logisch gevolg dat het gezin het overzicht verliest en de gestelde doelen vergeet. Hierdoor raakt het gezin gedemotiveerd. Daarom is het belangrijk dat de hulpverlening goed wordt gecoördineerd.

14. Waar liggen volgens u valkuilen in de samenwerking met andere instellingen bij het coördineren van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?

Valkuilen met betrekking tot de instelling

- Eigen visie is te leidend / Geen gezamenlijke visie.
- Tegengestelde belangen.
- Concurrentie en competentiestrijd.
- Onduidelijkheid m.b.t. doorzettingsmacht / Op beslisniveau (wiens verantwoordelijkheid is het?).
- Financiële regelingen die ten grondslag liggen aan de hulp.
- Vanuit de visie van de hulpverlening gaat de hulpverlener casemanagen gespitst op v.b. kind, ouder enzovoorts.

Valkuilen met betrekking tot de hulpverlener

- Privacy is een struikelblok.
- Niet altijd wordt uitgegaan van de juiste duur van de hulpverlening.
- Wie doet wat? (Overzicht).
- Indicatiestellingen zijn onduidelijk.
- Onbekendheid van wat ieder te bieden heeft.
- Weinig overleg (werken op eigen eilandje).
- Taken niet op elkaar afgestemd / Langs elkaar heen werken.
- Verkeerde verwachtingen.
- Onwetendheid over meerdere betrokken hulpverleners.
- Gebrek aan elkaar informeren over het werk dat gedaan wordt.
- Niet of te laat betrekken van gezin.
- Medewerkers die zich niet conformeren aan de afspraken of die met het klantsysteem vergroeien.
- Afwachtende houding van de hulpverlener door onduidelijkheid taakverdeling.
- Onvoldoende het kind centraal.

Valkuilen met betrekking tot het gezin

- Verschillende gezichten (veel hulpverleners).
- Communicatie verloopt niet altijd goed.
- Er wordt weinig echt vanuit het gezin gewerkt.
- Denken in beperkingen i.p.v. mogelijkheden.
- Gezin kan hulpverlening op het verkeerde been zetten of tegen elkaar uitspelen.
- Hulpverlening bepaalt nog te veel voor de cliënt.

Opvallend aan deze vraag is:

- dat de respondenten veelal antwoorden hebben gegeven die over het algemeen al valkuilen zijn.
- dat alle categorieën met elkaar in verbinding staan en dus invloed op elkaar hebben. Wat past onder één categorie, kan ook onder de ander geplaatst worden.

15. Waar ligt volgens u winst in de samenwerking met andere instellingen bij het coördineren van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?

Winst met betrekking tot de instelling

- Ontschotting, verschillende belangen nu één gezamenlijk deel.
- Caseload verminderen.
- Éénduidigheid. 2x
- Instellingen die gebruik maken van elkaars kennis en expertise (deskundigheidsbevordering). 3x
- Wanneer de regiegroep van de Gemeente betrokken is, verloopt communicatie goed.
- Geld bespaard door samenwerking (voorkomen van dubbele werkzaamheden).
- Shoppen voorkomen door goede informatiepositie.
- Ieder zijn rol.

Winst met betrekking tot de hulpverlener

- Niet langs elkaar heen werken is sneller je doel behalen en meer motivatie.
- Gezamenlijk (SMART) geformuleerde doelen hanteren, meetbaar en resultaatgericht. 2x
- Vanuit verschillende methodieken en invalshoeken kun je het gezin beter ondersteuning bieden.
- Geen eindeloze intakes, overleggen en overdrachten.
- Overdracht is makkelijker.
- Problemen zijn sneller beperkt door onderling direct contact.
- Weet van de sociale kaart.
- Door samenwerken sta je er niet alleen voor.

Winst met betrekking tot het gezin

- Één hulpverlener die zorg coördineert. 2x
- Cliënt heeft de regie.
- Cliënt is meer betrokken bij eigen plan.
- Één gezin, één plan / Gezamenlijk plan. 2x
- Duidelijkheid en rust voor cliënt.
- Samen met gezin doelen nastreven is energie opwekkend.
- Door afspraken na te komen laten zien dat je betrokken bent, zodat hulpverlening als nuttig gezien wordt.
- Er is winst als belangen van gezin voorop staan en leidend zijn in de hulpverlening. Neuzen dezelfde kant op.

Opvallend aan deze vraag is:

- dat er veelal algemene antwoorden gegeven zijn, in plaats van antwoorden die van toepassing zijn op de winst in de huidige samenwerking. Er zijn geen concrete ideeën geformuleerd waarin winst gezien wordt voor de samenwerking in hulpverlening aan multiprobleemgezinnen.

