

Te veel problemen onder één dak

***Een quickscan naar multi-probleemgezinnen
in Groningen***

**Jeanine Vosselman
Louis Polstra
Marcel Daalman**

Bureau Onderzoek Gemeente Groningen, februari 2005

Bureau Onderzoek heeft als kernactiviteiten instrumentontwikkeling voor en uitvoering van beleidsgericht onderzoek, het toegankelijk maken van grote hoeveelheden data uit verschillende bronnen, gegevensanalyse, projectevaluatie en dienstverlening bij overheidsmarketing.

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	11
1.1 Doelstelling van de quickscan	11
1.2 Opzet van de quickscan	12
2. Definitie Multi-probleemgezinnen	15
2.1 Kenmerken van de problematiek	15
2.2 Type problemen	16
2.3 Combinatie van problemen	18
2.4 Werkdefinitie	20
3. Hulpaanbod voor multi-probleemgezinnen	21
3.1 Regulier aanbod	21
3.2 Specifiek aanbod	22
3.3 Hulpaanbod gerelateerd aan probleemgebieden	27
4. De knelpunten in de hulpverlening	29
4.1 Gebrek aan afstemming	29
4.2 Methodische knelpunten	31
4.3 Geen hulp op maat	32
4.4 Samenvatting	34
5. Omvang multi-probleemgezinnen	35
5.1 Registratiegegevens	35
5.2 Resultaten	37
6. Hoe nu verder? Voorgestelde oplossingen	43
6.1 Visie op hulpaanbod	43
6.2 De methodiek van zorgcoördinatie	44
6.3 Inbedding van zorgcoördinatie	46
6.4 Samenvatting	47
7 Conclusies en aanbevelingen	49
Conclusie 1: Aantal multi-probleemgezinnen is relatief klein	49

Conclusie 2: Geen gebrek aan hulp wel aan afstemming	50
Conclusie 3: Langdurige zorg noodzakelijk	50
Conclusie 4: Zorgcoördinatie als oplossing	51
Conclusie 5: Team van gezinscoaches	52
Literatuur	53
BIJLAGE 1: Lijst met deelnemers expertmeeting	55
BIJLAGE 2: beschrijving hulpverleningsaanbod	57
2.1 Aanbod Jeugdzorg	57
2.2 Aanbod Base Groep	59
2.3 Stichting Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening	60
2.4 Raad voor de Kinderbescherming	61
2.5 OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg in stad Groningen)	61
2.6 Mee	61
2.7 Accare	62

Samenvatting

In juli 2004 werd er in Groningen, omstreeks twaalf uur s' nachts, via 112 een brand gemeld. Na aankomst heeft de brandweer direct de woning doorzocht. Zij troffen drie kinderen aan in het bed op de slaapkamer. De kinderen bleken al te zijn overleden. De drie kinderen zijn van twee moeders. Beide moeders waren op het moment van de brand niet thuis. Verschillende instanties waren, wegens problemen in het gezin, bij het gezin betrokken.

In elke stad voltrekken zich dit soort drama's. Nog niet zo lang geleden is de evaluatie van het Roermondse drama verschenen.

De dienst OCSW heeft Bureau Onderzoek de opdracht gegeven door middel van een quickscan inzicht te bieden in het aantal multi-probleemgezinnen in de stad Groningen en de aanpak van de problemen waarmee deze gezinnen kampen.

Definitie

In de literatuur wordt vaak aangehaald dat multi-probleemgezinnen moeilijk zijn te definiëren maar gemakkelijk zijn te herkennen. Een aardige definitie, die ons in het onderzoek echter niet verder helpt. Op basis van literatuurstudie is uiteindelijk uitgegaan van de volgende werkdefinitie:

“Een multi-probleemgezin is een gezin dat kampt met een chronisch complex van socio-economische en psychosociale problemen waarvan de betrokken hulpverleners vinden dat het weerbarstig is voor hulp” (Ghesquire, 1993).

Kenmerkend voor multi-probleemgezinnen is dat de problemen:

- Veelvoudig zijn
- Complex zijn
- Chronisch van aard zijn

Bij een deel van de multi-probleemgezinnen is sprake van intergenerationele problematiek. Een veelvoorkomend probleem is dat incest of huiselijk geweld van generatie op generatie wordt doorgegeven.

Daarnaast ontstaan de laatste jaren nieuwe groepen multi-probleemgezinnen, zoals vluchtelingen-gezinnen met zwaar getraumatiseerde ouders, gezinnen met een allochtone achtergrond waarbij de tweede generatieproblematiek een grote rol speelt, of gezinnen met drugsverslaafde ouders.

De probleemkluwen binnen een multi-probleemgezin leidt er toe dat het hulpaanbod niet goed aansluit bij de behoeften van de gezinnen, die daardoor zorgmijden. Het zorgmijdend gedrag leidt tot moeizame hulpverlening, wat bij de hulpverlener vervolgens weer zorgverlamming teweeg brengt (Van Veldhuizen 1998). Gezin en hulpverlening komen hierdoor in een neerwaartse spiraal.

Aantal

Bureau Onderzoek is bezig, in samenwerking met de diensten Sozawe en OCSW, een monitor voor Kwetsbare Burgers te ontwikkelen. In het kader van deze monitor beschikt Bureau Onderzoek onder meer over gegevens van Geldzorg, MJD, ZAR, Woonkans, Basiszorg in de Buurt (BIB), zorgnetwerken 0-12 jaar en het OGGz-team.

Voor dit onderzoek naar multi-probleemgezinnen hebben we tevens éénmalig gebruik mogen maken van gegevens van Jeugdzorg, betreffende de Toegang tot de Jeugdzorg, de Jeugdvoogdij en de Jeugdreclassering.

Door bestanden te koppelen, waarbij gebruik wordt gemaakt van gegevens afkomstig uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA), zijn unieke gezinnen geïdentificeerd. Gezinnen die contact hebben met BIB of die met drie of meer andere hulpverleningsinstellingen contact hebben zijn gecategoriseerd als multi-probleemgezinnen. Daarnaast hebben we gezinnen meegeteld die binnen de zorgnetwerken 0-12 jaar als multi-probleemgezin bekend staan.

Uit de bestandsanalyse kunnen we opmaken dat 246 gezinnen binnen deze definitie vallen: 70 gezinnen van BIB, 98 gezinnen met drie of meer hulpverlenings-contacten en 78 gezinnen die bij de zorgnetwerken als multi-probleemgezin bekend staan. Dit getal is een ondergrens voor het werkelijk aantal multi-probleemgezinnen, omdat niet van alle instellingen gegevens beschikbaar zijn. Het aantal komt wel redelijk overeen met de schatting van de experts.

Eenoudergezinnen zijn in vergelijking met het standaardgezin sterk oververtegenwoordigd, bijna twee keer zoveel. De gezinnen zijn woonachtig in bekende Groningse 'probleemwijken': Beijum, Paddepoel, Vinkhuizen, De Hoogte en Indische Buurt. In de geïdentificeerde multi-probleemgezinnen wonen circa 475 kinderen.

Problemen

Naast de bestandsanalyse zijn de problemen waarmee multi-probleemgezinnen kampen en mogelijke oplossingen hiervoor geïnventariseerd. Dit is gebeurd door een vragenlijst naar hulpverleningsinstellingen te sturen en door een groepsinterview in de vorm van een expertmeeting te organiseren.

De daarin aangegeven problemen komen overeen met de problemen met de problemen uit de literatuur. De drie meest prominente problemen zijn:

- Gebrekkige opvoedingsvaardigheden
- Schulden
- Psychiatrische verschijnselen

Naast deze drie veel voorkomende problemen zijn er allerlei andere genoemd, variërend van relatieproblemen, verslaving, psychosomatische klachten tot en met delinquentie.

Hulpaanbod

Als gevolg van de vele problemen waar een gezin mee kampt zijn er vaak meerdere hulpverleningsinstellingen bij een gezin betrokken. Hieronder wordt in tabelvorm weergegeven waaruit het aanbod bestaat. Naast het algemeen aanbod waar elke burger van Groningen met problemen een beroep op kan doen, bestaat er een specifiek aanbod voor multi-probleemgezinnen: Basiszorg in de Buurt (afgekort als BIB), Hulp aan Huis en Psychiatrische Gezinsbehandeling Noord-Nederland (afgekort als PGN).

Probleemgebieden	Problemen	Algemeen aanbod	Specifiek aanbod
Maatschappelijke positie	isolement, verstoord contact met buren delinquentie verwaarlozing	MJD OGGZ Politie Mee	BIB Hulp aan Huis PGN
Economische positie	werkloosheid laagbetaald werk schulden slechte behuizing	Geldzorg Woningcorporatie Woonkans Mee	BIB
Persoonlijke positie	(psycho)somatische klachten (rand)psychiatrische ziektebeelden alcoholmisbruik drugsgebruik	GGZ VNN Huisarts Accare Politie OGGZ	PGN
Relaties	problemen met partner problemen met (ex)-partner intimiteit en seksualiteit	MJD Politie Mee	BIB Hulp aan Huis PGN
Opvoeding	gebrekkige opvoedingsvaardigheden pedagogische verwaarlozing mishandeling seksueel misbruik kinderen zwerven op straat schoolverzuim, spijbelen	Jeugdzorg Base-Groep Thuiszorg Mee Politie Raad voor de Kinderbescherming GGD: JGZ	BIB Hulp aan Huis PGN

Knelpunten

We vroegen de betrokken instellingen aan te geven welke knelpunten zij tegen komen. Veel knelpunten hebben te maken met afstemming. De genoemde afstemmingsproblemen zijn:

Hulpverlening aan kinderen en ouders vindt plaats vanuit gescheiden circuits

- Het ontbreken van centrale regie
- Een gebrekkige informatieversterking waardoor er geen terugkoppeling plaatsvindt over de voortgang
- Privacy

Ook zijn er knelpunten methodisch van aard, te weten:

- Hulp- en dienstverleningsinstellingen hebben wel de multi-probleemgezinnen in beeld, maar beschikken niet over de juiste methodieken om bij de gezinnen binnen te komen en te blijven.
- In de jeugdhulpverlening is er geen ervaring met bemoeizorg bij multi-probleemgezinnen.

Daarnaast blijken er organisatorische knelpunten te zijn waardoor er geen maatwerk kan worden geleverd:

- Het bestaan van wachtlijsten.
- De duur van het contact met een gezin is vanuit de werkwijze van de instelling begrensd, terwijl sommige gezinnen langdurig contact behoeven.
- De reguliere hulpverlening sluit niet aan bij de wisselende behoefte aan hulp van multi-probleemgezinnen, vooral als het gaat om de intensiteit van de hulp (vinger aan de pols hulpverlening afgewisseld met zeer intensieve crisishulp).

Tot slot zijn er afstemmingsproblemen op macro niveau aangegeven. Deze problemen worden veroorzaakt door de gebrekkige aansluiting tussen gemeentelijk en provinciaal beleid. Door het gedecentraliseerde beleid ontstaan afstemmingsproblemen tussen zorginstanties. Ook werken schotten in de financiering belemmerend.

Oplossingen

De aangedragen oplossing voor afstemmingsproblemen en methodische knelpunten is die van het in het leven roepen van een samenwerkingsverband die structurele samenwerking en integratie van werkzaamheden op het gebied van de zorg voor multi-probleemgezinnen mogelijk maakt.

Het samenwerkingsverband regelt dat multi-probleemgezinnen langdurig in zorg kunnen worden genomen.

Door het samenwerkingsverband is de inzet van instellingen niet meer vrijblijvend.

De geleverde zorg varieert van generieke hulp tot en met gespecialiseerde hulp. De generieke hulp wordt geleverd door gezinscoaches die daarbij gebruik maken van de methodiek van zorgcoördinatie. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaring en deskundigheid die de Stichting GGz Groningen op dit terrein heeft. De gezinscoaches onderhouden langdurig contact met de gezinnen. Als zorgcoördinator leiden ze de gezinnen toe naar instellingen met een gespecialiseerd hulpaanbod en stemmen zij deze hulp op elkaar af.

Om de werkbegeleiding en de facilitaire ondersteuning te regelen wordt voorgesteld een team van gezinscoaches onder te brengen bij één instelling. Het ligt voor de hand om Basiszorg in de Buurt uit te bouwen en het team van gezinscoaches hier onder te brengen.

Vroegsignalering

Tijdens de expertmeeting is opgemerkt dat er ook steeds een groep potentiële multi-probleemgezinnen bestaat. Deze groep is zeer groot, zeker nu in de tijd van recessie omdat schulden een groot probleem zijn binnen deze gezinnen. Het is belangrijk om deze groep zo vroeg mogelijk in beeld te krijgen om te voorkomen dat de problemen zich verharderen. Op basis van het onderzoek worden de volgende indicatoren aanbevolen:

- Huurachterstand
- Overlast (melding bij Meldpunt Overlast en/of bij woningcorporatie)
- Gedragsproblemen bij kinderen
- Achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling bij kinderen
- Werkloosheid
- Huiselijk geweld
- Psychiatrische problemen
- Psychosomatische klachten

Gegevens om deze indicatoren te vullen zijn voorhanden bij diverse instellingen. In een zorgnetwerk zouden deze gegevens op gezinsniveau kunnen worden gekoppeld, zodat duidelijk wordt welk gezin tot de doelgroep behoort.

