



# Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam

*Een studie in het kader van Klein maar Fijn - CEPHIR*

*Auteurs:*

Dr. Majone Steketee

Dr. Myriam Vandenbroucke

Juni 2010

CEPHIR is de academische werkplaats van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC en de GGD Rotterdam-Rijnmond. In CEPHIR participeren verder: GGD Zeeland, GGD Zuid-Holland Zuid, Soa Aids Nederland en Stichting Voedingscentrum Nederland. Huisman Onderzoekscentrum Infectieziekten en Publieke Gezondheid is onderdeel van CEPHIR.





# **Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam**

Een studie in het kader van Klein maar Fijn - CEPHIR

Dr. Majone Steketee  
Dr. Myriam Vandenbroucke

Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, juni 2010



# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2. Literatuurstudie</b>	<b>9</b>
2.1. Kenmerken van multiprobleemgezinnen	9
2.2. Definitie van multiprobleemgezinnen	10
2.3. Oorzaken van multiprobleemgezinnen en mogelijke risico en beschermende factoren	11
2.4. Gezinsfactoren	18
<b>3. Signalering, probleemanalyse en regievoering</b>	<b>19</b>
3.1. Inleiding	19
3.2. Wat zijn signalen?	19
3.3. Herkennen en erkennen van problemen	20
3.4. Signalering en vraagverheldering door hulpverleningsinstellingen	21
3.5. Gezamenlijke probleemanalyse	22
3.6. Geïntegreerde aanpak	23
<b>4. Bevindingen uit de interviews</b>	<b>27</b>
4.1. Definitie van een multiprobleemgezin	27
4.2. Typering of clustering van problemen	28
4.3. Oorzaak van de problematiek	28
4.4. Ernst van de problematiek	29
4.5. Case finding of signalering	29
4.6. De relatie tussen de aard van de problematiek en het hulpverlenings-traject	30
4.7. Hulpverleningstrajecten algemeen	31
4.8. Samenwerking	32
4.9. Conclusie	34
<b>5. Typologieën van strategieën in de aanpak van Multiprobleemgezinnen</b>	<b>37</b>
5.1. Indeling in type gezinnen	37
5.2. Voorwaarden voor een ketenaanpak MPG	42
<b>6. Literatuur</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 1 Respondenten</b>	<b>47</b>
<b>Bijlage 2 Overzicht beschermende en risicofactoren multi-probleemgezinnen</b>	<b>48</b>



# 1. Inleiding

Jarenlang onderzoek heeft geleid tot verschillende modellen en definities voor multiprobleemgezinnen (MPG's) die binnen de (jeugd)hulpverlening gebruikt worden voor het opstellen van een behandelplan. Signalen van hulpverleners maken echter duidelijk dat de juiste diagnose en probleemdefiniëring moeilijk blijft, waardoor hulptrajecten soms te laat worden ingezet of niet passend zijn bij de problematiek.

Er is bij de GGD Rotterdam-Rijnmond en de Jeugdconsul Rotterdam dan ook behoefte aan een grove indeling van een aantal basistypen MPG's waar zorg op kan worden afgestemd. Het is belangrijk dat de beschrijving van dergelijke basistypen MPG's gebeurt op grond van wat relevante stakeholders in de praktijk zien. De te beschrijven basistypen zijn dan gebaseerd op bevindingen uit de praktijk en betrokken stakeholders. We zijn bij het onderzoek uit gegaan van de volgende vragen:

1. Welke (clusters van) problematiek nemen stakeholders zelf waar bij multiprobleemgezinnen en welke typering van problematiek gebruiken zij hierbij?
2. Wat zijn kernmerken die volgens de stakeholders de aard en ernst van de problematiek, en de duur van de benodigde hulpverlening bepalen? Sluiten bevindingen van de stakeholders aan bij bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur?
3. Hoe is de samenwerking met andere stakeholders bij de aanpak van de problemen? Kunnen er aanknopingspunten worden gevonden voor casefinding, triage en trajectaanpak?

Voor de huidige inventarisatie van typen MPG hebben we 1) een literatuurstudie uitgevoerd, 2) een rondetafelgesprek gehouden met de belangrijkste partners uit het zorgnetwerk<sup>1</sup> en 3) 17 interviews afgenomen met stakeholders uit de deelgemeente Feyenoord<sup>2</sup>. Ten slotte hebben we de resultaten van het onderzoek besproken met deze respondenten. We hebben gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews en een overzicht van problemen, risicofactoren en beschermende factoren<sup>3</sup>.

In hoofdstuk 2 gaan we eerst in op de bevindingen uit de literatuur. In hoofdstuk 3 gaan we in op de probleemanalyse en in hoofdstuk 4 bespreken we de resultaten van de interviews en het rondetafelgesprek. Bij de verschillende paragrafen van hoofdstuk 4 gaan we na in hoeverre de resultaten afwijken van de bevindingen uit de literatuur. We eindigen dit rapport met een voorstel voor een typologie van strategische aanpak van MPG's in hoofdstuk 5.

<sup>1</sup> Voor een lijst met deelnemers zie bijlage 1.

<sup>2</sup> Voor een lijst met respondenten zie bijlage 1.

<sup>3</sup> Dit overzicht is door meer dan de helft van de respondenten ontvangen en bekeken.