16. Hoe beoordeelt u de huidige mate van zorgafstemming van instellingen in de gemeente Zwolle? Geef hieraan een cijfer.

Waarbij geldt: 0 = zeer slecht tot 10 = uitmuntend.

Cijfer: 7,7,7,7,8,8,7,7,7½,6½,7,6,6,7,7,5½,4

Geen antwoord: 1 x

Gemiddeld cijfer: 6,7

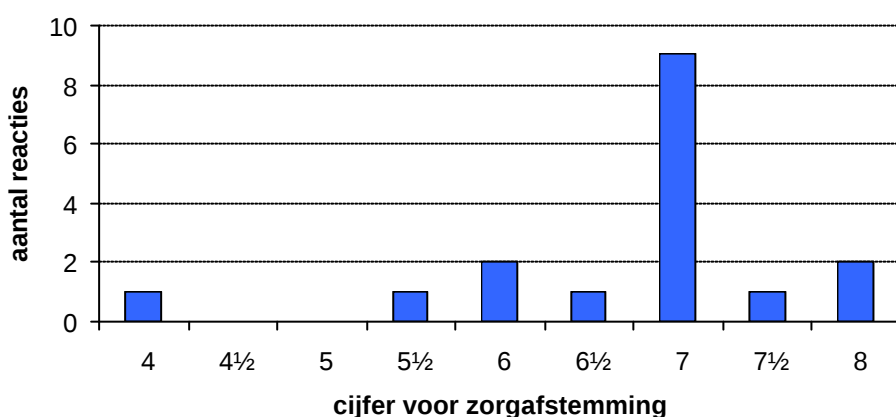


Fig. 14. Vraag 16

Opvallend aan deze vraag is:

- dat Trias Jeugdhulp een 4 als cijfer geeft.
- dat Reclassering Nederland gemiddeld een 5,5 geeft.
- dat Stichting De Kern Kampen tweemaal een 8 geeft.

6.2 Conclusie praktijkonderzoek

Respons

In de vorige paragraaf zijn de resultaten van de afgenomen enquête per vraag uitgewerkt. In deze paragraaf worden conclusies uit de resultaten getrokken. Allereerst wordt gekeken naar de respons. Van de 36 verstuurdde enquêtes zijn 21 reacties gekomen, waarvan 18 enquêtes ingevuld zijn geretourneerd. Dit maakt dat 50% van de verstuurdde enquêtes bruikbaar is geweest voor het onderzoek. Een mooie opkomst. Van 15 benaderde respondenten – ook na herinnering – is een reactie uitgebleven.

Enkele respondenten werkzaam bij dezelfde instelling hebben de enquête gezamenlijk ingevuld. Dit betreft medewerkers van de Gemeente Zwolle, eenheid wijkzaken en medewerkers van Stichting De Kern Kampen. Dit maakt dat de meningen niet meer persoonsgebonden zijn, terwijl deze enquête voor een deel gebaseerd is op de persoonlijke beleving van de medewerkers. Doordat een aantal enquêtes gezamenlijk is ingevuld komen de persoonlijke gedachten over de thema's niet voldoende naar voren. Medewerkers van Bureau Jeugdzorg en van de Politie IJsselland hebben de enquête apart van elkaar ingevuld. Echter heeft één van de medewerkers van de Politie IJsselland de enquête niet volledig ingevuld. Hierdoor verschillen de antwoorden. Naar voren komt dat binnen één instelling verschillend gedacht wordt over de thema's in de enquête.

Onder de 18 geënquêteerden zijn 11 uitvoerende medewerkers. Dit maakt dat de mening van uitvoerende medewerkers sterker aanwezig is dan die van beleidsmakers.

Enquête

Op de vraag of men een methodiek toepast om de hulpverlening te coördineren, antwoordt 67% met 'Ja'. Daarmee zeggen zij dat er een methodiek gebruikt wordt om hulpverlening op elkaar af te stemmen. Daarna wordt gevraagd of deze methodiek een naam heeft, en zo ja, hoe zij deze methodiek noemen. Hieruit blijkt dat er heel veel verschillende namen aan gegeven worden. Ook de mensen die deze vraag niet hoefden te beantwoorden (vier van de zes) gaven bij vraag 2a toch een naam aan de methodiek die toegepast wordt.