1. Inleiding

In juli 2004 werd er in Groningen, omstreeks twaalf uur s' nachts, via 112 een brand gemeld. Na aankomst heeft de brandweer direct de woning doorzocht. Zij troffen drie kinderen aan in het bed op de slaapkamer. De kinderen bleken al te zijn overleden. De drie kinderen zijn van twee moeders. Beide moeders waren op het moment van de brand niet thuis. Verschillende instanties waren, wegens problemen in het gezin, bij het gezin betrokken.

In elke stad voltrekken zich dit soort drama's. Nog niet zo lang geleden is de evaluatie van het Roermondse drama verschenen.

Het fenomeen van multi-probleemgezinnen is er echter één van alle tijden. Wie een duidelijke schets van zo'n gezin wil zien, moet naar de film Diny kijken, gemaakt halverwege de jaren tachtig over een Groningse vrouw, opgegroeid in een multi-probleemgezin, en later zelf moeder in zo'n gezin. In deze gezinnen spelen nog steeds dezelfde problemen. En er spelen ook nog steeds dezelfde problemen tussen instellingen die hulp verlenen aan deze gezinnen.

De gemeenteraad van de gemeente Groningen heeft haar zorg over multi-probleemgezinnen uitgesproken tijdens de bespreking van een voorstel inzake de notitie Integraal Jeugdbeleid. Vanuit deze zorg heeft de raad het College verzocht een quickscan in te stellen naar het aantal multi-probleemgezinnen in Groningen. De directie Onderwijs & Jeugd van de dienst OCSW heeft Bureau Onderzoek verzocht een dergelijk onderzoek uit te voeren. In dit rapport kunt u het resultaat van deze quickscan lezen.

1.1 Doelstelling van de quickscan

Doelstelling van de quickscan is het bieden van inzicht in het aantal multi-probleemgezinnen in de stad Groningen en de aanpak van de problemen waarmee deze gezinnen kampen.

De quickscan moest starten met het geven van een werkdefinitie van multi-probleemgezinnen naar aanleiding van een literatuurstudie. Vervolgens geven we met de quickscan antwoord op de volgende vragen:

- *Wat is de omvang van het aantal multi-probleemgezinnen in de stad Groningen?*
- *Met welke problemen kampen multi-probleemgezinnen in de stad Groningen?*
- *Wat is het hulpverleningsaanbod voor multi-probleemgezinnen in de stad Groningen?*
- *Welke deficiënties (zowel methodisch, organisatorisch als in capaciteit) vertoont het hulpverleningsaanbod?*
- *Welke oplossingen zijn er te geven om tot een adequate vorm van hulpverlening aan multi-probleemgezinnen te komen?*

1.2 Opzet van de quickscan

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden maken we gebruik van meerdere onderzoeksmethoden:

Datawarehouse analyse

De omvang van de multi-probleemgezinnen hebben we geschat door middel van een Datawarehouse analyse. Bureau Onderzoek is bezig in samenwerking met de diensten SOZAWE en OCSW een monitor voor Kwetsbare Burgers te ontwikkelen. In het kader van deze monitor beschikt Bureau Onderzoek over registratiegegevens van de volgende gebieden:

- Gezinssamenstelling
- Bijstandsuitkering
- Schulden
- Contact met Maatschappelijk en Juridische Dienstverlening (MJD)
- Contact met Basiszorg in de Buurt (specifiek hulpaanbod voor multi-probleemgezinnen)
- Contact met het OGGZ-team (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg)
- Bekend bij het ZAR (Zorgafstemming Risicoleerlingen, OCSW)
- Bekend als multi-probleemgezin in zorgnetwerk 0-12 jaar

Voor dit onderzoek naar multi-probleemgezinnen hebben we bovendien eenmalig gebruik mogen maken van gegevens van Jeugdzorg. De volgende gegevens heeft Jeugdzorg¹ aangeleverd:

- Toegang tot de Jeugdzorg
- Jeugdvoogdij
- Jeugdreclassering

Aangezien multi-probleemgezinnen per definitie op meerdere levensgebieden problemen hebben, zouden zij ook terug te vinden moeten zijn in meerdere gegevensbestanden. Door bovenstaande gegevens op individueel niveau te koppelen, kan helder worden welke gezinnen te maken hebben met meerdere organisaties.

Expertmeeting

Om te inventariseren waar knelpunten en behoeften liggen in het geven van adequate zorg aan multi-probleemgezinnen heeft Bureau Onderzoek een expertmeeting georganiseerd in de vorm van een groepsinterview.

De volgende instellingen waren bij deze expertmeeting vertegenwoordigd: GGD, MJD, Jeugdzorg, Base Groep, Raad voor de Kinderbescherming, Basiszorg in de Buurt, Thuiszorg, Centrum voor maatschappelijke Ontwikkeling Groningen (CMO) en de dienst OCSW. In bijlage 1 vindt u een lijst met de vertegenwoordigers van organisaties. Een nevenproduct van de expertmeeting is de versteviging van het netwerk van de participerende instellingen.

Tijdens deze meeting zijn vertegenwoordigers van instellingen ondervraagd over de meest voorkomende probleemgebieden van de multi-probleemgezinnen, de inzet van de instellingen en over de knelpunten in de hulpverlening aan deze gezinnen.

Daarnaast is een groot deel van de beschikbare tijd besteed aan het discussiëren over adequate hulpverlening aan multi-probleemgezinnen.

¹ In verband met privacy overwegingen hebben we geen gegevens van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) ontvangen

Ter voorbereiding van de expertmeeting zijn de betrokken instellingen verzocht een korte schriftelijke vragenlijst in te vullen over: de door hun instelling gehanteerde definitie van multi-probleem-gezinnen, hun aanbod voor deze gezinnen, knelpunten in de hulp-verlening aan deze gezinnen, en het aantal door hun instelling geregistreerde multi-probleemgezinnen in 2003 en de eerste helft van 2004. De resultaten van de bestandsanalyse en de vragenlijst zijn door Bureau onderzoek gebruikt als input voor het groepsinterview.

Opbouw van het rapport

Als eerste gaan we in hoofdstuk 2 in op verschillende kenmerken van de problematiek van multi-probleemgezinnen en geven we op basis van een literatuurstudie een definitie van multi-probleemgezinnen. In hoofdstuk 3 behandelen we het hulpverleningsaanbod voor multi-probleemgezinnen. In hoofdstuk 4 beschrijven we knelpunten in de hulpverlening aan deze gezinnen. In hoofdstuk 5 doen we een poging om een schatting te geven van de omvang van de multi-probleemgezinnen. Hoofdstuk 6 belicht de voorgestelde oplossingen die de hulpverlening multi-probleemgezinnen kan bieden. In hoofdstuk 7 wordt de rapportage afgesloten met enkele conclusies en aanbevelingen.

2. Definitie Multi-probleemgezinnen

Er is in de literatuur weinig eensgezindheid over de definitie van de term 'multi-probleemgezin'. De mooiste, en veelzeggende, definitie over multiprobleem gezinnen is: "*A multi-problem family is hard to define, but easy to recognise*" (Philip & Timms). Bovendien wordt de term frequent gebruikt zonder dat hij nader gespecificeerd wordt.

In dit hoofdstuk beschrijven we verschillende kenmerken van de problematiek van multi-probleemgezinnen. Daarna gaan we verder in op de verschillende probleemgebieden en combinaties van gezinnen. Tenslotte eindigen we dit hoofdstuk met een werkdefinitie multi-probleemgezinnen voor dit onderzoek.

2.1 Kenmerken van de problematiek

Veelvoudig

Multi-probleemgezinnen ondervinden problemen op meerdere levens-terreinen. Er is een bonte variëteit aan problemen in alle mogelijke combinaties. Er is bijvoorbeeld sprake van schulden, opvoedingsproblemen, relatieproblemen, sociaal isolement, verslaving of slechte huisvesting. In paragraaf 2.2. gaan we uitvoerig in op de verschillende typen problemen.

Complex

Niet alleen de veelheid aan problemen maar ook de onderlinge verwevenheid is een kenmerk van een multi-probleemgezin (Baartman & Dijkstra, 1987). De problematiek binnen multi-probleemgezinnen is vaak complex. Het is een brij, zonder einde of begin. De verschillende probleemgebieden lopen door elkaar en beïnvloeden elkaar. Doorgaans stapelt de ene crisis zich op de andere. De opeenvolgende crisissen vormen een kluwen die de gezinsleden zelf amper meer kunnen ontwarren (van Doorn, 2004).

Chronische problematiek

Bovendien spelen de problemen in de gezinnen meestal al lange tijd.

Intergenerationale problematiek

Bij veel multi-probleemgezinnen is er sprake van intergenerationele problemen. De ouders of grootouders van multi-probleemgezinnen stonden ook al als probleemgezin te boek.

Wanneer kinderen uit deze gezinnen zelf volwassen worden, nemen ze bijna als vanzelfsprekend de leefpatronen van hun ouders over. Een veelvoorkomend patroon is dat incest of mishandeling van generatie op generatie worden doorgegeven. De betrokken gezinsleden krijgen onvoldoende of geen greep op de situatie waardoor een patroon ontstaat van recidiverende crisissituaties (van Doorn, 2004).

In de recente literatuur wordt erop gewezen dat het kenmerk van intergenerationele problematiek niet te strikt gehanteerd moet worden. Er ontstaan ook nieuwe multi-probleemgezinnen met problemen die als langdurig problematisch gekarakteriseerd kunnen worden. Genoemd worden onder meer gezinnen met verslaafde ouders en vluchtelingen-gezinnen met zwaar getraumatiseerde ouders.

Zorgvermijding en zorgverlamming

Verbeteringen in de gezinssituatie wordt slechts moeizaam bereikt. De probleemkluwen leidt er toe dat het hulpaanbod niet goed aansluit bij de behoeften van de gezinnen, die daardoor zorgmijden. De gezinnen staan vaak afwijzend ten opzichte van hulp. Hulpverleners die toch toegang krijgen tot het gezin en er intensief mee aan de slag gaat, lopen er regelmatig op stuk. De hulpverlener slaagt er alleen in om marginale veranderingen aan te brengen. Wanneer er één probleem is opgelost komen er vijf problemen voor in de plaats (Drost, 2000).

Het zorgmijdend gedrag leidt tot moeizame hulpverlening, wat bij de hulpverlener vervolgens weer zorgverlamming teweeg brengt (Van Veldhuizen, 1998). Gezin en hulpverlening komen hierdoor in een neerwaartse spiraal. Ghesquiere(1993) stelt daarom dat bij multi-probleemgezinnen sprake is van een dubbele thematiek. De term 'multi-probleemgezin' refereert niet aan een gezinssysteem of aan een hulpverleningssysteem, maar aan een systeem op een hoger niveau, namelijk aan de interactie tussen het gezinssysteem en het hulpverleningssysteem.

2.2 Type problemen

In de vorige paragraaf noemden we als eerste kenmerk van de multi-probleemgezinnen dat ze problemen ondervinden op meerdere levensterreinen. Het gezin schiet tekort op verschillende gebieden. De problemen doen zich voor op alle taken waar een gezin voor staat. Baartman (1989) verdeelt deze taken in vijf groepen.

De eerste groep is het voeren van een huishouding. Baartman deelt hier de volgende problemen bij in: gebrek aan regelmaat, aan hygiëne, goede voeding, aan financiële armslag en aan wooncomfort.

De tweede groep is het verwerven en handhaven van een maatschappelijke positie. Hieronder verstaat Baartman problemen met informele contacten en formele contacten. De andere drie groepen zijn: vormgeven van een partnerrelatie, individueel welzijn en opvoeding.

Deze laatste drie groepen zien we ook terug bij de indeling van problemen bij multi-probleemgezinnen door Drost (2000).

In dit onderzoek kiezen we voor de indeling van Drost maar voegen een aantal problemen uit de indeling van Baartman toe. We onderscheiden de volgende vijf gebieden:

Maatschappelijke positie van het gezin

Het runnen van een huishouding, zowel materieel als immaterieel, gaat moeilijk. Soms is er sprake van verwaarlozing en/of vervuiling.

Informele contacten met familie of in de buurt leveren problemen op. Er is vaak ruzie. Vaak is er geen contact met familie of burens. Veelal is er sprake van isolement. Het aangaan van formele contacten, zoals gesprekken op school of met de consulent werk, verloopt vaak niet goed. Ook delinquentie komt geregeld voor.

Economische positie van het gezin

Het werkloosheidspercentage is behoorlijk hoog, of er is sprake van laag gewaardeerd en laagbetaald werk. De behuizing is slecht en er zijn dikwijls huisvestingsproblemen. Door het moeten rondkomen van een minimuminkomen ontstaan schulden. Inkopen worden gedaan via postorderbedrijven en door middel van leningen worden de opgedane schulden weer afbetaald. Schuldsanering onder begeleiding van daarvoor bestaande instellingen zorgt ervoor dat men onder het bestaansminimum moet leven.

Individueel welzijn

Door de gedeprimeerde situatie ontstaan gezondheidsproblemen: psychosomatische problematiek komt vaak voor. Daarnaast komen psychiatrische symptomen veel voor. Ook kan er sprake zijn van alcohol – en drugsverslaving. Hiervoor is niet voldoende geld beschikbaar zodat hierin op illegale wijze moet worden voorzien.