## 2. Literatuurstudie

### 2.1. *Kenmerken van multiprobleemgezinnen*

Er is geen eenduidige definitie van multiprobleemgezinnen. De term ‘multiprobleemgezin’ geeft aan dat het om een meervoudige en complexe problematiek gaat. Hoewel er duidelijke verschillen zijn tussen deze gezinnen, zijn er ook overeenkomstige kenmerken (Goderie & Steketee, 2003; Inspectierapport, 2003; Baartman & Dijkstra, 1986, 1987). Deze multiprobleemgezinnen hebben gemeen dat er op een gegeven moment problemen ontstaan die groter worden of zich opstapelen waardoor de draagkracht van het gezin aangetast wordt. Hierdoor neemt de kans op verwaarlozing en kindermishandeling toe (Hermanns, Mordang, Mulders, 2002). De problemen bestrijken ook meerdere gebieden, zoals relatieproblemen, schuldenproblematiek, huisvestingsproblemen, problemen met gezinsmanagement en opvoedingsproblemen. Niet alleen de hoeveelheid problemen is kenmerkend voor gezinnen, maar vooral de onderlinge verwevenheid en de langdurigheid van de problematiek (Baartman & Dijkstra, 1987). Daarnaast zijn multiprobleemgezinnen te karakteriseren als sociaal geïsoleerde gezinnen (Fukkink & Steketee, 2002). Ten slotte is er veelal sprake van een bepaald wantrouwen bij deze gezinnen ten opzichte van de bestaande reguliere hulpverleningsinstellingen (zie Goderie & Steketee, 2003), waarbij alleen tijdens een crisis kortstondig een beroep gedaan wordt op de instellingen. Gezinnen in probleemsituaties zijn gezinnen die gekenmerkt worden door een aanzienlijk aantal langdurige problemen op verschillende levensgebieden. Naar mate de stressfactoren en risicofactoren toenemen, zal de communicatie en de opvoeding tussen ouders en kinderen zo onder druk komen te staan dat de kans zeer groot is dat er iets mis gaat. Een overmaat van gezinsproblemen verstoort de zelfregulatie (Hoorn, 2001). Vaak hebben mensen al een aantal keer een beroep gedaan op de bestaande hulpverlening, maar zijn zij niet of op de verkeerde manier geholpen. Het knelpunt is niet zozeer dat men niet signaleert dat er problemen zijn, maar dat men niet goed weet welk aanbod, of welke combinatie van aanbod het beste is gezien de opeenstapeling van problemen (Steketee & Van Gelder, 2001).

Samenvattende kenmerken van een multiprobleemgezin:

1. De problemen zijn veelvuldig en doen zich voor op meerdere levensterreinen; de problemen hebben zowel betrekking op de kinderen als de ouders.
2. De problemen zijn complex: de verschillende probleemgebieden lopen door elkaar heen en beïnvloeden elkaar, ze houden elkaar in stand.
3. De draagkracht van het gezin is niet in balans met de draaglast.
4. Problemen zijn chronisch of zelfs intergenerationeel: De gezinnen leven jarenlang in een cyclus van oplopende spanningen, ontladingen en verzoeningen soms door de generaties heen.
5. De gezinsleden zijn sterk en negatief aan elkaar gebonden: ze kunnen niet met elkaar maar ook niet zonder elkaar leven.
6. De hulpverlening functioneert onvoldoende:
  - a. De hulpverlening is niet goed afgestemd, er is geen gezamenlijke visie, geven tegenstrijdige adviezen.

- b. Het gezin is zorgmijder of het gezin werkt onvoldoende of niet mee aan behandeling.
- c. Het behandelplan geeft onvoldoende resultaat.
- d. Het probleembesef bij het gezin is laag (ouders zien problemen niet of geven - ten onrechte - aan ze zelf te kunnen oplossen).

Een gevolg van het laatste is dat in multiprobleemgezinnen veelal één of meerdere kinderen uit huis zijn geplaatst. De gezinsproblemen zijn moeilijk te beteugelen en maakt dat de hulpverleners er ten slotte voor kiezen om één of meerdere kinderen tijdelijk te laten opnemen in een tehuis of in een pleeggezin.

## *2.2. Definitie van multiprobleemgezinnen*

Een multiprobleemgezin is een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen. Het gaat om gezinnen waarin naast problemen met de kinderen ook andere problemen spelen waarvoor ze hulp nodig hebben. Bovendien hebben deze gezinnen ook problemen met de hulpverlening zelf, bijvoorbeeld omdat ze die afwijzen of voortijdig afbreken, of omdat ze weigeren eraan mee te werken. Kenmerkend voor multiprobleemgezinnen is dus dat ze zowel problemen in het gezin hebben, als problemen met de hulpverlening (NJI, 2008).

In multiprobleemgezinnen kunnen zich problemen voordoen op vijf gebieden:

- het voeren van een huishouding, bijvoorbeeld door een gebrek aan regelmaat, hygiëne, financiële armlslag of wooncomfort;
- de maatschappelijke positie van het gezin: problemen met formele en informele contacten;
- de opvoeding, bijvoorbeeld pedagogisch onvermogen, pedagogische verwaarlozing of mishandeling;
- problemen in de individuele ontwikkeling of het welzijn van de gezinsleden, bijvoorbeeld depressies of verslavingen;
- de relatie tussen de (ex)partners: problemen als gevolg van echtscheiding, onderlinge spanningen of wisselende relaties.

Meestal hebben multiprobleemgezinnen op al deze terreinen problemen. De ernst van de problemen kan per gebied verschillen.

In het concept Uitvoeringsplan Sociale Teams van de gemeente Rotterdam met als titel *Voor elk kind een gezond gezin* (Maatschappelijke Opvang / SoZaWe, oktober 2009), onderscheidt men vijf probleemgebieden:

- I. Werk, Inkomen en Schulden
- II. Onderwijs/Kinderen
- III. Basis op orde (o.a. huisvesting)
- IV. Sociaalpsychologische vraagstukken/verslaving/huiselijk geweld
- V. Criminaliteit en geweld

### 2.3. *Oorzaken van multiprobleemgezinnen en mogelijke risico en beschermende factoren*

In de literatuur is bijzonder weinig bekend over risicofactoren en beschermende factoren voor het ontstaan en voortbestaan van multiprobleemgezinnen. Bovendien lopen oorzaak en gevolg door elkaar. Dat wil zeggen dat bepaalde kenmerken van multiprobleemgezinnen die in de definitie staan, risicofactoren zijn voor het ontstaan van problemen bij de volgende generatie (Kalsbeek, 2008). In de literatuur wordt eveneens geen aandacht besteed aan wat de beschermende factoren zijn die specifiek op kinderen uit multiprobleemgezinnen betrekking hebben.

Een belangrijk kenmerk van multiprobleemgezinnen is de meervoudige problematiek. Er zijn op verschillende levensterreinen problemen, zoals schuldenproblematiek, alcoholmisbruik, huiselijk geweld, et cetera. Er ontstaat dus eigenlijk een soort web van problemen. Het leven is voor de cliënt onoverzichtelijk. Er is vaak sprake van financiële problemen, opvoedingsproblematiek en buurtoverlast. De problemen zijn onderling met elkaar verweven.