In een latere vraag blijkt dat men enigszins bekend is met de methodieken van collega-instellingen. Dit kan komen doordat instellingen de basis van de methodiek zorgcoördinatie of een dergelijke methodiek toepassen, maar gericht op hun eigen visie (die vaak ten grondslag ligt aan de gebruikte methodiek). Als dan de vraag wordt gesteld of de gebruikte methodieken op elkaar aansluiten, wordt die vraag door 66% beantwoord met 'enigszins'. Dit is een logisch gevolg van het feit dat instellingen de basismethodieken gebruiken, maar niet goed op de hoogte zijn van hoe die methodieken binnen de visie van de collega-instelling toegepast worden. Hier wordt signaleerd dat men hierover onvoldoende communiceert en niet iedereen voldoende op de hoogte is van de sociale kaart. Kennis van de sociale kaart en de communicatie over elkaars belangen is voor een goede samenwerking van groot belang. Het niet hebben van een gezamenlijke visie wordt ook gezien als een valkuil in de samenwerking met collega-instellingen.

Instellingen maken hun eigen combinatie van de basis van de drie – in dit onderzoek – uitgewerkte methodieken. Deze conclusie komt mede voort uit de resultaten van vraag drie. De gemaakte combinaties kunnen gevolg zijn van het feit dat geen enkel gezin hetzelfde is en hulpverlening maatwerk hoort te zijn. Verwarring wordt ook gecreëerd door tegenstrijdige literatuur over deze onderwerpen. De valkuilen die daardoor ontstaan zijn een gevolg van deze gerichtheid op het eigen belang en de eigen visie van de instelling. Op de vraag waar valkuilen liggen in de samenwerking met andere instellingen bij het coördineren van hulpverlening, wordt veelal geantwoord dat men niet goed weet hoe de hulpverlening gecoördineerd wordt. Bijvoorbeeld onduidelijkheden over verantwoordelijkheid, verschillende belangen, stoeve communicatie waardoor men langs elkaar heen werkt enzovoorts (zie voor een volledig overzicht hoofdstuk 6, vraag 14). Hieruit kan geconcludeerd worden dat niemand dezelfde methodiek gebruikt op het gebied van samenwerken met collega-instellingen. Dit maakt het extra moeilijk om hulpverlening op elkaar af te stemmen.

In de enquête wordt ook de vraag gesteld waar men winst in ziet in de samenwerking met andere instellingen. Hierop werd veelal geantwoord dat men behoefte heeft aan één

leidinggevende hulpverlener die zorgt voor één gezamenlijk plan. Eenduidigheid creëren in belangen en doelen is belangrijk. (zie voor een volledig overzicht van de winst, hoofdstuk 6, vraag 15).

Goed om te weten is dat de vragen over valkuilen en winst in de samenwerking anders zijn opgevat dan de bedoeling was. De bedoeling was om de huidige valkuilen en winst in kaart te brengen. De meerderheid van deze vragen is echter beantwoord met algemene aspecten in winst en valkuilen. Kennelijk is samenwerking geen gemakkelijke opgave.

Om verschillende redenen is de gebruikte methodiek bij 72% vastgelegd in een protocol. Hieruit wordt opgemaakt dat niet iedere werknemer zijn eigen methodiek kan vormen, maar dat er een uniforme werkwijze is per instelling. Een enkele respondent geeft aan dat een kwaliteitshandboek noodzakelijk is in verband met certificatie. Ook geven instellingen die door het hele land werkzaam zijn, aan dat zij op iedere locatie uniform moeten werken. We concluderen uit de resultaten dat dit een actueel onderwerp is doordat er twee reacties – van één instelling – zijn waaruit blijkt dat het vastleggen van een methodiek in een protocol in ontwikkeling is. Een tweede instelling geeft aan dat er een nieuwe werkwijze geïmplementeerd wordt.

In de enquête is ook aandacht besteedt aan de wijze waarop het gebruik en de uitvoering van de methodiek wordt beleefd. Van de respondenten is 83% tevreden met de methodiek die zijn instelling gebruikt. Daarnaast is 50% van de respondenten tevreden over de huidige uitvoering van de toegepaste methodiek. Gedeeltelijk tevreden is 45%. Opvallend is dat het gemiddelde cijfer dat aan het einde van de enquête is gegeven vrij laag is (6,7 gemiddeld op een schaalverdeling van 0 = zeer slecht tot 10 = uitmuntend). Bekeken wordt waarom de tevredenheid over de methodiek en de uitvoering ervan in strijd is met het gegeven cijfer aan het einde van de enquête. De methoden die op het moment per instelling toegepast worden, zijn niet functioneel in de samenwerking met collega-instellingen. Zij gebruiken namelijk een andere methodiek en zijn daar volgens de uitslag van de enquête tevreden over.

De gebruikte methodiek wordt door 78% van de respondenten op alle multiprobleemgezinnen toegepast. Opvallend is dat alleen Stichting De Kern deze vraag met 'nee' beantwoord.