Relaties

Binnen het gezin bestaan relatieproblemen. De partners kunnen meestal niet met, maar ook niet zonder elkaar leven. Herhaalde scheiding, maar ook huwelijken met dezelfde partner komen geregeld voor.

Ook gaat het vaak om gezinnen met niet biologische ouders, oftewel: 'nieuw-samengestelde gezinnen', met stiefvaders of stiefmoeders, een nieuwe vriend of vriendin van de vader of de moeder. Soms zijn er kinderen van verschillende vaders of moeders in een gezin en vaak is de ex-partner ook nog in beeld (van Doorn, 2004).

In een gezin kunnen kinderen van meerdere partners verblijven waardoor een voor hen zeer onoverzichtelijke gezinsconstructie bestaat. Seksualiteit en intimiteit veroorzaken voortdurend problemen.

Opvoeding

Het opvoeden van kinderen levert problemen op. Enerzijds beschikken de ouders niet over voldoende opvoedingsvaardigheden, en anderzijds is het logisch dat in een gezin met zo veel problemen er weinig tijd en aandacht voor het opvoeden is. De ouders hebben hun hoofd vol met ander dingen. Ze hebben het te druk met zichzelf en hun eigen problemen. Pedagogische verwaarlozing en (seksuele) mishandeling zijn dan ook veel voorkomende verschijnselen. Door hun geringe opvoedingsvaardigheden zijn de ouders niet in staat om te gaan met de gedragsproblemen van de kinderen. De kinderen zwerven veel op straat, sluiten zich aan bij soort- en lotgenoten en zorgen voor problemen in de samenleving (Drost, 2000).

2.3 Combinatie van problemen

De problemen binnen multi-probleemgezinnen zijn vaak complex. De verschillende probleemgebieden lopen door elkaar en versterken elkaar. De deelnemers aan de expertmeeting hebben ter voorbereiding van de expertmeeting een top drie aangegeven van de, in hun ogen, meest voorkomende combinaties van problemen. De aangegeven problemen komen overeen met de problemen uit de literatuur.

0

Tabel 2.1 Meest voorkomende combinaties van problemen

- Gebrekkige opvoedingsvaardigheden
- Schulden
- Psychiatrische symptomen

Wat duidelijk is dat in elk multi-probleemgezin opvoedingsproblemen aan de orde zijn. Er is geen enkel multi-probleemgezin zonder opvoedingsproblemen.

Soms worden de opvoedingsproblemen veroorzaakt doordat ouders geen opvoedingsvaardigheden hebben. Maar de opvoedingsproblemen kunnen ook een gevolg van de vele andere problemen in het gezin. Verder blijkt dat het hebben van schulden ook bijna altijd een rol speelt. Daarnaast hebben bijna alle vertegenwoordigers van instellingen psychiatrische problematiek aangegeven als onderdeel van de problemen binnen multi-probleemgezinnen.

Naast deze drie veel voorkomende problemen zijn er allerlei andere problemen genoemd. Veel problemen hebben met elkaar te maken, versterken elkaar of veroorzaken weer een nieuw problemen. Zo kunnen bijvoorbeeld relatieproblemen en verwaarlozing een sociaal isolement tot gevolg hebben.

Tabel 2.2 Andere problemen als onderdeel van de kluwen

- Relatieproblemen
- Huiselijk geweld
- Werkloosheid
- Verslaving
- Pedagogische verwaarlozing
- Overlast
- Vervuiling
- Psychosomatische klachten
- Sociaal isolement
- Verwaarlozing
- Delinquentie
- Spijbelen

2.4 Werkdefinitie

Op grond van de bovenstaande formuleringen nemen we de definitie van Ghesquire over:

Een multi-probleemgezin is een gezin dat kampt met een chronisch complex van socio-economische en psychosociale problemen waarvan de betrokken hulpverleners vinden dat het weerbarstig is voor hulp (Ghesquire).

3. Hulpaanbod voor multi-probleemgezinnen

De stad Groningen kent een uitgebreid aanbod van gezondheids- en hulpverleningsvoorzieningen. Multi-probleemgezinnen kunnen, net als alle andere gezinnen, gebruik maken van dit aanbod. Daarnaast bestaan er nog enkele gespecialiseerde voorzieningen voor multi-probleemgezinnen. In dit hoofdstuk wordt het hulpaanbod nader uiteengezet.

3.1 Regulier aanbod

Multi-probleemgezinnen kunnen afhankelijk van de problemen die zich voordoen gebruik maken van verschillende hulpverleningsvoorzieningen. Soms gebeurt dit gelijktijdig, soms achtereenvolgend. De voorzieningen waar gebruik van wordt gemaakt, of waar gezinnen mee geconfronteerd worden, zijn in willekeurige volgorde:

- Jeugdzorg (Toegang tot de jeugdzorg, Jeugdreclassering, Jeugdbescherming, Advies-, en meldpunt kindermishandeling)
- Base Groep (Intensieve ambulante hulpverlening, Daghulp, Pleegzorg, Crisisopvang, Zorgprogramma's).
- Stichting Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening (MJD)
- Stichting Geldzorg
- Stichting Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- GGD (Jeugdgezondheidszorg & Openbare Geestelijke Gezondheidszorg)
- Accare (Kinder- en jeugdpsychiatrie)
- Thuiszorg (consultatiebureau en gezinsverzorging)
- Huisarts
- Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)
- Stichting Mee (Ondersteuning voor mensen met handicap, functiebeperking of chronische ziekte)
- Raad voor de Kinderbescherming
- Politie
- Woonkans
- Woningcorporaties

Voor een nadere omschrijving van het hulpverleningsaanbod van deze voorzieningen verwijzen we u naar bijlage 2.

3.2 Specifiek aanbod

Er zijn drie specifieke voorzieningen voor multi-probleemgezinnen.

A) Basiszorg in de Buurt

Basiszorg in de Buurt (BIB) is een samenwerkingsverband van de MJD en Thuiszorg en biedt intensieve ambulante hulp aan gezinnen met meervoudige problematiek. Dominant binnen deze problematiek zijn gedrags- en/of psychische problemen. BIB werkt met en vanuit het gezin door aan de slag te gaan met problemen die zich voordoen op verschillende leefgebieden. De nadruk ligt op het structureel en methodisch werken aan het gedrag van de gezinsleden en het (weer) tot stand brengen van basisvoorwaarden voor het opvoeden in een gezin. Het aanbod bestaat uit psychosociale en praktische hulp bij alle onderdelen die nodig zijn om de dagelijkse gang van zaken in een gezin goed te doen verlopen. De praktische hulp wordt verricht in de context van psychische en sociale begeleiding.

De doelgroep bestaat uit ouders met zwaarwegende psychische en psychosociale problematiek binnen het gezin als systeem. Regelmatig is er sprake van psychiatrische problematiek in een thuissituatie. Er is tenminste één kind van 0 tot 12 jaar. Ook andere gezinsleden kunnen psychosociale of psychiatrische problemen hebben. De psychische problemen hebben hun weerslag op het gezin en vice versa. In de meeste gevallen is er een tekort aan (maatschappelijke geaccepteerde en noodzakelijke) vaardigheden om moeilijkheden zelfstandig en op langere termijn het hoofd te bieden. Er wordt gewerkt aan vaardigheden, zoals het leren omgaan met stresssituaties, leren onderhandelen binnen het gezin, opvoedingsvaardigheden en het leren om structuur in het gezin aan te brengen.

De doelgroep bestaat in grote lijnen uit twee soorten gezinnen:

- Gezinnen die na intensieve begeleiding weer uit het dal kruipen. Hierbij gaat het om gezinnen die bijvoorbeeld door een ernstige gebeurtenis of door een opeenstapeling van complexe problemen in de knel zijn gekomen. In principe hebben zij genoeg vaardigheden om met intensieve hulp weer zelf de touwtjes in handen te nemen.

- Gezinnen die langere tijd begeleiding nodig hebben. De problemen zijn complex en chronisch van aard. Het ontbreekt het gezin aan mogelijkheden om zelf veranderingen te kunnen aanbrengen.

De zorg en begeleiding zijn intensief, minimaal 3 maanden en maximaal 6 maanden. Wel bestaat er een mogelijkheid tot verlenging door opnieuw een aanvraag in te dienen. Het nazorgtraject is verschillend van duur, variërend van een aantal maanden tot een half jaar. Ook kan voor verlenging van nazorg een nieuwe aanvraag worden ingediend (MJD, Basiszorg in de Buurt, 2004).

B) Hulp aan Huis

Hulp aan Huis is een project van de Base Groep en biedt een programma voor intensieve ambulante gezinsbehandeling aan gezinnen in crisis, gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen en multi-probleemgezinnen in de provincie Groningen.

Hulp aan Huis is een alternatief voor opname of uithuisplaatsing van één of meerdere kinderen. Het kan tevens worden ingezet om opnames van kinderen te verkorten. Bij de in het programma geboden hulp staat de veiligheid van de kinderen voorop.

In het Hulp aan Huis programma worden meerdere behandelvarianten ontwikkeld en uitgevoerd. Hiermee wordt zorg op maat geboden.

In onderstaande paragrafen beschrijven we vijf varianten van Hulp aan Huis. De eerste drie beschreven varianten van Hulp aan Huis (de vormen van orthopedagogische gezinsbehandeling) zijn specifiek voor multi-probleemgezinnen. De andere twee varianten (Family First) van Hulp aan Huis zijn ook voor niet-multi-probleemgezinnen toegankelijk. Vaak maken multi-probleemgezinnen in een crisissituatie gebruik van Family First.

Hulp aan Huis: Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling is bedoeld voor multi-probleemgezinnen, waarbij sprake is van chronische en complexe problematiek ten aanzien van meerdere gezinstaken.

Het doel is de relaties binnen het gezin en de relaties van het gezin met de omgeving zodanig te veranderen dat:

- Uithuisplaatsing voorkomen of verkort wordt;
- Het gezin weer aansluiting bij het hulpverleningsaanbod heeft, waardoor het rendement van geboden hulp vergroot wordt;
- Het gezin beter functioneert op de verschillende gezinstaken;
- De draaglast van het gezin verkleind is;

- De draagkracht van het gezin vergroot wordt, door middel van het vergroten van de opvoedingscompetentie van ouders.

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling richt zich op het versterken, ondersteunen en activeren van de in het gezin aanwezige positieve krachten voor uitvoering van de gezinstaken. Het chronisch verstoorde evenwicht tussen draaglast en draagkracht van het gezin, maakt het noodzakelijk om, naast orthopedagogische interventies, ook interventies te richten op de volle breedte van de problematiek. Deze interventies zijn gericht op het verkleinen van de draaglast en het vergroten van de draagkracht. De gezinsbehandelaar werkt aanvankelijk tweemaal 2 uur per week in het gezin. Tijdens de afbouwfase neemt zowel de intensiteit als de bezoekfrequentie af. De gezinsbehandeling kan maximaal 9 maanden duren.

Hulp aan Huis: Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling voor licht verstandelijk gehandicapten

Ook deze variant is bedoeld voor multiprobleem gezinnen. Het doel en de activiteiten zijn vergelijkbaar met de hierboven beschreven Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling. Alleen is er bij deze vorm van Hulp aan Huis een jongere in het gezin aanwezig met een IQ tussen de 50 en 85.

Hulp aan Huis: Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling

Deze vorm van Hulp aan Huis gaat in samenwerking met de Stichting GGz Groningen. Het doel van de Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling is:

- Uithuisplaatsing voorkomen of verkorten
- Ontwikkelingsmogelijkheden en ontwikkelingsruimte van kind(eren) in het gezin vergroten
- Opvoedingscompetentie vergroten en de opvoedingsonmacht van ouders verkleinen
- Gedragsverandering van kinderen in gang zetten.

De behandeling is geënt op twee sporen. Het ene spoor bestaat uit het expliciet ingaan op de hulpvraag. De hulpvraag wordt samen met de gezinsleden zo concreet mogelijk gemaakt, zodat problemen hanteerbaar worden en er concrete oplossingen worden gezocht. Het andere spoor bestaat uit het verbeteren van communicatiepatronen in het gezin, waardoor nieuwe problemen voorkomen kunnen worden.

De behandelaar komt wekelijks 2 uur in het gezin. De behandelduur is maximaal 9 maanden.

Hulp aan Huis: Families First

Families First is een vorm van hulpverlening aan gezinnen in crisissituaties waarbij een of meer kinderen uit huis geplaatst dreigen te worden. Multi-probleemgezinnen in een crisissituatie komen in aanmerking voor deze vorm van hulp. De hulp is kortdurend, ambulante en intensief en vindt plaats bij het gezin thuis. Gedurende vier weken is er gemiddeld vijf tot vijftien uur per week een helper in het gezin, die vooral probeert de competentie van het gezin, om de eigen problemen op te lossen, te vergroten. Het doel van Families First is om een gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van kinderen te voorkomen.

Hulp aan huis: Families First Licht Verstandelijk Gehandicapten

Het doel en de activiteiten zijn vergelijkbaar met de hierboven beschreven variant Families First. Alleen is er bij deze vorm van hulp aan huis een jongere in het gezin aanwezig met een IQ tussen de 50 en 85 (Base Groep, 2004).

C) Project Psychiatrische gezinsbehandeling Noord-Nederland

De gezinsdagbehandeling De Oude Pastorie en de gezinspsychiatrische kliniek De Bron vormen samen met de Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling van Hulp aan Huis, het Project Psychiatrische Gezinsbehandeling Noord-Nederland. Het betreft een samenwerkingsverband van de Stichting GGZ Drenthe, Stichting Accare (locatie De Ruyterstee) en Hulp aan Huis Drenthe en Groningen.