In deze paragraaf hebben we de mogelijke risico en beschermende factoren per domein beschreven<sup>4</sup> <sup>5</sup>. Hierbij onderscheiden we kenmerken van de ouders van eigenschappen van de kinderen en van kenmerken van de hulpverlening.

#### A. Factoren die samenhangen met kenmerken van de ouders

##### 1. *Ervaringen uit de eigen opvoeding en leefomstandigheden vroeger*

Een belangrijke risicofactor is dat de problemen waarmee multiprobleemgezinnen te kampen hebben nogal eens intergenerationeel en langdurig van aard zijn (Van der Steege, 2008). Dat wil zeggen dat het complex aan problemen waarmee een gezin te maken heeft van de ene generatie op de volgende wordt overgedragen. Dat komt bijvoorbeeld door een zich herhalend patroon van disfunctionele interacties, niet alleen binnen het gezin, maar ook met anderen buiten het gezin. Ook problemen met het opvoeden van de kinderen, zoals verwaarlozing, worden overgedragen op de volgende generatie. Vaak zijn de ouders in hun jeugd uit huis geplaatst en waren er meer algemeen ernstige problemen in hun gezin van oorsprong. De onmacht zich te binden lijkt transgeneratieel bepaald (Wierbos & Steng, 2004).

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
Vroegere ervaringen	<ul style="list-style-type: none"><li>- mishandeling of verwaarlozing;</li><li>- uithuisplaatsing</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ouder die voorbeeld-functie vervulde;</li><li>- goede verzorging, liefde en affectie gekregen</li><li>- scholing</li></ul>

<sup>4</sup> Het is belangrijk te beseffen dat de hier genoemde beschermende en risicofactoren niet direct uit literatuur over multiprobleemgezinnen afkomstig zijn. Wij hebben ze afgeleid uit literatuur over beschermende en risicofactoren per domein.

<sup>5</sup> Aan de hand van deze domeinen hebben we een overzicht gemaakt met risico- en beschermende factoren. Dit overzicht is opgenomen als bijlage bij dit rapport en aangevuld met informatie van de opdrachtgever en resultaten uit het rondetafelgesprek en de interviews.

## 2. Opvoedingsvaardigheden

Opvoedingsproblemen gaan in deze gezinnen nogal eens samen met pedagogisch onvermogen van de ouders. Dit betekent dat in deze gezinnen vaker dan in andere gezinnen sprake is van kindermishandeling of verwaarlozing, en daardoor komt het onder toezicht stellen van kinderen ook vaker voor. Dat kindermishandeling en verwaarlozing in deze gezinnen meer voorkomen, betekent dat de risicofactoren voor kindermishandeling vaak ook in multiprobleemgezinnen aanwezig zijn. De risicofactoren voor kindermishandeling bieden daarmee aanknopingspunten voor de risicofactoren die kunnen spelen in multiprobleemgezinnen.

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
Opvoedingsvaardigheden	<ul style="list-style-type: none"><li>- onvoldoende basale zorg (regelmaat, hygiëne, voeding)</li><li>- opvoedingsproblemen</li><li>- geen structuur of regelmaat</li><li>- problemen met gezinsmanagement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- structuur bieden, regelmaat</li></ul>

## 3. Sociaal economische positie

Problemen rondom werkloosheid en het hebben van een gebrekkig inkomen wordt vaak als een van de redenen genoemd waarom de stress binnen het gezin (te) hoog kan oplopen (Steketee & Goderie, 2003). Het gaat om een combinatie van sociale en economische problemen die elkaar beïnvloeden. Er zijn bijvoorbeeld problemen op het gebied van inkomen, werk, huisvesting en sociale contacten. Het hebben van geen werk kan leiden tot het hebben van weinig sociale contacten.

Enerzijds zijn er veel problemen van praktische aard, zoals het omgaan met geld en het runnen van een huishouding. Anderzijds is men soms onmachtig om hulp hierbij te accepteren, onder meer omdat dit een gevoel van falen accentueert.

Er is algemene consensus dat ongunstige maatschappelijke omstandigheden wel de kans op problemen (in behoorlijke mate) kunnen verhogen maar deze niet of nauwelijks verklaren. Ze zijn een indicator voor problemen op het gebied van financiën, opleiding, scholing en huisvesting en daarmee een belangrijke stressor binnen het gezin (Bakker et al., 1999; Rispen et al., 1994). Daarnaast zijn ze een indicator van het vermogen van ouders om hun kinderen op te voeden tot goed burgerschap (Kreuger, 2007).

Bij Turkse, Antilliaanse en Marokkaanse groepen hadden ongeveer drie op de 10 huishoudens in 2003 een laag inkomen. Dat is viermaal zoveel als bij autochtone gezinnen (Kreuger, 2007). Deze gezinnen met een laag inkomen hebben vaak meer schulden dan bezittingen. Het aantal gezinnen met schulden is sinds 2002 bijna verdubbeld.

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>Arbeidsmarktpositie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- werkloosheid</li> <li>- (geen) andere dagbesteding</li> <li>- grote afstand tot de arbeidsmarkt</li> <li>- slechte beheersing Nederlandse taal</li> <li>- laag opgeleid</li> <li>- problemen op het werk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- betaald werk</li> <li>- onbetaald werk</li> <li>- volgt opleiding</li> </ul>
<b>Inkomen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schulden</li> <li>- loonbeslag</li> <li>- te laag inkomen/stille armoede</li> <li>- inhoudingen op de uitkering</li> <li>- fraude met uitkering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voldoende loon uit arbeid of andere bron van inkomen</li> </ul>
<b>Huisvesting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ongeschikte huisvesting;</li> <li>- achterstallig onderhoud van de woning;</li> <li>- huurschuld;</li> <li>- vervuiling (binnen of buiten);</li> <li>- dreiging uithuisplaatsing;</li> <li>- dakloos;</li> <li>- veel verhuizen</li> <li>- te veel of ongeschikte huisdieren;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voldoende ruime woning</li> </ul>

#### 4. Psychosociale problematiek

Hierbij kan het gaan om problemen van het individu (bijvoorbeeld verslaving, psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking), maar ook psychosociale problemen zoals minderwaardigheidsgevoelens. In het gezin is sprake van sterke minderwaardigheidsgevoelens ten opzichte van elkaar, maar ook ten opzichte van de buitenwereld. Vaak gaat dit gepaard met wantrouwen. De functionele relatie komt voort uit minderwaardigheidsgevoelens. De partners verwachten bijzonder veel van elkaar en hebben er weinig vertrouwen in dat ze ieder voor zich iets zouden kunnen inbrengen in de relatie. Ze zijn volledig op elkaar aangewezen en niet meer van elkaar te onderscheiden. Dergelijke ouders hebben eveneens hoge verwachtingen van een hulpverlener, ze hebben echter tegelijkertijd een enorm wantrouwen ontwikkeld naar andere mensen.