Nieuwsgierig wordt gekeken naar de antwoorden op de hierop volgende vragen. 'Welke criteria worden gebruikt om te selecteren of een gezin wel of niet in aanmerking komt voor casemanagement of een soortgelijke methodiek?' Er zijn op die vraag verschillende antwoordmogelijkheden. Het blijkt dat er veel verschillende criteria zijn. Een combinatie van deze criteria maakt hulpverlening mogelijk. Voor een enkele instelling is het aanwezig zijn van een justitieel kader hoofdcriterium voor de hulpverlening.

Of de genoemde criteria in de enquête als terecht worden beschouwd, wordt door 67% bevestigend beantwoord. Ook de 28% die het gedeeltelijk eens is mag niet worden verwaarloosd. Zo is het totaal bijna 100%. Criteria blijken van essentieel belang om hulpverlening in te kunnen zetten. Er kan dus niet zomaar een hulpverleningstraject opgestart worden als er niet voldoende criteria aanwezig zijn. Multiprobleemgezinnen moeten met hun problemen bij de juiste instelling aankloppen, anders worden ze van het kastje naar de muur gestuurd.

De helft van de respondenten zegt dat er absoluut criteria nodig zijn voor het inzetten van casemanagement of een soortgelijke methodiek. De overige groep is het eens of gedeeltelijk eens met de stelling: "Ik vind dat er geen criteria nodig zijn voor het inzetten van casemanagement of een soortgelijke methodiek". De conclusie is dat de meningen over deze stelling verdeeld zijn. Iedere persoon heeft zijn eigen voorkeur voor het wel of niet stellen van criteria voor het inzetten van hulpverlening volgens de methodiek.

7. Samenvatting en conclusie

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het literatuur- en praktijkonderzoek uitgewerkt. Deze conclusies zijn ontstaan na het bestuderen van de resultaten. Daarnaast is er ruimte voor onze eigen visie en de aanbeveling die resultaat is van het onderzoek.

7.1 Koppeling van conclusie uit literatuur en praktijk

Het totale onderzoek heeft een aantal conclusies opgeleverd. Uit het onderzoek is gebleken dat veel instellingen een eigen naam geven aan de methodiek die zij gebruiken voor de samenwerking en coördinatie van zorg. Die methodieken komen vaak overeen met de in dit onderzoek genoemde methodieken; zorgcoördinatie, casemanagement en gezinscoaching. Hieronder worden de definities kort weergegeven. Voor een uitgebreide uitwerking wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

Zorgcoördinatie: De vormen van casemanagement waarbij instellingen onderling afspraken gemaakt hebben over de hulpverlenings- en behandelingsplannen. De empowerment van de cliënt bestaat dan alleen hieruit dat hij kan kiezen uit bestaande voorgeprogrammeerde vormen van hulpverlening. (aanbodgerichte hulpverlening).

Casemanagement: De vormen van casemanagement die uitgaan van de zelfbeschikking van de cliënt en de aandacht voor het sociale netwerk van de cliënt. Leidende gedachte hierbij is dat de casemanager ervan overtuigd is dat ieder mens in staat is om te leren, te groeien en zich te ontwikkelen. In het casemanagement dient dit vertaald te worden in een maximale betrokkenheid en deelname van de cliënt bij het vaststellen wat zijn doelen zijn, bij het in kaart brengen van zijn behoeften en het opstellen van een werkplan waarbij zijn eigen behoeften en eigen visie uitgangspunten zijn en niet datgene wat instellingen aan hulp aanbieden. (vraaggerichte hulpverlening).

Gezinscoaching: Een gezinscoach is de spin in het web, coördinator van het systeem. Als gezinscoach zet je de lijntjes uit naar de overige hulpverlening als die aanwezig is en anders zet je nieuwe hulpverlening uit. Het voordeel van gezinscoaching is dat je een mandaat hebt om je met het hele systeem te ‘bemoeien’.

Het is niet vreemd dat instellingen hun eigen naam geven aan de methodieken die zij toepassen. De literatuur – als die al te vinden is – is immers niet eenduidig over de te gebruiken methoden. Zo werd gezinscoaching in een artikel van maatwerk genoemd als een onderdeel van zorgcoördinatie, tevens werd zorgcoördinatie vaak genoemd in de literatuur over casemanagement. Dat er geen eenduidig jargon is over de drie methodieken, maakt dat het niet verwonderlijk is dat ook in de praktijk niet eenduidig gewerkt wordt met deze methodieken en dat ze vaak aangepast zijn aan de eigen visie van de instelling. Kortom, om winst te creëren in samenwerking is eenduidigheid nodig.