De Bron biedt klinische behandeling, De Oude Pastorie biedt dagbehandeling aan voor gezinnen.

De doelgroep bestaat uit gezinnen met meervoudige en psychiatrische problemen. De gezinsdagbehandeling en de gezinspsychiatrische kliniek richten zich op gezinnen met veel en ernstige problemen, waardoor de ontwikkeling van kinderen ernstig wordt belemmerd en de ontwikkeling van het gezin stagneert. Vaak is er sprake van disfunctionerend ouderschap dat zich vooral uit in geringe invloed van de ouders op het gedrag van hun kinderen. Naast de opvoedingsproblematiek kan, zowel bij de ouders als bij het kind, ook psychiatrische problematiek bestaan (GGZ Drenthe).

Het zojuist beschreven specifieke hulpaanbod voor multi-probleemgezinnen wordt hieronder schematisch weergegeven.

Figuur 3.1 Basiszorg in de Buurt, Hulp aan Huis & Psychiatrische gezinsbehandeling

	Basiszorg in de Buurt	Hulp aan Huis	Psychiatrische gezinsbehandeling
Doelstelling	Herstellen van de basisvoorwaarden voor opvoeden in een gezin	Voorkomen van uithuisplaatsing	Voorkomen uithuisplaatsing of werken aan gezinshereniging
Aantal uren in gezin	Variërend van 4 tot 10 uur per week. In crisissituaties 15 uur per week	Afhankelijk van variant Variërend van 2 tot 10 uur per week	Dagbehandeling 17 uur per week Opname 5 dagen per week
Aantal uren projectmanagement	20 tot 24 uur per week	2, 2 FTE voor alle varianten van Hulp aan Huis	0,7 fte voor de dagbehandeling en opname
Capaciteit	Tussen de 40 – 50 gezinnen tegelijkertijd bemoeienis, variërend in intensiteit van enkel uurtje per week tot zeer intensief	98 gezinnen (provincie Groningen) exclusief FF FF heeft op jaarbasis 55 gezinnen	Dagbehandeling 6 gezinnen Opname 6 gezinnen (afhankelijk van gezinsgrootte)
Fte's uitvoerenden	6,55 fte geleverd door Thuiszorg en MJD	15 fte voor heel hulp aan huis	15 fte voor de dagbehandeling en opname
Duur	3 tot 6 maanden, mogelijkheid tot verlenging	4 weken bij FF tot 9 maanden bij I.O.G.en	Dagbehandeling 7 weken Opname varieert van 4 weken tot 4 maanden
Nazorg	3 tot 6 maanden, mogelijkheid tot verlenging	Op maat; gemiddeld 6 maanden	Alleen via de aanmelder
Wachttijst	In 2004 geen wachtlijst In 2005 voor het eerst wachtlijst, ook vanwege meldingen door jeugdzorg	In 2004 5 maanden In 2005 5 weken; actief wachtlijst beleid FF geen wachtlijst	Dagbehandeling maximaal 2 maanden Opname geen wachtlijst

3.3 Hulpaanbod gerelateerd aan probleemgebieden

Een multi-probleemgezin is een gezin waarin door de gecompliceerdheid en langdurigheid van de problematiek positieve veranderingen van binnenuit en van buitenaf slechts moeizaam op gang komen. Het gezin schiet op verschillende gebieden tekort. Er zijn problemen op verschillende vlakken. In onderstaande tabel relateren we het hulpaanbod zoals geschreven is in de vorige paragrafen aan de probleemgebieden.

In het volgend hoofdstuk gaan we in op de knelpunten in de hulpverlening aan deze gezinnen.

Figuur 3.2 Hulpaanbod gerelateerd aan problemen

Probleemgebieden	Problemen	Algemeen aanbod	Specifiek aanbod
Maatschappelijke positie	isolement, verstoord contact met buren delinquentie verwaarlozing	MJD OGGZ Mee Politie	BIB Hulp aan Huis PGN *
Economische positie	werkloosheid laagbetaald werk schulden slechte behuizing	Geldzorg Woningcorporatie Woonkans Mee	BIB
Persoonlijke positie	psycho)somatische klachten psychiatrische verschijnselen alcoholmisbruik drugsgebruik	GGZ VNN Huisarts Accare OGGZ Politie	PGN
Relaties	problemen met partner problemen met (ex)-partner intimiteit en seksualiteit	MJD Mee Politie	BIB Hulp aan Huis PGN
Opvoeding	gebrekkige opvoedingsvaardigheden pedagogische verwaarlozing mishandeling seksueel misbruik kinderen zwerven op straat schoolverzuim, spijbelen	Jeugdzorg Base-Groep Thuiszorg Mee Raad voor de Kinderbescherming GGD: JGZ Politie	BIB Hulp aan Huis PGN

* Psychiatrische Gezinsbehandeling Noord-Nederland

4. De knelpunten in de hulpverlening

De mogelijkheden voor hulpverlening aan multi-probleemgezinnen zijn zeer divers. Zeer veel instellingen en instanties zijn betrokken bij hulpverlening aan multiprobleem gezinnen. Toch is dit niet voldoende, of werkt het juist averechts, voor een goede aanpak van de problemen binnen de gezinnen.

In dit hoofdstuk gaan we in op de knelpunten in de hulpverlening aan multiprobleem gezinnen. Deze knelpunten zijn tijdens de expertmeeting door de deelnemers aangegeven. Andere knelpunten zijn naar voren gekomen uit de vragenlijst die vertegenwoordigers van instellingen ter voorbereiding van deze expertmeeting hebben ingevuld.

4.1 Gebrek aan afstemming

Zowel tijdens de expertmeeting als in de vragenlijst kwam het thema “gebrek aan afstemming” als voornaamste knelpunt in de hulpverlening aan multiprobleem gezinnen naar voren.

Deze afstemmingsproblemen doen zich met name voor op het niveau van het gezin (micro). Maar er zijn ook afstemmingsproblemen op het niveau van organisaties en financiën (macro) genoemd.

Gescheiden circuits hulpverlening aan kinderen en ouders

Een deel van de afstemmingsproblemen ontstaat doordat de hulpverlening aan kinderen en de hulpverlening aan hun ouders plaats vindt in gescheiden circuits. De sector jeugd richt zich op het kind, waarbij de problemen in het gezin vaak niet worden meegenomen. En andersom geldt: bij de hulpverlening aan de volwassenen worden de kinderen vaak over het hoofd gezien. Er wordt geen stelling ingenomen ten opzichte van het kind. De instellingen zijn gefixeerd op hun eigen werk.

Een deelnemer aan de expertmeeting verwoordde het als volgt:

“ Wat je aanpakt als je toevallig als eerste in het gezin komt, is ook afhankelijk vanuit welke organisatie je komt. Wij storten ons direct op het kind. En de MJD zet eerst de zaak voor de ouders op de rol.”

Ontbreken van centrale regie (of regiefunctie)

In het verlengde van het gebrek aan afstemming door gescheiden hulpverleningscircuits ligt het ontbreken van centrale regie. Multiprobleemgezinnen hebben problemen op verschillende levensgebieden. Verschillende instanties hebben een rol en bieden hulp op een specifiek terrein. De gezinnen zijn zelf niet in staat deze verschillende vormen van hulpverlening te regisseren. Hierdoor blijft het aanbod fragmentarisch waardoor er geen oplossing wordt geboden voor de complexe problemen van de gezinnen². Daarnaast hebben de deelnemers aan de expertmeeting aangegeven dat bij verschillende instellingen sprake is van onduidelijkheid in verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Terugkoppeling

Een derde afstemmingsprobleem is terugkoppeling. Een (signalerende) instelling verwijst een multi-probleemgezin naar een hulpverleningsinstelling in de veronderstelling dat de hulpverlening aan het gezin hiermee geregeld is. Het blijkt echter dat juist bij deze gezinnen na een verwijzing de hulpverlening soms niet op gang komt. Ook komt het dikwijls voor dat de ouders uit het gezin na een aantal gesprekken afhaken. Na een periode komt het gezin, met nog meer problemen, opnieuw in beeld bij de instelling die het gezin een tijd geleden naar de hulpverlening heeft verwezen. Een deelnemer aan de expertmeeting gaf het als volgt aan:

“ Je denkt dat je het goed hebt weggezet. Maar dan gebeurt er ondertussen toch weer een hoop met zo'n gezin en soms gaat het dan ontzettend fout.”

Privacy

De reden dat organisaties, al dan niet door gescheiden hulpverleningscircuits, elkaar moeilijk informatie geven is gelegen in de privacywetgeving. Organisaties en professionals beroepen zich op deze wetgeving ter bescherming van hun cliënt.

Uit de enquête onder instellingen, die ter voorbereiding van de expertmeeting is verstuurd, is gebleken dat vrijwel alle instellingen bij huisartsen moeilijk informatie krijgen over multi-probleemgezinnen.

² Bevindingen expertmeeting en operatie JONG

Dit probleem speelt volgens instellingen ook, zij het in mindere mate, bij de VNN.

Macro afstemming

Tijdens de expertmeeting is aangegeven dat een deel van de afstemmingsproblemen veroorzaakt wordt door de gebrekkige aansluiting tussen gemeentelijk en provinciaal beleid. Door het gedecentraliseerde beleid ontstaan afstemmingsproblemen tussen zorginstanties. Ook werken de schotten in de financiering belemmerend.

4.2 Methodische knelpunten

Gezinnen wel in beeld, maar hulpverlening komt niet van de grond

Een deel van de multi-probleemgezinnen is in beeld en heeft contact met de hulpverlening. Daarnaast zijn er multi-probleemgezinnen die wel gesignaleerd zijn door bijvoorbeeld medewerkers van peuterspeelzalen, scholen, politie, het consultatiebureau of worden besproken in een zorgnetwerk, maar waar de hulpverlening niet van de grond komt. Het knelpunt zit niet in de signalering van multi-probleemgezinnen maar in het krijgen van toegang tot het gezin. De hulpverlening komt niet van de grond omdat de ouders geen medewerking geven. Een deelnemer gaf aan:

“ Volgens mij zit er een groot probleem in de toeleiding. Ik denk dat de gezinnen wel gesignaleerd worden, maar vervolgens krijgt niemand een poot aan de grond bij die gezinnen.”

Daarnaast is aangegeven dat er problemen zijn in de toeleiding naar hulpverlening als er sprake is van een crisisachtige situatie. De werkprocessen bij hulpverleningsinstellingen zijn zodanig ingericht dat er in een crisissituatie niet snel genoeg ingegrepen kan worden.

Geen bemoeizorg bij multi-probleemgezinnen

Op het terrein van de jeugdgezondheidszorg is outreachende hulpverlening, of bemoeizorg zoals het ook wel genoemd wordt, nog niet methodisch ingebed. Aan gezinnen met een aversie tegen hulpverleners of die een hulpvraag niet op de geëigende manier stellen, kan vaak geen adequaat antwoord worden gegeven. Dit in tegenstelling tot de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) waar soms ongevraagd hulp wordt aangeboden in de thuissituatie.

Hulpverleners gaan kordaat naar ontspoorde huishoudens toe en praten zichzelf naar binnen. Ze laten zich niet ontmoedigen door dichte deuren of afwijzende reacties. Ze blijven aandringen en vasthouden. Met de nodige overredingskracht en in nauwe samenwerking met andere instanties, zetten ze ontwrichte levens weer op de rails (van Doorn 2004).

Ook bij het tot stand brengen van hulpverlening binnen een multi-probleemgezin speelt het afstemmingsprobleem opnieuw een rol. Voor deze groep moeten afspraken gemaakt worden. Het moet duidelijk worden welke instelling de verantwoordelijkheid heeft om het contact met het gezin aan te gaan en te zorgen dat de hulpverlening op gang komt.

4.3 Geen hulp op maat

Maatwerk in de hulpverlening

Tijdens de expertmeeting is aangegeven dat de hulpverlening niet is toegesneden op de situatie van het gezin. Er is maatwerk in de hulpverlening nodig. Niet ieder multi-probleemgezin heeft behoefte aan zeer intensieve hulp. De problemen en daarmee de hulpbehoefte gaan met pieken en dalen. Crisissen in de multi-probleemgezinnen zullen blijven bestaan. Maar naarmate er langer hulpverlening aanwezig is, worden de crisissen minder intensief en wordt de tijd tussen de crisissen langer.

Door gebrek aan nazorg te zware hulpverlening bij nieuwe crisis

Ook gebeurt het regelmatig dat een gezin, waarbij het een tijd goed is gegaan, na een crisissituatie zwaardere hulpverlening krijgt. Na elke crisis neemt de intensiteit van de hulpverlening toe omdat zowel hulpverlening als ouders na een crisis concluderen: we zijn weer terug bij af. Er ontstaan gevoelens van machteloosheid. Een deelnemer aan de expertmeeting constateerde het volgende:

“ Na een crisis wordt het gezin in een zwaarder traject geduwd. Want het andere heeft niet geholpen en dat is een heilloze weg. We hebben dan de neiging te zware en gespecialiseerde hulpverlening in te zetten.”

Soms is zware en gespecialiseerde hulpverlening nodig, maar soms kan worden volstaan met een vinger aan de pols contact. Door hier en daar wat problemen te ondervangen wordt probleemcumulatie voorkomen.