**Verstandelijke beperking:** Een verstandelijke beperking bij één of meerdere gezinsleden kan (deels) een verklaring bieden voor het ontstaan, aanhouden en vergroten van de problemen (Van Montfoort, 2008). Een verstandelijke beperking is daarom een belangrijk aandachtspunt bij het bieden en organiseren van passende hulp of zorg. Een hulp- of zorgaanbod dat aansluit bij de mogelijkheden en de situatie van de gezinsleden met als

doel de problemen op te heffen. Mensen met een IQ tussen de 50-55 en 70 worden als licht verstandelijk gehandicapt aangemerkt. Mensen met een IQ tussen de 70 en 85 worden aangeduid als zwakbegaafd. Mensen met een IQ onder 50 noemen we matig verstandelijk gehandicapt en onder de 40 als ernstig verstandelijk gehandicapt (zie o.a. Van Daal, Plemper & Willems, 1997). Het is niet bekend hoeveel mensen met een verstandelijke beperking een kind hebben (Goderie, Steketee & Plemper, 2006; De Vries, Willems, Isarin & Reinders schatten het aantal in 2005 op 5%).

**Psychiatrische problematiek** Een ouder met een psychiatrische stoornis kan soms de opvoedtaken niet geheel of zelfs geheel niet op zich nemen. Dit hangt natuurlijk nauw samen met de aard van de psychiatrische stoornis. Soms is tevens het netwerk te klein of te weinig steunend om deze opvoedrol (tijdelijk) op zich te nemen.

De mate van chroniciteit en de prognose van de stoornis zullen in belangrijke mate de aard van de zorg bepalen, evenals dat deze de besluitvorming rond preventie richting geven.

Daarnaast kan het opvoeden van een kind met een psychiatrische stoornis een te grote belasting zijn voor (gezonde) ouders. Ook hier geldt dat de ernst en de prognose van de kinderpsychiatrische stoornis de aard van de interventies zullen sturen. Soms is de interactie tussen ouder (s) en kind(eren) zo verstoord dat er geen sprake meer is van een functioneel gezinsfunctioneren.

**Verslavingsproblematiek** Verslavingsproblematiek bij de opvoeder zal eveneens meer of minder de uitvoering van de ouderrol beïnvloeden. De mate waarin zal bepalend zijn voor de schade die een kind oploopt. Verslavingsproblematiek heeft een vaak grillig verloop met altijd kans op terugval en bijgebruik van middelen. Het risico voor de opvoedingssituatie moet daarom voortdurend gemonitord blijven. Als er terugval is dan gaat dat gepaard met een snel verval van de situatie - zowel geestelijk als lichamelijk - , de gezinsfinanciën en de opvoedingssituatie. Voor verslaafde ouders staat al snel de verslaving centraal en niet het kind. Eveneens kan een verslaafd kind zijn gezin dusdanig ontwrichten dat er evenmin sprake is van een evenwichtig opvoedklimaat.

Het blijkt dat 1 op de 12 volwassenen in Nederland een vader of moeder heeft gehad die een problematische drinker is. In het totaal gaat het om minimaal 300.000 gezinnen in Nederland waarvan een van beide ouders een verslavingsprobleem heeft ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)). Dit kan leiden tot stagnatie in de ontwikkeling en een eventueel onveilige opvoedingssituatie.

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>Psychosociale problemen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychische problemen</li> <li>- psychiatrische problemen</li> <li>- (gedwongen) opname</li> <li>- verslaving</li> </ul>	
<b>Gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- chronische ziekte</li> <li>- verstandelijke beperking</li> </ul>	

### 5. *Sociale positie*

De gezinsleden hebben geen of weinig contact buiten het gezin/ familie. Een sociaal netwerk of sociale ondersteuning is een beschermende factor als het gaat op mensen die vertrouwd zijn, waarmee een langdurige relatie bestaat en nabij en bereikbaar zijn. Daarentegen kan het ontbreken van een contact of een negatieve of sceptische houding van de omgeving juist tot sociaal isolement leiden. (Fukkink & Steketee, 2002) Ook de directe omgeving is een mogelijke factor. Als er sprake is van onbegrip kan het leiden tot pesten en conflicten in de buurt. Maar de bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen in de buurt is juist een mogelijke beschermende factor (Goderie, Steketee, Plemper, 2006).

Vrijwel hun hele leven richt zich op het (grote) gezin, waarin ze bij voorkeur geen anderen toelaten, ook wel te kenmerken als een sociaal isolement. Elke hulpverleningsinterventie wordt door het gezin ervaren als een vijandige actie van de buitenwereld. Het gezin zal zich daarbij snel bedreigd voelen en vaak terecht het gevoel hebben ten opzichte van de hulpverlener te falen.

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>Sociaal netwerk / ondersteuning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- het ontbreken van een netwerk/vrienden, sociaal isolement</li> <li>- duur van de relatie</li> <li>- nabijheid of bereikbaarheid</li> <li>- frequentie van de contacten</li> <li>- negatieve invloed sociaal netwerk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- het hebben van een netwerk of vrienden</li> <li>- steun vrienden/familie</li> </ul>
<b>Woonomgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- andere culturele achtergrond dan de buurt</li> <li>- gepest worden op straat</li> <li>- conflicten met burens</li> <li>- bereikbaarheid van voorzieningen</li> <li>- achterstandwijk</li> <li>- antisociaal gedrag (overlast)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oplettende burens</li> </ul>

### 6. *Problemen van het gezinssysteem*

Van invloed is het gezin zelf, elementen die daarbij een rol spelen zijn probleem met gezinsmanagement, conflicten in het gezin en ouders die probleemgedrag bevorderen door hun houding. Voor de ontwikkeling van jonge kinderen, positief of negatief, is het belangrijk om te weten hoe ouders met hen omgaan: hoe zij het gezin runnen en gedrag in de gaten houden en/of corrigeren. Het karakter en de kwaliteit van de omgang kan negatief beïnvloed worden door drugsgebruik of crimineel gedrag van de ouders. De communicatie tussen de gezinsleden is vaak verwrongen. Men zegt meestal niet wat men bedoelt, men neemt boodschappen letterlijk en wil of kan niet luisteren naar de

relationele betekenis die achter de boodschappen schuilt (Berger, Ten Berge & Geurts, 2004; van der Steege, 2008 (in press)). Daarnaast is het belangrijk om te kijken naar problemen tussen de ouders onderling zoals incest, mishandeling en verwaarlozing).