In het praktijkgedeelte van het onderzoek komen een aantal valkuilen en winsten naar voren in de samenwerking met collega instellingen bij het coördineren van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Voor een compleet overzicht van de respons wordt verwezen naar hoofdstuk 6.1, vraag 14 en 15. Deze hebben betrekking tot de instelling, de hulpverlener en het gezin.

Valkuilen die betrekking hebben op de instelling hebben een macrokarakter. Thema's die naar voren komen zijn visie, belangen, concurrentie en financiële regelingen. Op mesoniveau komt als hoofdthema communicatie naar voren. Het gaat om overzicht in de taakverdeling, onwetendheid van meerdere betrokkenen, onbekendheid van wat ieder te bieden heeft, taken die niet op elkaar afgestemd zijn, gebrek aan het informeren van elkaar en verkeerde verwachtingen. Daarnaast is privacy een struikelblok en zijn indicatiestellingen onduidelijk. Op microniveau staat het gezin centraal. Zij zien veel verschillende gezichten en weten niet welke hulpverlener waarvoor komt. Er wordt te weinig vanuit het gezin gewerkt, de hulpverlening bepaalt nog te veel. In de aanbevelingen wordt hier verder op ingegaan.

Er wordt in de samenwerking winst verwacht op deze drie niveaus. Op macroniveau is dit bijvoorbeeld terug te vinden in ontschotting, het gebruik maken van elkaars kennis en expertise, het verminderen van de caseload, een goede informatiepositie en ieder die zijn eigen rol heeft. Op mesoniveau wordt de hulpverlener geplaatst. Winst wordt hier verwacht in direct onderling contact, waardoor sneller een doel behaald en motivatie gecreëerd wordt. Op microniveau komen de volgende thema's aan bod; één gezamenlijk plan waar de cliënt zelf bij betrokken is en regie over voert. Daarnaast is er één hulpverlener die de zorg op elkaar afstemt. Dit zorgt voor duidelijkheid en rust voor cliënt en hulpverlener.

7.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen gegeven ten aanzien van de afstemming van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de regio Zwolle. De aanbevelingen zijn gegroepeerd in aanbevelingen op macro-, meso- en microniveau. In de toelichting is aangegeven waarom deze aanbeveling nodig is en hoe deze mogelijk uitgevoerd kan worden.

Aanbevelingen:

Macroniveau

- **Zorg voor een éénduidig vakjargon.**

Toelichting: Een éénduidig vakjargon voorkomt onduidelijkheden over de manier waarop begrippen geïnterpreteerd worden. Door een éénduidig vakjargon ontstaat tevens een (bijna) uniforme werkwijze in de samenwerking.

De manier waarop deze aanbeveling uitgevoerd kan worden is door gezamenlijke afspraken te maken over de te gebruiken definities.

- **Stel een casemanager, zorgcoördinator of gezinscoach aan.**

Zorg voor één instelling die de verantwoordelijkheid draagt voor een gezin.

Toelichting: Deze aanbeveling is ontstaan uit de valkuil dat het onduidelijk is wie de eindverantwoordelijkheid draagt en dus de beslissingen mag nemen. Het gaat hier om beslissingen en verantwoordelijkheid over het wel of niet slagen van hulpverlening aan het gezin. In dit stadium van de hulpverlening wordt besloten of er al dan niet een casemanager, zorgcoördinator of gezinscoach ingezet wordt. Per gezin kan bekeken worden welke hulpverleningsinstelling geschikt is om die verantwoordelijkheid op zich te nemen. Hiervoor kunnen criteria worden opgesteld om te bepalen welke instelling geschikt is en dus de verantwoordelijkheid op zich moet nemen. Een andere manier is om via een aanbesteding bij bijvoorbeeld de Gemeente Zwolle (WMO) te

kijken naar de meest geschikte instelling. Aanbesteding kan jaarlijks plaatsvinden. Een contra-argument bij aanbesteding is of het aantrekkelijk is voor instellingen om aan te besteden aangezien er in deze sector niet veel geld te verdienen is.

Mesoniveau

- **Weet welke hulpverlening collega-instellingen kunnen bieden en vanuit welke visie en met welke belangen zij dat doen.**

Toelichting: In het onderzoek komt naar voren dat men ‘enigszins’ op de hoogte is van de manier waarop collega-instellingen de samenwerking en coördinatie van hulpverlening aanpakken.

Dit kan verbeterd worden door een zorgconferentie te organiseren. Daarbij zijn alle hulpverleningsinstellingen in de regio Zwolle aanwezig. Men kan informatie over die instellingen presenteren, waardoor men op de hoogte blijft van elkaars visie, belangen, werkzaamheden en dergelijke. De organisatie van een dergelijke conferentie kan bijvoorbeeld in handen liggen van het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen. Er moet rekening gehouden worden met budgettering.