Tijdbegrenzing

De begrenzing van hulpverleningsprogramma's brengt twee problemen met zich mee. Het ene probleem is dat na afloop het programma het gezin verwezen moet worden naar een andere instantie, terwijl met veel pijn en moeite een vertrouwensrelatie met het gezin is ontstaan. Het zou voor de continuïteit van zorg goed zijn als deze op een bepaalde wijze in tact gehouden kan worden. Bij deze groep is een lang nazorgtraject nodig.

Het andere probleem is dat er multi-probleemgezinnen zijn waar niets veranderd. Ondanks alle inspanningen van de hulpverlening vertonen zij geen progressie en blijven ze problemen behouden. Deze gezinnen hebben continue ambulante zorg nodig.

Wachlijsten

De wachttijd tussen het moment van aanmelding en indicatiestelling en het verlenen van hulp/zorg is vaak te lang. In de enquête geven verschillende instellingen aan met wachlijsten geconfronteerd te worden op het moment dat ze een multi-probleemgezin willen aanmelden.

Wachlijstproblemen komen volgens de instellingen voor bij: de Stichting GGZ, de Jeugdzorg, het AMK, de stichting Mee, de Raad voor de Kinderbescherming en de Base Groep. Over deze laatste instelling merkt de Raad voor de Kinderbescherming dat met name crisisplaatsing een probleem is.

Groot aantal potentiële multi-probleemgezinnen

Het maatschappelijk werk signaleert dat er een groot aantal potentiële multi-probleemgezinnen in de stad woont. Deze groep is zeer groot, zeker nu in de tijd van recessie omdat schulden een groot probleem zijn binnen deze gezinnen. Er moet worden voorkomen dat deze groep "echte multi-probleemgezinnen" worden. Ook Drost (2000) geeft aan dat er de laatste jaren nieuwe groepen ontstaan die als langdurig problematisch gekarakteriseerd kunnen worden. Hij noemt gezinnen met een allochtone achtergrond waarbij de tweede generatie-problematiek een grote rol speelt en gezinnen met drugsverslaafde ouders.

4.4 Samenvatting

In onderstaande tabel worden de knelpunten in de hulpverlening samengevat.

Figuur 4.1 Overzicht knelpunten in de hulpverlening

Gebrek aan Afstemming	Methodische knelpunten	Geen Hulp op maat
<ul style="list-style-type: none"> Gescheiden circuits hulpverlening aan kinderen en ouders 	<ul style="list-style-type: none"> Gezinnen wel in beeld, hulpverlening niet van de grond 	<ul style="list-style-type: none"> Hulpverlening niet toegesneden op situatie gezin.
<ul style="list-style-type: none"> Ontbreken van centrale regie 	<ul style="list-style-type: none"> Geen bemoeizorg bij multi-probleemgezinnen 	<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan nazorg
<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan terugkoppeling 		<ul style="list-style-type: none"> Tijdsbegrenzing
<ul style="list-style-type: none"> Privacy 		<ul style="list-style-type: none"> Wachtlijsten Groot aantal potentiële multi-probleemgezinnen

5. Omvang multi-probleemgezinnen

De gemeenteraad van de gemeente Groningen heeft haar zorg over multi-probleemgezinnen uitgesproken en wil weten hoe groot de categorie multi-probleemgezinnen is. In dit hoofdstuk willen we een schatting geven van de omvang multi-probleemgezinnen met problemen op meerdere levensgebieden.

5.1 Registratiegegevens

De omvang van de multi-probleemgezinnen hebben we geschat door middel van een Datawarehouse analyse van registratiegegevens van instellingen. Bureau Onderzoek beschikt onder meer over de volgende registratiegegevens:

- Gezinssamenstelling
- Bijstandsuitkering
- Contact met GeldZorg
- Contact met maatschappelijk werk
- Contact met Basiszorg in de Buurt
- Contact met het OGGZ-team
- Bekend bij ZAR (Zorgafstemming Risicoleerlingen)
- Contact met Woonkans
- Bekend als multi-probleemgezin bij zorgnetwerken 0-12 jaar

Voor dit onderzoek naar multi-probleemgezinnen hebben we eenmalig gebruik mogen maken van gegevens van Jeugdzorg. De volgende gegevens zijn door Jeugdzorg aangeleverd:

- Toegang (tot Jeugdzorg)
- Jeugdvoogdij
- Jeugdreclassering

Identificatie van de multi-probleemgezinnen

Van de genoemde instellingen hebben we registratiegegevens over het jaar 2003 en de eerste helft van 2004. Van de Toegang van Jeugdzorg is alleen de eerste helft van 2004 beschikbaar³.

³ In verband met de overstap naar een ander registratiesysteem was het niet meer mogelijk om gegevens over 2003 te ontvangen voor het onderzoek

De Gemeentelijke Basisadministratie (het GBA) is gebruikt als basisbron om persoonsgegevens te koppelen. Na de koppeling vindt identificatie van de multi-probleemgezinnen plaats. De GBA speelt hierbij een belangrijke rol.

Van de gezinnen die teruggevonden zijn in de GBA weten we absoluut zeker dat zij niet als twee verschillende gezinnen in het bestand voorkomen. Door op persoonsniveau de gegevens te koppelen worden dubbelstellingen voorkomen. Tevens wordt inzichtelijk wie bij meerdere instellingen staat ingeschreven. Dit laatste is noodzakelijk om een betrouwbare schatting te maken van multi-probleemgezinnen.

Bijna alle multi-probleemgezinnen zijn teruggevonden in de GBA. Na de identificatie worden de persoonsgegevens uit het gekoppelde bestand verwijderd, zodat er een geanonimiseerd bestand voor de onderzoekers overblijft.

Selectiecriteria

Om op basis van de registratiegegevens een schatting te maken van het aantal multi-probleemgezinnen in de stad Groningen zijn de volgende selectiecriteria gehanteerd:

1. *Gezinshuishouden*: Voor het vaststellen van het type en de omvang van het huishouden is uitgegaan van de situatie op september 2003. Onder gezinshuishouden wordt verstaan de aanwezigheid van een of meerdere volwassenen in combinatie met de aanwezigheid van een of meerdere kinderen onder de achttien jaar. De stad Groningen had 23.977 gezinshuishoudens met 40.234 kinderen (gemiddeld iets minder dan 1,68 kind per gezin) in de periode tussen 1 januari 2003 en 1 juli 2004.
2. *Gezinnen Basiszorg in de Buurt*: Basiszorg in de Buurt is opgericht om zorg te leveren aan multi-probleemgezinnen. Alle gezinnen die voorkomen in hun registratiesysteem worden daarom beschouwd als behorend tot de doelgroep.
3. *Voorkomen in minimaal drie registratiesystemen*: niet alle multi-probleemgezinnen zijn in zorg bij Basiszorg in de Buurt. Een belangrijk kenmerk van deze gezinnen is dat ze op meerdere levensgebieden problemen hebben. Als criterium is gekozen dat een gezin in registratiesystemen van minimaal drie van de zes genoemde hulpverleningsvoorzieningen terug te vinden moet zijn.

Daarnaast is er een drempel ingebouwd bij het aantal contacten met de MJD. De MJD heeft ook een toeleidingsfunctie. Het zou onterecht zijn om gezinnen die door het MJD verwezen worden naar een andere voorziening te betitelen als een multi-probleemgezin. Slechts die gezinnen worden meegenomen die minimaal twee keer contact met de MJD hebben gehad.

4. *Bekend als multi-probleemgezin bij zorgnetwerken maar niet bij hulpverlening*

In de vorige hoofdstukken hebben we geconstateerd dat een deel van de multi-probleemgezinnen niet toe te leiden zijn naar de hulpverlening. Deze zorgmijdende gezinnen komen we niet tegen in de hiervoor genoemde registratiebestanden. Een deel van deze gezinnen is wel bekend in de zorgnetwerken 0-12 jaar. Deze zorgnetwerken bestaan uit mensen die beroepshalve in een buurt of wijk dagelijks werken met kinderen van 0-12 jaar of met hun ouders. In deze netwerken worden gezinnen besproken waar zorgen over zijn. Dikwijls hebben de gezinnen meerdere problemen tegelijkertijd zoals opvoedingsproblematiek, psychische problemen, relatieproblemen, verslavingsproblemen en/of financiële problemen. De stad Groningen heeft 9 zorgnetwerken.

De samenstelling van deze netwerken is verschillend per wijk. In deze netwerken participeren vertegenwoordigers van verschillende instellingen zoals scholen, peuterspeelzalen, Ouder en Kind Zorg, het maatschappelijk werk, de Gespecialiseerde Gezinsverzorging, de politie, de afdeling leerplicht of Jeugdzorg.

De registratiegegevens die voor de quickscan zijn geleverd betreffen multi-probleemgezinnen die niet toe te leiden zijn naar hulpverlening of gezinnen die, ondanks dat ze tijd hulpverlening hebben gehad, steeds weer opnieuw in de zorgnetwerken worden ingebracht.

5.2 Resultaten

In deze paragraaf presenteren we de gegevens, te beginnen met die van van Basiszorg in de Buurt.

Basiszorg in de buurt

Volgens de registratie heeft Basiszorg in de Buurt 75 gezinnen in zorg (gehad). In vijf gezinnen bevinden zich kinderen ouder dan 18 jaar.

Dit maakt dat het totaal aantal multi-probleemgezinnen volgens onze definitie ligt op 70.

Voorkomen in minimaal drie registratiesystemen

In totaal zijn er 157 combinaties van drie of meer hulpverleningsinstellingen mogelijk. Bij veertien combinaties zijn we gezinnen tegengekomen. Het totaal aantal gezinnen met minimaal drie hulpverleningscontacten bedraagt 98.

De meest voorkomende combinatie is contact met maatschappelijk werk, Geldzorg en Jeugdzorg. Deze komen we bij 48 gezinnen tegen.

Bij de andere combinaties gaat het vaak om contact met zowel maatschappelijk werk en Geldzorg en een derde instelling zoals woonkans (11 keer), OGGz (8 keer) en ZAR (7 keer).

Twee keer komt een combinatie van vier instellingen voor en één gezin heeft contact (gehad) met vijf instellingen (Geldzorg, Jeugdzorg, ZAR, Woonkans en OGGz).

Bekend als multi-probleemgezin bij zorgnetwerken maar niet bij hulpverlening

Volgens de registratie hebben de zorgnetwerken (na koppeling met GBA en verwijderen van dubbeltellingen) 91 multi-probleemgezinnen in beeld, maar is er geen hulpverlening aanwezig binnen deze gezinnen. Na koppeling met de andere registratiegegevens bleek dat er bij 13 gezinnen toch hulpverlening aanwezig was. En wel bij het BIB of bij meer dan 3 hulpverleningsinstellingen. Dit maakt dat we 78 multi-probleemgezinnen toevoegen (91-13).

Daarnaast hebben we anonieme gegevens van de zorgnetwerken gekregen. Het betreft ongeveer 70 gezinnen. Hiervan kunnen we niet checken of deze gezinnen al bekend zijn bij het BIB of dat deze gezinnen in registratiesystemen van minimaal drie van de zes genoemde hulpverleningsvoorzieningen terug te vinden zijn. We nemen deze gegevens niet mee in de schatting.

Schatting totaal aantal multi-probleemgezinnen

Samenvattend bedraagt de schatting van het aantal multi-probleemgezinnen op basis van de registratiecijfers 246. Dit getal is een ondergrens voor het werkelijke aantal multi-probleemgezinnen omdat gegevens van bijvoorbeeld Ouder-en Kind Zorg, het AMK en een deel van de zorgnetwerkgegevens niet beschikbaar waren.

Figuur 5.2 Aantal gezinnen type hulpverlening met minimaal 3 hulpverleningscontacten (zonder BIB en zorgnetwerk).

Type hulpverlening				Totaal	
Maatschappelijk werk	Geldzorg	Jeugdzorg		48	
Maatschappelijk werk	Geldzorg	Woonkans		11	
Maatschappelijk werk	Geldzorg	OGGz		8	
Maatschappelijk werk	Geldzorg	ZAR		7	
Maatschappelijk werk	Geldzorg	Jeugdzorg	ZAR	7	
Geldzorg	Jeugdzorg	ZAR		4	
Maatschappelijk werk	Jeugdzorg	ZAR		3	
Maatschappelijk werk	Jeugdzorg	OGGz		2	
Maatschappelijk werk	Geldzorg	Jeugdzorg	Woonkans	2	
Geldzorg	Jeugdzorg	OGGz		2	
Maatschappelijk werk	Geldzorg	Jeugdzorg	OGGz	1	
Geldzorg	Jeugdzorg	Woonkans		1	
Geldzorg	Jeugdzorg	Woonkans	ZAR	OGGz	1
Jeugdzorg	ZAR	OGGz		1	
				98	

Van de 246 geïdentificeerde multi-probleemgezinnen zijn 70 gezinnen bekend bij het BIB en 98 gezinnen maken van minimaal drie verschillende hulpverleningsinstanties tegelijkertijd. Daarnaast zijn 78 multi-probleemgezinnen in beeld bij zorgnetwerken.