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>Gezin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verstoorde ouder-kind-relaties,</li> <li>- gezagsvacuüm,</li> <li>- relatieproblemen ouders</li> <li>- huiselijk geweld</li> <li>- kindermishandeling / verwaarlozing / incest</li> <li>- crimineel gedrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderlinge steun partners</li> </ul>
<b>Samenstelling gezin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eenoudergezin</li> <li>- tienermoeder/ouders</li> </ul>	

### ***B Factoren die samenhangen met eigenschappen van het kind***

In deze subparagraaf beschrijven wij beschermende en risicofactoren die samenhangen met eigenschappen van kinderen in multiprobleemgezinnen. Dat wil zeggen, jongeren in multiprobleemgezinnen hebben vaak te maken met de hier beschreven risicofactoren, waardoor zij risicogedrag gaan vertonen. Er is echter nog geen verband vastgesteld tussen de hier beschreven risicofactoren en het ontstaan van multiprobleemgezinnen. Een deel van de risico- en beschermende factoren die wij beschrijven in deze subparagraaf is afkomstig van de preventie strategie *Communities that Care* (zie o.a. het rapport van Steketee, Mak & Huygen (2007), *Opgroeien in veilige wijken*; en zie <http://beta.ctcdata.org>), die als doel heeft risicogedrag bij jongeren te voorkomen.

#### ***1. Persoonlijkheidskenmerken***

Kenmerken van het kind kunnen er voor zorgen dat ouders beter of minder goed hun kinderen kunnen opvoeden. Daarbij spelen verschillende zaken zoals een moeilijk temperament van het kind, gedragsproblemen of ontwikkelingsproblemen. Wanneer ouders steun vinden aan elkaar en ook wanneer er geen sprake is van zwakbegaafdheid hoeven deze risicofactoren minder ernstige gevolgen hebben. Ook sociale competentie en het hebben van positieve interpersoonlijke relaties is een belangrijke beschermende factor (Kreuger, 2008).

#### ***2. Gezondheid/welbevinden***

In de literatuur is geen relatie tussen gezondheid/welbevinden van kinderen met multiprobleemgezinnen, maar wel met toenemende opvoedingsproblemen te vinden. Het is echter nog onduidelijk wat hierbij oorzaak en gevolg is (*Monitor Jeugd, Factsheet 5 Opvoedproblemen en psychosociale gezondheid*).



### 3. School

Risicofactoren rondom school zijn faalervaringen en gepest worden (Kreuger, 2007), maar ook slechte schoolprestaties verhogen drugs gebruik en delinquentie (<http://beta.ctcdata.org>). Daarnaast zijn gebrekkige binding met school - waaronder ook het hebben van goede toekomstperspectieven binnen het onderwijs valt - het maken van huiswerk en het niet inzien van de relevantie van school (spijbelgedrag en vroegtijdig schoolverlaten hangen daarmee samen) bekende risicofactoren. Wanneer jongeren meer kansen krijgen om mee te kunnen doen en bij te dragen aan schoolactiviteiten kan dit beschermend werken. Ook erkenning en waardering zijn gerelateerd aan minder risicogedrag onder jongeren.

### 4. Sociaal netwerk jongeren/vrije tijd

Wanneer jongeren zich geen onderdeel van de maatschappij voelen, niet gebonden zijn door regels of niet geloven in succes en verantwoordelijkheid, zijn zij in hogere mate vatbaar voor drugsmisbruik en ander risicogedrag. Risicogedrag komt meer voor bij jongeren die met grote groepen vrienden omgaan, vooral wanneer deze vrienden afwijkend gedrag tolereren en weinig of geen normen en waarden kennen. Probleemgedrag, vooral drugsgebruik, wordt gemakkelijk overgenomen. Jongeren uit criminele groepen komen vaker uit zwakkere gezinnen waar echtscheidingen, ruzie, geweld en drankgebruik voor komen (Kreuger, 2007).

### 5. Sociale omgeving / Buurt

Vooraf binding met de ouders en de buurt is gerelateerd aan risicogedrag onder jongeren. Hierbij zijn bijvoorbeeld grote doorstroom in de buurt en geweld in de media risicofactoren. Buitenspelen en waardering van participeren in buurtactiviteiten zijn beschermende factoren. De beschikbaarheid van wapens en drugs in de buurt leidt weer vaker tot risicogedrag onder jongeren. Sociaal economische factoren van de buurt zelf zijn van invloed op het vermogen van ouders om kinderen op te voeden tot goede burgers (Kreuger, 2007).

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>Persoonlijkheidskenmerken</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- moeilijk temperament</li><li>- sterk karakter</li><li>- verwaarlozing</li><li>- ontwikkelingsproblemen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- onderlinge steun partners</li><li>- hoger IQ</li><li>- erkenning</li></ul>
<b>Gezondheid/welbevinden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- medische problemen?</li><li>- emotionele problemen?</li><li>- verstandelijke beperking?</li><li>- chronische ziekte?</li></ul>	
<b>Schoolproblemen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- gebrek aan binding met school</li><li>- leerachterstand</li><li>- gedragsproblemen van het kind op school</li><li>- pesten / gepest worden</li><li>- slechte schoolresultaten</li><li>- spijbelen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- (aanleg tot) sociale competentie</li><li>- makkelijk kunnen leren</li><li>- binding met school</li></ul>