- **Stel richtlijnen op voor communicatie onder samenwerkende hulpverleners.**

Toelichting: In communicatie blijkt veel mis te gaan. Daarom kunnen er regels opgesteld/afspraken gemaakt worden waarin bepaald wordt wat kritieke punten zijn om overleg over te plegen. Gedacht wordt aan het behalen van een doel, een verandering in een situatie, wisseling van hulpverlener en instellingsoverstijgende informatie uitwisseling. Het is voor het hele systeem van belang dat betrokken hulpverleners transparant werken. Hieronder verstaan we dat zij kunnen verantwoorden waarom zij welke handelingen uitvoeren en dat zij kunnen aantonen effectief te werken. Via e-mail moet het haalbaar zijn om berichten door te geven, zodat niemand deze informatie hoeft te missen.

Periodiek overleg valt ook onder deze aanbeveling.

Microniveau

- **Maak per gezin één gezamenlijk plan van aanpak.**

Toelichting: één gezin, één plan creëert duidelijkheid en rust voor hulpverleners en cliënten. Bij aanvang van samenwerking kan iedere hulpverlener aangeven wat zijn doel in de hulpverlening is. Door de casemanager, zorgcoördinator of gezinscoach wordt bewaakt of hulpverleners niet teveel overlappen. Iedere hulpverlener kan zijn stukje in het plan aandragen.

- **Overleg per gezin welke methodiek (of combinatie van methodieken) ingezet wordt.**

Toelichting: Doordat iedere betrokken hulpverlener weet welke methode gebruikt wordt, weet hij of zij ook wat er van hem verwacht wordt. Aangezien er bij iedere methodiek een andere werkwijze vereist is. Dit kan overlegd worden tijdens het allereerste overleg waarbij de verantwoordelijke casemanager, gezinscoach of zorgcoördinator aanwezig is.

Tot slot

Maak vanuit bovenstaande aanbevelingen een protocol waar alle instellingen zich in kunnen vinden en mee kunnen werken.

8. Nawoord

Het onderzoek zoals het hier voor u ligt is met medewerking van een aantal mensen tot stand gekomen. Ten eerste willen wij Margo te Roller bedanken voor de opdracht die het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen ons heeft gegeven. Wij hebben dit onderzoek met plezier gedaan. Ria Peters willen wij bedanken voor haar inzet bij het begeleiden van de uitwerking van het onderzoek.

Daarnaast bedanken wij Bertil Uittenbogaard als voorzitter van het Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen. Uiteraard bedanken wij ook de respondenten, bestaande uit deelnemers aan het Kenniscentrum, voor hun inzet en medewerking.

Een aantal vrienden en familieleden was zo vriendelijk om belangstelling te tonen en hier en daar een helpende hand te bieden als het gaat om het werken met Excel en een controle op de Nederlandse taal.

*“Ik weet eigenlijk nooit echt waar ik aan toe ben
'T is als een schip en we zijn beide kapitein
Ben je net een beetje leuk weg van de kade
Ben je weg, gaat het anker alweer uit*

*Ruzie soms om niets, soms om van alles
Zeg jij 'ja' dan zegt zij 'nee' en andersom
'T is een nieuw schip en je moet samen leren varen
Maar staan je zeilen eindelijk lekker in de wind
Gaat het roer meteen weer om.....*

*Ik doe mijn best
Maar ik weet nooit waar ik aan toe ben
Dit huis is een schip en we staan samen op de brug
Maar kijk je net een beetje leuk uit over zee
Zie je de haven alweer terug...”*

(Acda en de Munnik)

Literatuurlijst afstudeeronderzoek

Boeken:

Baarda (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (2^e druk). Groningen: Noordhoff uitgevers.

Bouwkamp, Roel, Vries, Simon de (2000). *Basisboek psychosociale therapie* (2^e druk). Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.

Ghesquièrre P. (1993). *Multiprobleemgezinnen* (3e druk). Leuven/Apeldoorn: Uitgeverij Garant.

Hoogendam S. & Vreenegoor E. (2002). *Intensief casemanagement en complexe meervoudige problemen* (1^e druk). Bussum: Coutinho.

Lieshout, Maurice van, Melhkopf, Pierre & Troisfontaine, Sonja (2005). *Dwars door alle verbanden* (1e druk). Antwerpen - Apeldoorn: Provincie Limburg & Garant-uitgevers n.v.

Lohuis, G, Schilperoord, R & Schout, G (2008). *Van bemoei- naar groeizorg* (3^e druk). Groningen: Noordhoff uitgevers.

Moxley D. (1989). *The practise of casemanagement* (1e druk). Sage Publications ltd.