Tabel 5.3 Schatting aantal multi-probleemgezinnen

• Basiszora in de buurt	70
• Voorkomen in minimaal drie registratiebestanden	98
• Bekend als multi-probleemgezin in zorgnetwerken	78
Totaal	246

Gezinssamenstelling

Van 168 multi-probleemgezinnen (BIB of bekend bij meer dan drie hulpverleningsinstellingen) beschikken we over aanvullende gegevens zoals huishoudsamenstelling, etniciteit en de verdeling over de wijken. De huishoudsamenstelling van de 168 gezinnen is als volgt:

- 113 eenoudergezinnen
- 51 standaardgezinnen
- 4 gezinnen met meer dan 2 verzorgende volwassenen

Het aantal eenoudergezinnen is ruim twee keer zo groot als het aantal standaardgezinnen, respectievelijk 113 en 51 gezinnen. Daarnaast zijn er vier gezinnen waarvan meerdere volwassenen deel uitmaken.

In ruim veertig procent van de gezinnen is één kind jonger dan 18 jaar aanwezig (zie tabel 5.3). Het percentage gezinnen met twee kinderen is 35 procent. Vijftien gezinnen (= 9 procent) hebben vier of meer kinderen. In totaal groeien 323 kinderen op in een multi-probleemgezin.

Figuur 5.3 Aantal kinderen opgroeiend in een multi-probleemgezin

Aantal kinderen binnen gezin	Aantal	Percentage
1	72	43%
2	58	35%
3	23	14%
4	11	7%
5	2	1%
6	2	1%
Totaal aantal kinderen	323	100%

Etnische achtergrond ouders

We zijn nagegaan wat de etnische achtergrond van de ouders zijn. Uit tabel 5.4 vallen twee dingen op.

Figuur 5.4 Percentage etnische achtergrond ouders

	Moeder		Vader		Referentie cijfer stad
Nederlands	120	70%	86	71%	81,6%
Antilliaans/Arubaans	17	10%	10	8%	1,7%
Overig Europees	9	5%	4	3%	6,4%
Surinaams	8	5%	6	5%	1,8%
Overige	17	10%	15	12%	8,5%
Totaal	171	100%	121	100%	100%

Het percentage Nederlandse moeders is laag en Antilliaanse/Arubaanse moeders hoog in vergelijking tot deze percentages gemiddeld in de stad (referentiecijfer stad).

Het tweede wat opvalt is dat er meer moeders zijn dan het aantal gezinnen. Dit duidt erop dat er een aantal gezinnen is met kinderen van meerdere moeders. Het gaat hier om samengestelde gezinnen.

Uitkering

Uit de bestanden van de dienst Sozawe van de gemeente Groningen hebben we op kunnen maken dat 124 van deze 168 gezinnen een bijstandsuitkering ontvangen. Dat komt neer op bijna driekwart van de gezinnen.

Verdeling over de wijken

Tot slot van dit hoofdstuk laten we de verdeling zien van de multi-probleem-gezinnen over de verschillende wijken in de stad zien. De wijken Beijum tot en met Oosterpark zijn in tabel 5.4 vet gedrukt om aan te geven dat in verhouding tot het totaal aantal gezinnen in deze wijken veel multi-probleemgezinnen voorkomen. Een voorbeeld: in Lewenborg woont 7,6 procent van de gezinnen van de hele stad, tegen 13,1 procent van alle multi-probleemgezinnen. In verhouding scoort Lewenborg daarom hoog.

Omdat de aantallen te klein zijn en de cijfers een onterechte exactheid suggereren, hebben we afgezien van nadere specificaties in percentages.

Figuur 5.4 Multi-probleemgezin naar wijk

Wijk	aantal
Beijum	24
Vinkhuizen	24
Lewenborg	22
Korrewegwijk / De Hoogte	22
Nieuw-zuid Corporatief	20
Paddepoel	19
Oosterpark	14
Centrum	8
Oud-zuid	5
Hoogkerk / de dorpen	4
Oranjewijk / Schilderswijk	4
Nieuw-oost	1
Nieuw-zuid Particulier	1
Nieuw-west	0

6. Hoe nu verder? Voorgestelde oplossingen

In de expertmeeting is uitvoerig gesproken over oplossingen van de in hoofdstuk 4 besproken knelpunten. Daarbij is uitgegaan van een voorlopige schatting van ongeveer 150 multi-probleemgezinnen. Een aantal dat bij één van aanwezige de uitspraak ontlokte: “Die kun je kennen. Je kunt ze op de muur schrijven”. Nadere analyse gaf aan dat het om minimaal 250 multi-probleemgezinnen gaat, maar ook 250 gezinnen kun je kennen.

Tegelijkertijd is geconstateerd dat het van belang is om deze gezinnen een adequaat hulpaanbod te doen om excessen te voorkomen dan wel om op tijd met maatregelen in te grijpen.

Aan de deskundigen is de vraag voorgelegd: ‘Hoe zou het gewenste hulpaanbod voor multi-probleemgezinnen eruit moeten zien?’

De antwoorden op deze vraag bespreken we in de komende drie paragrafen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een tabel waarin de beschreven oplossingen gerelateerd zijn aan de knelpunten uit hoofdstuk 4.

6.1 Visie op hulpaanbod

Multi-probleemgezinnen stellen wat Kunneman noemt ‘trage vragen’. Met ‘trage vragen’ wordt bedoeld dat de hulpvragen samenhangen met de leefstijl en bestaansethiek van de hulpvrager. Ze zijn als het ware geworteld in de eigen identiteit. Hierdoor is het moeilijk om een eenduidige vraag te stellen, bovendien hangt de ene vraag samen met de andere en verschuift de prioriteit van de hulpvragen. Onze samenleving en ook onze hulp- en dienstverlening is ingericht op het geven van snelle antwoorden op snelle vragen. Burgers met trage vragen kunnen hierdoor steeds minder (goed) terecht bij de hulp- en dienstverlening. De deskundigen wijzen erop dat dit ook het geval is bij multi-probleemgezinnen. Een van de deelnemers aan de expertmeeting formuleerde het als volgt:

“ Wij werken van uit het idee: ouders ontzettend snel op eigen benen zetten en ze juist leren zelf de problemen op te lossen. En op een gegeven moment hoort daar loslaten bij. Maar er is een groep, en vaak is er dan sprake van psychiatrische problematiek, bij het kind of ouders ... ook de gezinnen van Mee vallen hieronder, die voortdurend een vinger aan de pols nodig heeft.”

Hulp aan multi-probleemgezinnen vraagt om een andere visie dan het ‘scoren op korte termijn’. In deze visie wordt er vanuit gegaan dat deze gezinnen langdurig zorg nodig hebben, soms wel totdat de kinderen het huis uit zijn. De intensiteit van de zorg zal periodiek verschillen.

Soms bestaat de zorg uit het houden van een vinger aan de pols, soms tot intensieve bemoeienis met het gezin inclusief eventuele maatregelen ter bescherming van de gezinsleden in verband met kindermishandeling dan wel huiselijk geweld.

Een ander aspect van deze visie is dat deze zorg niet geleverd wordt op basis van een expliciete hulpvraag van het gezin. Het leggen en onderhouden van contact gebeurt mede vanuit maatschappelijke zorg voor het welzijn van het gezin. Het is de kunst van het vak om als hulpverlener deze maatschappelijke zorg niet te verengen tot paternalisme, maar vanuit deze zorg aansluiting te zoeken bij de vragen en problemen waarmee het gezin kampt.

6.2 De methodiek van zorgcoördinatie

Binnen de Stichting GGz Groningen is op basis van een soortgelijke visie de hulpverlening aan cliënten met een psychiatrische handicap ingericht, zorgcoördinatie genaamd. De vertegenwoordiger van deze stichting verwoordde het resultaat als volgt:

“ Als iemand niets van zich laat horen, wil het niet zeggen dat er geen contact is. Wij komen wel. Juist door het contact te houden vindt er een soort regulering plaats. Het hoeft niet allemaal acuut, met crisissen. Want de hulpverlening komt toch wel. Juist doordat mensen (hulpverleners, LP) er soms niet zijn krijg je crisissen.”

De genoemde kenmerken van zorgcoördinatie zijn:

- het aangaan en onderhouden van langdurige hulpverleningscontacten;
- het bieden van praktische, generalistische hulp;
- het inschakelen van gespecialiseerde hulp- en/of dienstverlening indien noodzakelijk.

De eerste twee onderdelen zijn sterk met elkaar verweven. Het bieden van praktische hulp legitimeert en bestendigt het contact. En vanuit het contact komen allerlei praktische hulpvragen naar voren.

Een aantal vragen behoeven gespecialiseerde hulp- of dienstverlening. De zorgcoördinator zorgt voor de verwijzing en doet zonodig aan belangenbehartiging. Zowel instellingen, als de klant, hebben vaak in het verleden negatieve ervaringen met elkaar gehad.

Bovendien liggen sommige vragen van multi-probleemgezinnen net buiten het standaardaanbod van de instelling. Het is dan aan de zorgcoördinator om te regelen dat de benodigde zorg toch wordt geleverd. De Stichting GGz Groningen beschikt over een sociale kaart van instellingen met daarin namen van personen met wie het 'gemakkelijk' is zaken te doen. Een dergelijk instrument is belangrijk ter ondersteuning van de zorgcoördinator.

Daarnaast kan de zorgcoördinator een zogenaamde zorgconferentie organiseren. Dit wordt bij een potentiële crisis gedaan om afspraken te maken om te deëscaleren. Of om de hulpverlening wederom op elkaar af te stemmen. Het hangt van de behoefte of het probleem van de klant af wie voor de zorgconferentie wordt uitgenodigd. Dit kan variëren: politie, woningcorporaties, schuldhulpverlening, psychiater, verslavingszorgmedewerker, jeugdzorg, enzovoorts.

Naast de Stichting GGz Groningen heeft ook Basiszorg in de Buurt ervaring met het contact onderhouden met gezinnen sinds zij een nazorgtraject van een half jaar met de mogelijkheid van verlening aanbieden. En ook Hulp aan Huis heeft hiermee positieve ervaringen.

Intensief zorg-team

Tijdens de expertmeeting is ook gesproken over een team bestaande uit specialisten van diverse instellingen⁴. Hierdoor kan er op een snelle, adequate en geïntegreerde wijze gespecialiseerde hulp worden ingezet. Het aanbod van dit team bestaat dus niet uit langdurige zorgcontacten. Het team kan een oplossing zijn om afstemmingsproblemen op te lossen, omdat de samenwerking structureel is geregeld. Hierin verschilt het van de incidentele samenwerking die op ad hoc basis in een zogenaamde zorgconferentie wordt geregeld.

⁴ De deskundige van GGz Groningen refereerde hierbij aan de ontwikkelingen in de psychiatrie en verslavingszorg om Assertive Community Treatment Teams op te richten voor bijvoorbeeld verslaafde cliënten met een psychiatrisch handicap.

6.3 Inbedding van zorgcoördinatie

De zorgcoördinatie kan volgens de deskundigen worden uitgevoerd door een zogenaamde gezinscoach. Tijdens de expertmeeting is ook stil gestaan bij de randvoorwaarden voor een dergelijke functie.

De caseload

De caseload van een zorgcoördinator die fulltime werkt voor de Stichting GGZ Groningen is 30 cliënten. Deze lage caseload is gebaseerd op de extra inspanningen die geleverd moeten worden om contact te leggen en te onderhouden en op cliënt-overstijgende activiteiten te realiseren, zoals die van contactfunctionaris voor dienstverlenende instellingen.

De ervaringen bij andere instellingen is dat het louter onderhouden van contact met gezinnen niet extreem veel tijd kost. Een medewerker aan de expertmeeting gaf het volgende aan:

“ Het valt op dat je met heel weinig kunt. Je kunt veel gezinnen hebben als het laagfrequent is. Op het moment dat het nodig is, moet je er wel zijn om te voorkomen dat het mis gaat. Dan moeten we bijvoorbeeld weer eens met de juf van school praten of met de therapeut van de GGZ. Dan hoef je alleen maar een gesprek te voeren om het contact weer te herstellen en dan loopt het weer. Het is heel belangrijk dat in de gaten te houden, en het is mij heel erg meegevallen hoe weinig tijd het kost.”.

Organisatorische inbedding

De deskundigen constateren dat het belangrijk is om als hulpverlener in een team te werken dat de bovenstaande visie uitdraagt. Dit team zou kunnen bestaan uit medewerkers van verschillende instellingen. Alle benodigde deskundigheid is dan in het team aanwezig. Hiermee zou gelijk een brug kunnen worden geslagen tussen de generalistische hulp vanuit het team en het gespecialiseerde reguliere hulpaanbod, waardoor verwijzingen soepeler verlopen en sneller gespecialiseerde hulp kan worden ingezet. Bovendien wordt zo het privacyproblemen omzeild. Een tegen een dergelijk team geopperd bezwaar is dat het zich kan isoleren van de instellingen. Wil het team goed kunnen functioneren dan moeten de instellingen bereid en in staat zijn om de gevraagde zorg te leveren.

“Je moet ook zorgen dat de inbedding en de afspraken bij de organisaties gemaakt gaan worden. Als het (team, LP) geïsoleerd raakt met goede mensen, dan komt de terugkoppeling niet. Als het team een en ander in gang heeft gezet, moet het vervolgens wel opgepakt worden door een vervolginstelling.”.