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vroegtijdig schoolverlaten</li> </ul>	
<b>Sociaal netwerk jongeren/vrije tijd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- omgang met vrienden die verkeerd gedrag vertonen</li> <li>- antisociaal gedrag (overlast)</li> <li>- criminele activiteiten</li> <li>- overmatig middelengebruik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kansen</li> <li>- vaardigheden</li> </ul>
<b>Sociale omgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verkrijgbaarheid van drugs in de wijk</li> <li>- verkrijgbaarheid van wapens in de wijk</li> <li>- maatschappelijke normen die probleemgedrag bevorderen</li> <li>- geweld in de media</li> <li>- hoge mate van doorstroom in de wijk</li> <li>- weinig binding met de wijk</li> <li>- gebrek aan organisatie van de buurt</li> <li>- lage inkomens en slechte behuizing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- binding met de buurt</li> </ul>

#### 2.4. *Gezinsfactoren*

In dit hoofdstuk zijn de mogelijk risicofactoren zowel op ouder- als op kindniveau beschreven. Zoals we al in het begin van het hoofdstuk hebben aangegeven is er in de literatuur weinig bekend over hoe deze factoren precies het ontstaan en voortbestaan van de problemen binnen het MPG beïnvloeden. Er is een duidelijk samenhang, maar het verband is nauwelijks onderzocht, mede vanwege de grote diversiteit aan problemen in de gezinnen.

De laatste decennia is er toenemende mate aandacht voor de interactie binnen het gezin. Vooral de kwaliteit van de relatie tussen de ouders en kinderen, de algemene sfeer in huis en de mate van onderlinge betrokkenheid zijn hierin belangrijke factoren. Gezinsfactoren spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol bij strafbaar gedrag van kinderen en jongeren; niet alleen bij het ontstaan van crimineel gedrag, maar vooral bij het voortduren van dat gedrag (Van Den Brink, 2001). Ouders kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een mogelijke oplossing om er mee te stoppen. Zo lijkt er bijvoorbeeld sprake te zijn van communicerende vaten als het gaat om ongewenst gedrag van de jongeren en de rol die de vader in het gezin vervult. Als er vanuit de vader sprake is van te sterk gezag of juist een gezagsvacuüm dan lijkt het ongewenste gedrag van jongeren toe te nemen (Pels, 2003). Dit speelt een belangrijke rol bij allochtone gezinnen.

### 3. Signalering, probleemanalyse en regievoering

#### 3.1. *Inleiding*

In het overheidbeleid en in de hulpverlening staat de vroegsignalering van kinderen en jongeren de laatste tijd zeer centraal. De opvatting is dat als we in staat zijn om problemen zo vroeg mogelijk te kunnen signaleren, we ergere problemen kunnen voorkomen. Vanuit de landelijke overheid worden er allerlei initiatieven ontwikkeld om te zorgen dat problemen in gezinnen en bij kinderen tijdig gesignaleerd worden, denk aan de Centra Jeugd en Gezin, de verwijfsindex en het elektronisch kinddossier. Ook vanuit de hulpverlening is er in toenemende mate aandacht voor hoe men kinderen die problemen hebben of slachtoffer zijn gezinsproblemen, zoals huiselijk geweld of verslavingsproblematiek, eerder in het vizier kunnen krijgen. Allerlei risicotaxatie instrumenten worden ontwikkeld om signalen voor risico's in de opvoedingssituatie zo vroeg en zo snel mogelijk te onderkennen. Deze vroegsignalering moet gebeuren vanuit een breed front, waarbij zowel professionals als anderen uit de leefomgeving van kinderen betrokken zijn. Hierbij worden ook professionals die achter de voordeur komen, zoals de kraamzorg of woningbouwcoöperaties, ingeschakeld om eventuele problemen te signaleren.

#### 3.2. *Wat zijn signalen?*

Wat houdt signalering precies in? Hoewel men het in de hulpverleningspraktijk veelvuldig heeft over de signalen en de signalerende functie van bepaalde instellingen, is er geen eenduidig begrip of een eenduidige definitie van signalen. Toch blijkt het begrip signaal cruciaal te zijn, ook vanuit het perspectief van de beoogde cliënten van instellingen. Ouders geven aan dat de signalen die zij geven onvoldoende serieus genomen worden door de instellingen (Van Beek, 2002; Jubelet, 2002). Uit de verhalen van de multiprobleemgezinnen blijkt dat er geen sprake is van heldere en duidelijke signalen. Schaamte en eergevoel maken de signalen troebel en diffuus (Goderie & Steketee, 2003). Er is sprake van een geleidelijk proces waarin de problemen zich langzamerhand opstapelen en een incident ervoor zorgt dat de situatie escaleert. Daarnaast zijn de gezinnen vanuit eerdere negatieve ervaringen met de hulpverlening terughoudend in het benaderen van officiële hulpverleningsinstellingen. Hulpverleners verwachten van de gezinnen heldere hulpvragen die aansluiten bij hun aanbod. In de praktijk hebben gezinnen geen heldere en eenduidige hulpvragen. Hulp wordt meestal pas gevraagd als gezinnen in een crisissituatie zitten. Vroegsignalering wordt door de hulpverleners daarom belangrijk gevonden. Als problemen eerder gesignaleerd worden, kan er eerder een hulpverleningstraject in gang gezet worden. Waarom hebben deze gezinnen het gevoel dat ze voldoende signalen uitzenden maar dat deze niet herkend worden? Wat gaat er mis in het opvangen, begrijpen en doorgeven van deze signalen?

In situaties waarin het misloopt blijkt achteraf dat er altijd signalen geweest zijn of zaken die met terugwerkende kracht als signaal geïnterpreteerd worden. Mensen zouden duidelijke signalen hebben gegeven, de burens hadden uit bepaalde signalen allang

opgemaakt dat het scheef zou lopen en in publieke discussies vraagt men zich af waarom bepaalde signalen genegeerd of fout geïnterpreteerd zijn. Interessanter is echter de vraag of we signalen kunnen onderscheiden, of er iets is dat ons opvalt.

Wanneer is iets een signaal? De term 'signaal' staat voor een sein dat wordt gegeven waarmee men iets duidelijk probeert te maken. Een signaal is een afwijking van het 'normale': dat betekent dat men moet weten wat normaal is. Als men niet de gewoontes kent van mensen, dan zijn we niet goed in staat om het bijzondere waar te nemen. Als mensen altijd schelden, is dat - hoewel misschien moreel verwerpelijk - gewoon en is het bijzonder als ze dat niet doen. Het achterwege blijven van het gebruikelijke kan een signaal zijn. De consequentie hiervan is dat we vertrouwd moeten zijn met de gewoonte van een situatie om een signaal te kunnen herkennen.