Nijenhuis R. & Nijenhuis - van Weert J. (2002). *Integraal casemanagement* (1^e druk). Barneveld: Uitgeverij H. Nelissen.

Polstra, Louis (2000). *Zorgcoördinatie, casemanagement & bemoeizorg* (1^e druk). Amsterdam: SWP uitgeverij.

Riet, N. van & Wouters H. (2005). *Casemanagement* (6^e druk). Assen: Koninklijke van Gorcum b.v.

Schaafsma, Karin (2005). *Het banen van een pad* (1^e druk). Antwerpen - Apeldoorn: DSP-groep & Garant-uitgevers n.v.

Onderzoeksverslagen:

Bos, Liesbeth van den & Hering Michèle (2008). *Werkdocument Multiprobleemgezinnen stadsregio Amsterdam*. Amsterdam: Stadsregio Amsterdam.

Melhkopf P.J. (2008). *Tussen regels en handelingsruimte, over multiprobleemgezinnen, coördinatie van zorg en gezinscoaching. Handreiking bij uitvoering*. Gouda: JSO, expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding.

Oude Egberink K. (2005). *Samenwerken voor MPG*. Zwolle: Kenniscentrum MPG.

Tijdschriften:

Tongeren, C. van. (2006). *Gezinscoach, kijken vanuit het gezin. Gezinscoach schakel tussen hulpverleners in multiprobleemgezinnen. Maatwerk, 07 (augustus 2006), p. 13-14.*

Elshout, D. (2009). *Vrijwilligers zijn soms beter dan professionals. Zorg en welzijn, 02 (februari 2009), p. 8-10.*

Internetbronnen:

Betrouwbare, deskundige en actuele informatie over gezondheid. (2008). www.dokterdokter.nl. Geraadpleegd in februari 2009.

Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding. (z.j.). www.iso.nl Geraadpleegd op meerdere momenten, januari - april 2009.

Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen. (2005). www.multiprobleemgezinnen.nl. Geraadpleegd op meerdere momenten, januari - april 2009.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.j.). www.nji.nl Geraadpleegd op meerdere momenten, januari - april 2009.

Peters, G.J. Studiehandleiding en documenten 'Verwerken onderzoeksgegevens'. (2008). http://bb-prod.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab=courses&url=/bin/common/course.pl?course_id=_3709_1. Geraadpleegd op meerdere momenten, januari - april 2009.

Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu. (2004). www.rivm.nl. Geraadpleegd februari-april 2009.

Senoeni, internetcartoons. (z.j.). *Ctoon17-vloot*. <http://www.senoeni.net/cartoons/pcs/ctoan17-vloot.gif>. Geraadpleegd op 14 april 2009.

Uittenbogaard, B. Studiehandleiding en documenten 'Multiprobleemgezinnen'. (2008). http://bb-prod.windesheim.nl/bin/common/course.pl?course_id=_3710_1&frame=top. Geraadpleegd op meerdere momenten, januari - april 2009.

Bijlagen



Betreft: Enquête n.a.v. onderzoek voor Kenniscentrum multiprobleemgezinnen.

Datum: 5 februari 2009

Geachte heer, mevrouw,

Tijdens de bijeenkomsten van het Kenniscentrum multiprobleemgezinnen is reeds naar voren gekomen dat wij een onderzoek doen in het kader van coördinatie van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Wij hebben onze onderzoeksvraag als volgt gesteld; Hoe ziet de coördinatie van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de regio Zwolle eruit? Het gaat daarbij voornamelijk om hoe dat op dit moment gebeurt en welke naam eraan gegeven wordt. Aan de hand van de uitkomst van deze enquête schrijven wij een aanbeveling.

Naar aanleiding van deze vraag hebben wij een enquête opgesteld die u met deze brief toegezonden krijgt. Graag ontvangen wij deze **vóór vrijdag 20 februari 2009** ingevuld per post of per e-mail retour. Wilt u de enquête per post retourneren dan kunt u daarvoor gebruik maken van de bijgevoegde antwoortenveloppe.

Met vriendelijke groet,

Hans Hegeman
Bianca Hesse
Antwoordnummer 2079
8000 GB ZWOLLE

Onderzoeksvraag: Hoe ziet de coördinatie van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in de regio Zwolle eruit?

Naam instelling:

Functie (doorstrepen wat niet van toepassing is): Uitvoerend werker / beleidsmaker / beide

1. Als het gaat om coördinatie bij multiprobleemgezinnen, past u daarvoor een methodiek toe?

☐ Ja

☐ Nee

2. Hoe noemt u deze methodiek?

.....
.....