Institutionele inbedding

Tijdens de meeting is gewezen op de wettelijke verplichting om nazorg te leveren. Daarmee is het niet de vraag of er nazorg wordt gegeven, maar hoe dit te doen. Zorgcoördinatie is volgens de deskundigen het antwoord. Omdat er voordelen zijn aan het werken in een team van zorgcoördinatoren is geopperd het team een gezamenlijke verantwoordelijkheid van instellingen te laten zijn. Om facilitaire randvoorwaarden te creëren (bijvoorbeeld vergaderruimte, registratiesysteem, enzovoorts) vindt men het verstandig om het team wel bij één instelling onder te brengen.

De gezamenlijke verantwoordelijkheid maakt dat instellingen elkaar kunnen aanspreken op wat ze doen. Daarmee, zo verwoordde een van de deskundigen het, “voorkom je dat iemand zich terugtrekt. Het is geen vrijblijvendheid wat je gaat doen”. Daarnaast is erop gewezen dat er een reeds bestaande infrastructuur met voorzieningen bestaat. Basiszorg in de Buurt is meerdere keren genoemd als zijnde een goede praktijk.

“Je moet niet iets nieuws gaan doen maar de goede dingen uitbreiden.”

6.4 Samenvatting

In onderstaande figuur wordt de oplossingen gerelateerd aan de knelpunten die zijn besproken in hoofdstuk 4.

Figuur 6.1 Overzicht knelpunten in de hulpverlening

	Knelpunten	Oplossingen
Gebrek aan afstemming	<ul style="list-style-type: none"> • Gescheiden circuits hulpverlening aan kinderen en ouders 	<ul style="list-style-type: none"> • Integraal team onder gezamenlijke verantwoordelijkheid instellingen
	<ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken van centrale regie 	<ul style="list-style-type: none"> • Afspraken tussen instellingen over verantwoordelijkheid en betrokkenheid • Zorgcoördinatie
	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan terugkoppeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Integraal team behoudt contact met achterban
	<ul style="list-style-type: none"> • Privacy 	<ul style="list-style-type: none"> • In integraal team bestaat geen privacyprobleem
Methodische knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Gezinnen wel in beeld, hulpverlening niet van de grond 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgcoördinatie combineert contact leggen, praktische hulp bieden en afstemming in een persoon.
	<ul style="list-style-type: none"> • Geen bemoeizorg bij multi-probleemgezinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Visie- en attitudeontwikkeling
Geen Hulp op maat	<ul style="list-style-type: none"> • Hulpverlening niet toegesneden op situatie gezin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wisselend hulpaanbod, zowel in aard als intensiteit
	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan nazorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Langdurige zorgcontacten
	<ul style="list-style-type: none"> • Tijdsbegrenzing 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanuit visie maatschappelijk gehandicapten is langdurige zorg noodzakelijk soms wel totdat kinderen het huis uit zijn.
	<ul style="list-style-type: none"> • Wachlijsten 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen oplossing voor aangedragen tijdens expert-meeting
	<ul style="list-style-type: none"> • Groot aantal potentiële multi-probleemgezinnen 	

7 Conclusies en aanbevelingen

De dienst OCSW van de gemeente Groningen heeft Bureau Onderzoek de opdracht gegeven door middel van een quickscan inzicht te bieden in het aantal multi-probleemgezinnen in de stad Groningen en de aanpak van de problemen waarmee deze gezinnen kampen. Het onderzoek bestond uit bestandsanalyse, een enquête onder hulpverleningsinstellingen en een expert-meeting in de vorm van een groepsinterview. Op basis van de resultaten bespreken we de conclusies en doen we enkele aanbevelingen. Hoewel ze gebaseerd zijn op de resultaten van deze quickscan, komt een deel overeen met de aanbevelingen die zijn gedaan in de notitie "Ik raak die gezinnen niet kwijt" (Besling, 2004).

Conclusie 1: Aantal multi-probleemgezinnen is relatief klein

Het resultaat van de bestandsanalyse, waarvoor registratiegegevens van diverse instellingen zijn gekoppeld, is 246 geïdentificeerde gezinnen. Dit aantal komt overeen met schattingen van de deskundigen tijdens de expertmeeting. Dit getal is een ondergrens voor het werkelijke aantal multi-probleemgezinnen omdat gegevens van bijvoorbeeld Ouder-en Kind Zorg, de GGz, het AMK en een deel van de zorgnetwerkgegevens niet beschikbaar waren. Aanvullend onderzoek, waarin deze ontbrekende gegevens worden meegenomen, kan een nauwkeurig beeld van de omvang van de groep multi-probleemgezinnen.

Aanbeveling: Vroegsignalering en -interventie

Het relatief kleine aantal laat toe de gezinnen goed te kennen. Tijdens de expert-meeting is opgemerkt dat er ook een groep potentiële multi-probleemgezinnen bestaat. Het is belangrijk om deze groep zo snel mogelijk in beeld te krijgen om te voorkomen dat de problemen zich verharderen, waarna er jarenlange zorg noodzakelijk is. Op basis van het onderzoek worden de volgende indicatoren aanbevolen:

- Huurachterstand
- Overlast (melding bij Meldpunt Overlast en/of bij woningcorporatie)
- Gedragsproblemen bij kinderen
- Achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling bij kinderen
- Huiselijk geweld
- Werkloosheid
- Psychiatrische problemen

- Psychosomatische klachten

Gegevens om deze indicatoren te vullen zijn voorhanden bij diverse instellingen. In een zorgnetwerk zouden deze gegevens op gezinsniveau kunnen worden gekoppeld, zodat duidelijk wordt welk gezin tot de doelgroep behoort.

Conclusie 2: Geen gebrek aan hulp wel aan afstemming

Het hulpverleningsaanbod aan multi-probleemgezinnen is groot. Er is een gedifferentieerd aanbod voor zowel de volwassen gezinsleden als voor de kinderen. Het hulpaanbod vertoont in eerste aanleg dan ook geen lacune. De vele bemoeienissen vragen wel om een goede afstemming. Omdat er geen goede regie wordt gevoerd, laat deze afstemming te wensen over. Een complicerende factor daarbij is dat de hulp gegeven wordt door instellingen uit verschillende sectoren (welzijn, gezondheidszorg, jeugdzorg).

Aanbeveling: Contact, hulp en afstemming in één hand

Laat coördinatie en afstemming van de hulpverlening aan een gezin uitvoeren door een hulpverlener die zelf ook generieke hulp verleent. Het verlenen van hulp is een van de instrumenten om een relatie met het multi-probleemgezin op te bouwen. De hulpverlener heeft dan een reden om binnen te komen. Zonder relatie geen coördinatie, leert de ervaring in de geestelijke gezondheidszorg met zorgwekkende zorgmijdende cliënten.

Conclusie 3: Langdurige zorg noodzakelijk

De problemen van multi-probleemgezinnen kenmerken zich door hun complexiteit, verwevenheid en hun lange duur. Deze gezinnen zijn te omschrijven als maatschappelijk gehandicapt. Het gehandicapt-zijn brengt een langdurige zorgbehoefte mee, soms wel totdat de kinderen de deur uit zijn. Deze zorg zal in intensiteit verschillen. Soms is er alleen sprake van een vinger-aan-de-pols contact, soms van intensieve crisisinterventies.

Aanbeveling: Kleine caseload

Het toeleiden naar en het afstemmen van de hulpverlening van diverse instellingen kost vooral de eerste twee jaar veel tijd. Soms moet het gezin fysiek begeleid worden om er zeker van te zijn dat de verwijzing plaatsvindt (de zogenaamde warme overdracht). Ook zal er tijd besteed moeten worden aan belangenbehartiging omdat gezinnen conflicten hebben met instellingen.

Als afspraken eenmaal bestendigd zijn en er enige routine is ontstaan, komt er tijd vrij. Deze tijd kan besteed worden aan het vergroten van de caseload van de zorgcoördinator dan wel aan het uitbouwen van het hulpverleningsnetwerk ten behoeve van vroegsignalering. Het is aan te bevelen te starten met een beperkte caseload per fte.

Ter illustratie:

- Een huisbezoek kost zonder extra activiteiten anderhalf uur (inclusief reistijd). Vijftien huisbezoeken per week kosten 22,5 uur.
- Activiteiten, zoals informatie opvragen, dan wel verstrekken, over de klant, nemen al snel een half uur per klant in beslag. Verslaglegging en registratie een kwartier per klant.
- Met een caseload van dertig klanten per fte is het in theorie dus mogelijk om één keer per twee weken een huisbezoek te brengen.
- Het is realistisch om uit te gaan van 8 uur voor het bieden en coördineren van hulp bij een crisis.
- Wegens crisissen zal daarom de daadwerkelijke frequentie van huisbezoeken lager liggen. Vermoedelijk één keer in de drie weken, soms nog lager.
- Indien kan worden volstaan met een lagere frequentie van huisbezoeken kan de caseload van 30 worden verhoogd. Bij één caseload van 60 klanten ziet de gezinscoach het gezin een keer in de twee maanden. Bij het opbouwen van het contact zal dit te weinig zijn. Indien de situatie gestabiliseerd is, is dit waarschijnlijk wel toereikend. Het is daarom realistisch uit te gaan van een caseload van 45 multi-probleemgezinnen per fte.

Conclusie 4: Zorgcoördinatie als oplossing

Het onderhouden van langdurige zorgcontacten bij groepen die zorg mijden is een van de methodische kenmerken van zorgcoördinatie. Een ander kenmerk is het toeleiden naar gespecialiseerde zorg en het coördineren van alle zorg.

Aanbeveling: Maak gebruik van aanwezige deskundigheid

In Groningen is vanaf begin jaren negentig zorgcoördinatie succesvol ingevoerd voor cliënten met een psychiatrische handicap en verslaafde cliënten met een psychiatrisch ziektebeeld (de zogenaamde dubbele diagnose klanten). Groningen is daarmee een van de voorlopers op het gebied van zorgcoördinatie en bemoeizorg. De kennis en kunde loopt in Groningen als het ware op straat. De MJD heeft hiervan reeds gebruik gemaakt. Dit vereenvoudigt het voor de Jeugdzorg en aanverwante instellingen om zich op een snelle wijze de benodigde deskundigheid en infrastructuur eigen te maken.

Conclusie 5: Team van gezinscoaches

Zorgcoördinatie voor multi-probleemgezinnen kan het beste worden uitgevoerd door een team van gezinscoaches. De meest betrokken instellingen, zoals Jeugdzorg, maatschappelijk werk en Hulp aan Huis, kunnen worden uitgenodigd personeel beschikbaar te stellen voor dit team. Hiermee is de inzet van de instellingen niet meer vrijblijvend. Bovendien wordt waarschijnlijk de toegang tot de gespecialiseerde hulp van de instellingen vereenvoudigd.

Aanbeveling: Integrale samenwerking Basiszorg in de Buurt en Jeugdzorg

Basiszorg in de Buurt heeft zich bewezen als een belangrijke voorziening voor multi-probleemgezinnen. Jeugdzorg heeft een wettelijke taak in de coördinatie van de zorg rond kinderen. Het ligt voor de hand om in een convenant de samenwerking tussen Jeugdzorg en Basiszorg in de Buurt vast te leggen. Daarbij kan onder meer gedacht worden aan een team dat bestaat uit gezinscoaches van Jeugdzorg en gezinscoaches van Basiszorg in de Buurt. De gezinscoaches blijven onder de verantwoordelijkheid vallen van hun instellingen en behouden hun bevoegdheden, maar werken in het team wel inhoudelijk samen.

Het team kan relatief eenvoudig ondergebracht worden bij Basiszorg in de Buurt.

Literatuur

Baartman, H., Garnier, M., Vugt, M. Van, Vogelvang, B (1989). Het project aan huis. Verslag van het onderzoek Practiscje thuishulp in multi-problem gezinnen. Amsterdam.

Baartman, H., Dijkstra, J.S., (1986) Multi-problem gezinnen I: Interpetatiekaders. In: Tijdschrift voor orthopedagogiek, nummer 25, pag. 609-624.

Baartman, H., Dijkstra, J.S., (1987) Multi-problem gezinnen II: De opvoedingsproblematiek. In: Tijdschrift voor de orthopedagogiek, nummer 26, pag. 2-20.

Base Groep. Modelwijzer 2004, Intensief Ambulante Hulpverlening.

Besling, B. (2004). Ik raak die gezinnen niet kwijt. Resultaten inventarisatie zorgafstemming 0-12 jaar in de wijk De Hoogte en de Indische Buurt.

Doorn, L. van (2004). Outreachende hulpverlening. Praktijkervaringen van 10 experimentele projecten. Oranje Fonds. Uitgeverij Hoogland en Zoon.

Drost, J. (2000) Elk multi-problem gezin. Achtergronden van langdurig problematische gezinssituatie. In: SPH, aflevering 36, pag 4-9.

Flikweert, M., Mak, J., Kromontono, E., Melief, W., Laan, G. van der (2002). De uitkomsten van de hulpverlening van MJD Groningen. Een onderzoek naar de ervaren baten en tevredenheid van de cliënten van de eerste opvang en het maatschappelijk werk. Verwey-Jonker instituut.

Ghesquiére, P. (1993). Multi-problem gezinnen. Problematische gezinssituaties in perspectief. Uitgeverij Garant Leuven/Apeldoorn.

GGZ Drenthe. Gezinsbehandeling in Beilen. Gezinsdagbehandeling De Oude Pastorie en Gezinspsychiatrische kliniek De Bron. Informatie voor verwijzers.