Wat is de betekenis van het signaal? Ook als men het signaal herkent, dan weet men nog niet naar welke handeling het signaal verwijst. Een rood stoplicht betekent dat je moet stoppen. We weten welke handeling bij het signaal hoort. Het gaat erom om de signalen te herkennen maar ook te begrijpen. Het gaat hier om onze gevoeligheid voor signalen en het vermogen om signalen of het ontbreken van signalen te onderscheiden. De consequentie van deze overweging is dat de kijkrichting wordt veranderd van de cliënt naar de beroepskracht en diens ontvankelijkheid.

Culturele betekenis van signalen: er is sprake van een culturele betekenis van signalen. Wat bij ons een signaal, een teken of symptoom is dat er problemen zijn, hoeft in een andere cultuur deze betekenis niet te hebben.

Er zitten dus twee kanten aan signalen: wat betekent een signaal en wat is een bijpassende handeling?

Verder is de notie van belang dat signalen hun signaalwaarde verliezen als ze lange tijd als signaal genegeerd of niet herkend worden. Oftewel, een signaal houdt op een (effectief) signaal te zijn als er geen sensitieve ontvanger is.

Troebele, geen eenduidige signalen: In een situatie waarin het van belang is om aan te geven dat je hulp nodig hebt, spelen er allerlei gevoelens een rol die de signalen vertroebelen. Omdat mensen zich schamen, schuldgevoelens hebben, niet willen toegeven dat ze het niet alleen redden, zullen de signalen voor de ontvanger voor wie zij bedoeld zijn niet altijd even helder en eenduidig zijn. Mensen in zo'n situatie maken vooral gebruik van het uitzenden van indirecte signalen. Daarom is een bedoeld signaal niet altijd een effectief signaal.

### ***3.3. Herkennen en erkennen van problemen***

Als er duidelijke signalen zijn dan spelen er twee zaken: het herkennen en erkennen van de problematiek die daaraan ten grondslag ligt. Als het gaat om multiprobleemgezinnen dan is een kenmerk dat er verschillende problemen spelen, waarbij het moeilijk is vast te stellen wat oorzaak en gevolg is. Professionals komen zeer uiteenlopende problemen tegen bij kinderen en gezinnen. Hierdoor is het onderscheid tussen de verschillende risicogroepen niet altijd even duidelijk. Het herkennen van de mogelijke oorzaak en aanpak van problemen is moeilijk: *'Hoe vindt de medewerker die hoort over relatieconflicten uit dat deze samenhangen met de alcoholproblemen van de vader, die systematisch verzwegen worden?'* (Boal, 2005). Het signaleren van (alcohol)problemen in gezinnen is moeilijk (Steketee, Tan, Wentink & Van Wonderen, 2006). De professionals

komen in gezinnen meerdere en zeer uiteenlopende problemen tegen en het alcoholgebruik is (onder andere door de ontkenning) weinig zichtbaar. Hulpverleners zijn ook vaak weinig bekend met de aan de problematiek gerelateerde signalen. Er is nog een andere reden waarom het niet eenvoudig is om bij kinderen problemen te signaleren die het gevolg zijn van alcoholgebruik van de ouder. Veel symptomen of gedrag dat deze kinderen vertonen, kunnen ook wijzen op andersoortige problemen.

Daarnaast kunnen er mogelijke signalen zijn over bijvoorbeeld alcoholgebruik, maar lastig is om vast te stellen of de kinderen er zodanig 'aantoonbaar last van hebben' dat een kindbeschermingsmaatregel gerechtvaardigd is. Citaat van een Raadmedewerker: 'Als ouders alleen 's avonds teveel drinken, terwijl de kinderen al in bed liggen, dan is er geen sprake van nadelige gevolgen voor de kinderen.' (In Steketee e.a., 2006). De grens van alcoholmisbruik wordt overschreden als de opvoeder de opvoedrol niet meer goed kan vervullen.

Een ander voorbeeld is als kinderen mishandeld, verwaarloosd en/of misbruikt worden, kunnen ze signalen uitzenden. Het gebruik van een signalenlijst kan zinvol zijn, maar biedt ook een zekere mate van schijnzekerheid. De meeste signalen zijn namelijk stressindicatoren, die aangeven dat er iets met het kind aan de hand is. Dit kan ook iets anders zijn dan kindermishandeling (echtscheiding, overlijden van een familielid, enz.). Hoe meer signalen van deze lijst een kind te zien geeft, hoe groter de kans dat er sprake zou kunnen zijn van kindermishandeling.

Het gaat er om de signalen tijdig te leren herkennen zodat je kunt vaststellen of en wanneer je moet ingrijpen: het gaat hier om een bepaalde gevoeligheid voor signalen; het vermogen om signalen, of het gebrek aan signalen, te onderscheiden. Om op basis van signalen goed te kunnen handelen, is het belangrijk ze te plaatsen binnen het geheel van signalen en gegevens en deze te bespreken met de ouders, of als dat niet mogelijk is informatie uit te wisselen tussen hulpverleners en andere betrokkenen.