3. Hoe zou u deze noemen volgens de onderstaande definities?

0 Casemanagement; De vormen van casemanagement die uitgaan van de zelfbeschikking van de cliënt en de aandacht voor het sociale netwerk van de cliënt.

Leidende gedachte hierbij is dat de casemanager ervan overtuigd is dat ieder mens in staat is om te leren, te groeien en zich te ontwikkelen. In het casemanagement dient dit vertaald te worden in een maximale betrokkenheid en deelname van de cliënt bij het vaststellen wat zijn doelen zijn, bij het in kaart brengen van zijn behoeften en het opstellen van een werkplan waarbij zijn eigen behoeften en eigen visie uitgangspunten zijn en niet datgene wat instellingen aan hulp aanbieden (vraaggerichte hulpverlening).

0 Zorgcoördinatie; De vormen van casemanagement waarbij instellingen onderling afspraken gemaakt hebben over de hulpverlenings- en behandelingsplannen. De empowerment van de cliënt bestaat dan alleen hieruit dat hij kan kiezen uit de bestaande voorgeprogrammeerde vormen van hulpverlening (aanbodgerichte hulpverlening).

0 Gezinscoach; Een gezinscoach is de spin in het web, coördinator van het systeem. Als gezinscoach zet je de lijntjes uit naar de overige hulpverlening als die aanwezig is en anders zet je nieuwe hulpverlening uit. Het voordeel van gezinscoaching is dat je een mandaat hebt om je met het hele systeem te 'bemoeien'.

0 Anders, namelijk (+ toelichting hoe deze methodiek eruit ziet)

.....
.....

4. Is deze methodiek opgenomen in de vastgelegde werkbeschrijving (protocol)?
☐ Ja, omdat

☐ Nee, omdat

5. Welke visie ligt ten grondslag aan het gebruik van deze methodiek?

6. Stelling: "Ik ben tevreden over deze methodiek".
☐ Mee eens
☐ Gedeeltelijk mee eens
☐ Gedeeltelijk mee oneens
☐ Oneens
7. Stelling: "Ik ben tevreden over de huidige uitvoering van deze methodiek binnen mijn instelling".
☐ Mee eens
☐ Gedeeltelijk mee eens
☐ Gedeeltelijk mee oneens
☐ Oneens
8. Passen jullie deze methodiek toe op alle multiprobleemgezinnen?
☐ Ja
☐ Nee
9. Welke criteria worden gebruikt om te selecteren of een gezin wel of niet in aanmerking komt voor casemanagement of een soortgelijke methodiek? Meerdere antwoorden mogelijk.
 Er moet sprake zijn van:
☐ Geïndiceerde jeugdzorg.
☐ Een jeugdbeschermingsmaatregel.
☐ De betrokkenheid van drie of meer instellingen bij het gezin.
☐ 'Overlast' veroorzaakt door het gezin.
☐ Weerstand tegen de hulpverlening.
☐ Het open staan, van het gezin, voor hulpverlening.
☐ Anders, namelijk

10. Stelling: "Ik vind deze criteria terecht".
☐ Mee eens
☐ Gedeeltelijk mee eens
☐ Gedeeltelijk mee oneens
☐ Oneens

11. Stelling: “Ik vind dat er geen criteria nodig zijn voor het inzetten van casemanagement of een soortgelijke methodiek”.

☐ 0 Mee eens

☐ 0 Gedeeltelijk mee eens

☐ 0 Gedeeltelijk mee oneens

☐ 0 Oneens

12. Is uw instelling ook bekend met de gebruikte methodiek van collega-instellingen?

☐ 0 Wel bekend

☐ 0 Enigszins bekend

☐ 0 Niet bekend

13. Sluiten de methodieken van de verschillende instellingen op elkaar aan als het gaat om de coördinatie van hulpverlening?

☐ 0 Ja

☐ 0 Enigszins

☐ 0 Nee

Wanneer er bij een multiprobleemgezin meerdere hulpverleningsinstellingen betrokken zijn en de hulpverlening wordt onvoldoende op elkaar afgestemd, dan is het een logisch gevolg dat het gezin het overzicht verliest en de gestelde doelen vergeet. Hierdoor raakt het gezin gedemotiveerd. Daarom is het belangrijk dat de hulpverlening goed gecoördineerd wordt.

14. Waar liggen volgens u valkuilen in de samenwerking met andere instellingen bij het coördineren van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?

.....
.....
.....
.....

15. Waar ligt volgens u winst in de samenwerking met andere instellingen bij het coördineren van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen?

.....
.....
.....
.....

16. Hoe beoordeelt u de huidige situatie? Geef hieraan een cijfer.

Waarbij geldt: 0 = zeer slecht tot 10 = uitmuntend.

Cijfer: ...