Kunneman, H., (1999). Levenskunst en Burgerschap in een technopolis. Socrateslezing.

MJD. Basiszorg in de Buurt. 2004.

Ministerie van Justitie. Raad voor de Kinderbescherming. Over de Raad voor de Kinderbescherming. 2004.

Operatie Jong: website

Philip, A. Timms, N., (1957) The problem of the problem family. Family Service Units.

Veldhuizen, J, R.van (1998) Zorgverlamming. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 53e jaargang, nummer 12 (pag. 1175).

BIJLAGE 1: Lijst met deelnemers expertmeeting

H.Spoelstra, Raad van de Kinderbescherming

G.Kerkstra, Base Groep, Hulp aan huis

G.Broeders, Thuiszorg Groningen

B.Besling, CMO Groningen / OCSW

M.Fedemma, Bureau jeugdzorg, Toegang tot de Jeugdzorg

A.Aaldering, MJD

B. Dekker, BIB, MJD

M.Meis, HVD/ GGD

N.Pichel, OCSW, leerplicht

L.Polstra, Bureau Onderzoek

J.Vosselman, Bureau Onderzoek

BIJLAGE 2: beschrijving hulpverleningsaanbod

2.1 Aanbod Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg is bedoeld voor het beantwoorden van vragen die te maken hebben met ernstige problemen rond opgroeien en opvoeden van kinderen tot 18 jaar. Problemen zijn ernstig als ze complex, hardnekkig en/of bedreigend zijn. Zover hoeft het niet te komen. Vaak lossen mensen zelf opvoedingsproblemen op met hulp van bijvoorbeeld de huisarts, thuiszorg, kinderopvang, maatschappelijk werker of de leerkracht. Is dit niet voldoende dan is Bureau Jeugdzorg de aangewezen weg. Bureau Jeugdzorg vormt de centrale toegangspoort voor alle vormen van jeugdzorg in de provincie. Bureau Jeugdzorg kent de volgende diensten:

Toegang tot de jeugdzorg

Bij de Toegang van Bureau Jeugdzorg kunnen ouders of jongeren terecht voor hulp, in de vorm van advies, informatie en ondersteuning. Ouders of jongeren kunnen bij de Toegang van Bureau Jeugdzorg op verschillende manieren geholpen worden. Het kan zijn dat één of enkele gesprekken waarin de ouder(s) of jongere informatie en advies krijgen, genoeg is om weer verder te kunnen.

De vraag van ouder(s), of de jongere, kan ook wat moeilijker liggen. Dan speelt het onderzoeken van het probleem een belangrijke rol omdat duidelijk moet worden welke zorg nodig is. Bij een moeilijke vraag kan dit een vorm van geïndiceerde jeugdzorg zijn. Deze vorm van jeugdzorg is meestal intensiever. Bureau Jeugdzorg kan hiervoor een indicatiebesluit afgeven en bewaken dat de hulpverlening volgens de afspraken wordt uitgevoerd. Hulp op indicatie is bijvoorbeeld intensieve thuishulp of intensieve hulp in de vorm van daghulp, 24 -uurshulp of pleegzorg.

Het is ook mogelijk dat de ouder of de jongere, familie en vrienden met elkaar een plan willen maken om de problemen op te lossen. Er komt dan geen hulpverlener aan te pas, maar wel een vrijwilliger die een bijeenkomst voor de ouder of jongere organiseert. Deze werkwijze staat bekend als Eigen-krachtconferentie.

De problemen kunnen ook zo dringend en acuut zijn, dat er snel gehandeld moet worden. Er wordt dan crisishulp geboden. Deze is bedoeld om allereerst rust en helderheid in de situatie te brengen en vervolgens een plan te maken hoe het verder moet.

Jeugdbescherming: ondertoezichtstelling

Wanneer er ernstige zorgen zijn rondom de situatie waarin een kind opgroeit kan de Raad voor de Kinderbescherming onderzoek doen en kan de kinderrechter besluiten tot een ondertoezichtstelling.

Een gezinsvoogd is een maatschappelijk werker die voor de periode dat er een ondertoezichtstelling is de vaste hulpverlener is. Samen met de ouder(s) bekijkt de gezinsvoogd hoe de situatie kan verbeteren zowel voor het kind als voor de opvoeder(s). De gezinsvoogd schrijft hierover een hulpverleningsplan. In dat plan staat hoe de problemen aangepakt worden en wie daar allemaal bij betrokken worden. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de opvoedingssituatie zodat de ondertoezichtstelling weer opgeheven kan worden. Dat wordt per jaar bekeken. Een gezinsvoogd adviseert vooral maar kan, als het moet, ook ingrijpen. De ouder(s) blijven bij een ondertoezichtstelling altijd een grote verantwoordelijkheid houden.

Jeugdbescherming: voogdij

De arrondissementsrechtbank heeft de voogdij over een kind opgedragen aan de afdeling Jeugdbescherming van het Bureau Jeugdzorg. Dat betekent dat de juridische verantwoordelijkheid voor het kind geheel bij deze instelling is komen te liggen.

De ouder heeft te maken met een vaste contactpersoon: de voogd. Na de kennismaking met de voogd schrijft deze een hulpverleningsplan. In dat plan staat hoe de problemen die er zijn, aangepakt worden en wie daar bij betrokken worden. Een voogd moet zorgen dat het plan ook echt uitgevoerd wordt, dat is zijn of haar taak. Meestal woont het kind na een voogdijmaatregel niet meer thuis.

Een voogdijmaatregel wordt beëindigd als het kind 18 jaar is geworden.

Jeugdreclassering

Jongeren worden aangemeld bij de Jeugdreclassering, nadat ze met politie en justitie te maken hebben gehad. Deze jongeren krijgen begeleiding van een jeugdreclasseringswerker van Bureau Jeugdzorg. De begeleiding vanuit de Jeugdreclassering is niet vrijblijvend. Als jongere wordt er van je gevraagd je gedrag te veranderen.

Een jeugdreclasseringswerker heeft het meest contact met de jongere zelf maar ook wel met de ouders of andere betrokkenen zoals de school. Eerst zet de jeugdreclasseringswerker de problemen samen met de jongere op een rijtje en maken ze afspraken over dagbesteding en toekomstplannen. Dat komt in een plan van aanpak te staan, een soort contract tussen jongere en jeugdreclasseringswerker. Maar ook geld, onderdak, vrijetijdsbesteding en relaties met familie en vrienden zijn onderwerp van gesprek.

De jeugdreclasseringswerker controleert of de afspraken die in het contract staan nagekomen worden. Gebeurt dat niet dan moet de Jeugdreclassering dit officieel melden aan de rechter of aan de officier van justitie. De jongere kan bij de Jeugdreclassering verschillende trainingen of trajecten volgen.

Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK)

Het AMK onderzoekt onafhankelijk situaties van vermoedens van kindermishandeling. Iedereen die een vermoeden heeft van kindermishandeling kan dit bij het AMK melden. Het AMK geeft advies en consultatie aan professioneel betrokkenen en particulieren. Als daar aanleiding voor is, zal het AMK zelf een onderzoek verrichten naar de melding. Zonodig wordt (vrijwillige) hulpverlening op gang gebracht.

Telefonische diensten en Deskundigheidsbevordering opvoedingsondersteuning

De opvoedtelefoon is een laagdrempelige advies- informatie en hulplijn voor ouders en opvoeders.

2.2 Aanbod Base Groep

Intensief Ambulante Hulpverlening

- Hulp aan Huis.

Begeleiding van ouders en hulp aan gezinnen met opvoedingsproblemen. Dit aanbod staat beschreven onder het specifieke aanbod voor multi-probleemgezinnen (zie pag.16).

- Verwerkingsgroepen seksueel misbruik en Speltherapie

De Verwerkingsgroepen bieden hulp aan kinderen, jongeren en hun ouders, gericht op de verwerking van seksueel misbruik. Speltherapie biedt hulp aan kinderen en jongeren met emotionele problemen en/of trauma's.

- Wonen met Begeleiding

Verschillende vormen van begeleiding en behandeling bij zelfstandig leren wonen, voor jongeren van 16 tot 18 jaar.

Daghulp (Medisch Kleuterdagverblijf en Boddaert):

Daghulp is voor kinderen en jongeren van 0 tot 16 jaar en gericht op ontwikkelingsproblematiek, gedragsproblemen en aangeboren stoornissen.

Pleegzorg:

Wanneer thuis wonen niet mogelijk is, kunnen kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar opgevangen worden in een pleeggezin met begeleiding.

24-uurshulp:

Wanneer plaatsing in een pleeggezin door de ernst van de problemen niet mogelijk is, kunnen jongeren van 12 tot 18 jaar voor dag en nacht verblijven in een groep met begeleiding en/of behandeling.

Crisisopvang:

Bij acute crisissen kunnen kinderen en jongeren kortdurend worden opgevangen.

Zorgprogramma's:

Daghulp en 24-uurshulp voor kinderen van 6 tot 12 jaar met neuropsychiatrische problematiek, zoals ADHD (Groenendaal).

Daghulp en begeleiding voor zowel baby/peuter als voor de ouder.

Geïntegreerde daghulp met speciaal onderwijs voor 4 tot 7-jarigen.

2.3 Stichting Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening

De Stichting Maatschappelijke & Juridische Dienstverlening (MJD) is de stedelijke organisatie voor maatschappelijk werk, randgroepenwerk, jeugd- en jongerenwerk, ouderenadvieswerk, minderhedenwerk en sociaal-juridische dienstverlening.

De MJD Groningen helpt inwoners van de gemeente Groningen bij problemen op alle levensterreinen. Men kan er terecht met vragen over opvoeding, relaties, schulden, wonen of andere maatschappelijke vraagstukken.

De cliënten worden allereerst opgevangen door medewerkers van de Eerste Opvang. Als het een korte, concrete vraag betreft zal de medewerker van de Eerste Opvang de vraag afhandelen. Wanneer de hulpvraag complexer is wordt de cliënt doorverwezen naar het maatschappelijk werk of naar een andere instelling.

2.4 Raad voor de Kinderbescherming

Soms zijn de omstandigheden van een kind en zijn gezin zo zorgelijk dat de geboden hulpverlening niet meer voldoende is. Ook komt het voor dat een gezin geen hulp accepteert. Het bureau Jeugdzorg of een onderdeel daarvan: het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling (AMK) schakelt dan de Raad voor de Kinderbescherming in. Als de Raad na onderzoek beslist dat het noodzakelijk is om in een gezin in te grijpen, vraagt hij de rechter een zogenaamde maatregel van kinderscherming op te leggen. Bij zijn beslissing maakt de rechter gebruik van de informatie van de Raad. Met een maatregel wordt het gezag van de ouders geheel of gedeeltelijk beperkt totdat de situatie van het kind verbeterd is. Ook wordt de hulpverlening (weer) op gang gebracht. Het gezin is verplicht de hulpverlening te accepteren.

2.5 OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg in stad Groningen)

Veel bewoners van de stad Groningen ontvangen niet die geestelijke hulp die zij nodig hebben. Vaak is het vertrouwen in de hulpverlening geschonden of weten mensen niet bij welke instantie zij met hun problemen terecht kunnen. Om te voorkomen dat deze mensen met problemen tussen 'wal en schip' vallen en passende hulpverlening kan worden georganiseerd is het OGGz (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) samenwerkingsverband in het leven geroepen. Het samenwerkingsverband OGGz bestaat uit:

- VNN (Verslavingszorg Noord-Nederland)
- GGZ Groningen (Stichting Geestelijke Gezondheidszorg)
- MJD (Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening)
- GGD Groningen (Gemeentelijke Gezondheidsdienst).

Het OGGz-team is ondergebracht bij de Hulpverleningsdienst Groningen (website HVD).

2.6 Mee

MEE Groningen is een onafhankelijke organisatie die informatie, advies en ondersteuning biedt aan mensen in de provincie Groningen met een beperking

Naast mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking of een chronische ziekte staat MEE ook open voor anderen die beperkingen in hun leven ervaren, zoals mensen met een zintuiglijke beperking. De organisatie kan deskundigheid bieden bij vragen op het gebied van opvoeding, onderwijs, wonen, werken, voorzieningen, financiën, vervoer, vrije tijd. Daarnaast kan zij klanten de weg wijzen naar de aangewezen instanties. MEE kan door middel van kortdurende dienstverlening ondersteuning geven op alle terreinen van het dagelijks leven.

2.7 Accare

Accare is een gespecialiseerde instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Noord-Nederland. Kinderen, jongeren en hun ouders kunnen daar terecht. Accare is in 2001 ontstaan uit een fusie van 't Ruige Veld in Rolde, De Ruyterstee in Smilde en het Academisch Centrum Kinder- en jeugdpsychiatrie in Groningen (gevestigd op het UMCG-terrein).

De divisie in Groningen, het UCKJP, vervult een academische functie. Accare biedt hulp bij eetproblemen, ADHD, angst, gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen, depressies, enzovoorts. Het grootste gedeelte van de cliënten wordt poliklinisch behandeld, slechts een klein deel wordt opgenomen.

Huisartsen en andere specialisten kunnen rechtstreeks verwijzen naar Accare. Andere professionals zoals leraren, jongerenwerkers, dominees of maatschappelijk werkers kunnen alleen indirect verwijzen. Zij kunnen het kind of de jongere adviseren contact op te nemen met de eigen huisarts of met Bureau Jeugdzorg.