### *3.4. Signalering en vraagverheldering door hulpverleningsinstellingen*

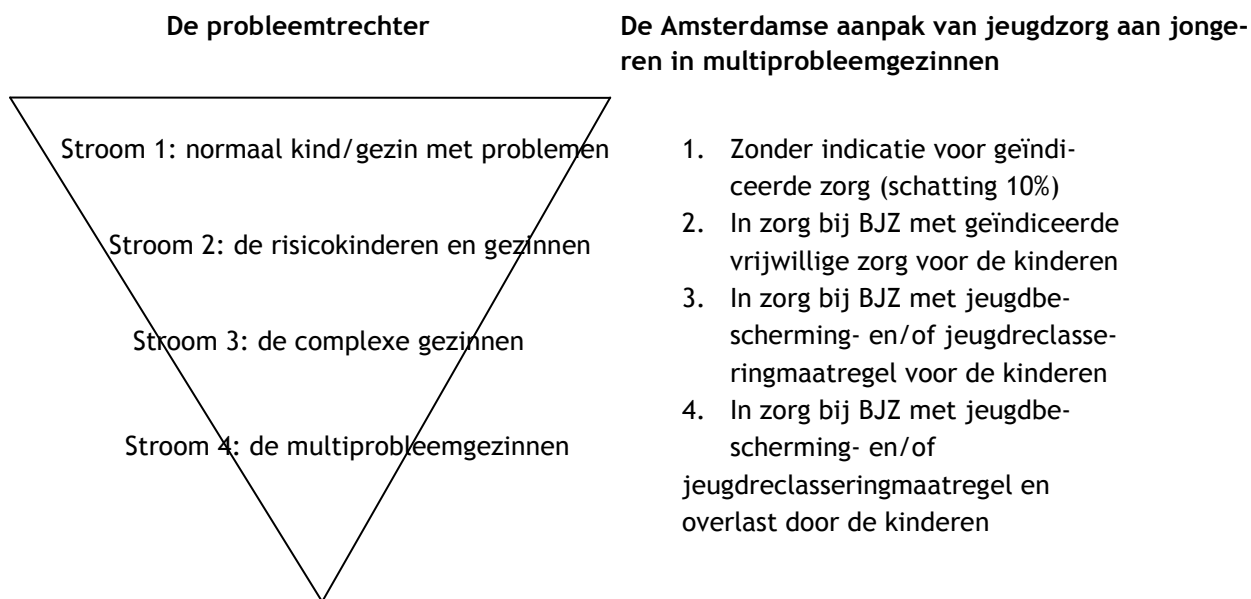
Hulpverleners zijn veelal afhankelijk van de signalen die zij krijgen. Er zijn verschillende manieren waarop instellingen zelf signaleringsstrategieën kan hanteren om probleemgezinnen te signaleren. Van Doorn (2004:63-76) maakt onderscheid tussen drie signaleringsstrategieën, al dan niet in combinatie met elkaar (Peters, 2008). De eerste is de huis-aan-huismethode. Deze methode houdt in dat professionals alle bewoners in een bepaalde wijk of buurt systematisch huis aan huis benaderen. Een tijdrovende methode, maar wel effectief als je de mensen wilt bereiken waarvan de problemen echt achter de voordeur blijven. Ten tweede kunnen huishoudens gesignaleerd worden door naar verzamelplaatsen (jongerencentra, buurthuizen, scholen, wijkservicecentra) toe te gaan. Nadeel van deze strategie is dat er altijd mensen zullen zijn die zich niet op deze plekken bevinden, waardoor ze niet benaderd worden. Ten slotte geeft Van Doorn het voorbeeld van de signaleringsnetwerken. Deze manier van signaleren is misschien wel de meest gebruikte, en volgens Van Doorn ook de meest beproefde methode om mensen op te sporen. De professional komt pas in actie na signalen afkomstig uit een netwerk van signaleringspartners. Hierbij is een knelpunt dat er wel gezorgd moet worden dat belangrijke partijen deel uitmaken van het signaleringsnetwerk. Belangrijke instrumenten in deze zijn de verwijzindex en het elektronisch kinddossier waardoor risicomeldingen en elk hulpverleningscontact gemeld worden.

Daarnaast kan via andere instellingen een signaal binnenkomen bij de instelling. Belangrijke signaleerders zijn huisartsen en mensen die in het onderwijs werken, maar ook de wijkagent en het welzijnswerk. Als er een signaal bij een hulpverlener of hulpverleningsinstelling binnenkomt, betekent dit dat er vastgesteld moet worden wat het probleem is en welke aanpak daarbij hoort. De hulpverlener kan naar aanleiding van het signaal besluiten om het probleem zelf op te pakken of er andere diensten of organisaties bij betrekken. Als het gaat om multiprobleemgezinnen betekent dit veelal dat er afgewogen dient te worden of er een hulpverlener actief op af moet stappen, omdat deze mensen niet (meer) bereikbaar zijn voor geïnstitutionaliseerde zorg. Als er sprake is van het vermoeden dat er sprake is van matige tot zware problematiek is een outreachende aanpak gewenst. Noodzakelijk is dat er een hulpverlener het gezin bezoekt om te analyseren wat de problemen zijn die in het gezin spelen.

### *3.5. Gezamenlijke probleemanalyse*

Op basis van de verzamelde informatie zal een gezamenlijke probleemanalyse gemaakt worden van de instellingen die bij de aanpak betrokken zijn. Veel te vaak ontbreekt de probleemanalyse, of heeft elke instelling zijn eigen analyse. Wanneer deze niet gedeeld wordt met andere partijen, kunnen zeer tegenstrijdige oplossingen geboden worden of zeer tegenstrijdige signalen afgegeven worden aan mensen. Er zijn gezinnen die soms het verschil tussen de verschillende instanties niet eens meer kunnen onderscheiden en tegelijk elke keer tegenstrijdige signalen krijgen. Een gedeelde probleemanalyse is daarom van groot belang.

Daarbij zal een inschatting gemaakt moeten worden van de ernst van de problematiek. Er kunnen vier stromen/niveaus worden onderscheiden in de categorisering van probleemgezinnen in een 'probleemtrechter' (gebaseerd op de probleempiramide uit Steketee 2007, *Ketenregie op kind en gezin*, figuur 1). Naast deze schema's die de ernst van de problemen globaal beschrijven of in termen van aanpak, is er - voor zover wij weten - geen informatie beschikbaar over wat de ernst van MPG's bepaalt.



Een ander onderdeel van de probleemanalyse is het in kaart brengen van de probleemgebieden. In het concept Uitvoeringsplan Sociale Teams van de gemeente Rotterdam met als titel Voor elk kind een gezond gezin (Maatschappelijke Opvang / SoZaWe, oktober 2009) onderscheidt men vijf probleemgebieden:

- I Werk, Inkomen en Schulden
- II Onderwijs/Kinderen
- III Basis op orde (o.a. huisvesting)
- IV Sociaalpsychologische vraagstukken/verslaving/huiselijk geweld
- V Criminaliteit en geweld

Op basis van deze probleemgebieden wordt er bepaald wie er handelingsverantwoordelijk is:

I + II:	Algemeen Maatschappelijk Werk
I en/of II in combinatie met III	Sociaal team
I en/of II en/of III in combinatie met IV en/of V:	LZN, DOSA of CJG

### 3.6. *Geïntegreerde aanpak*

Men kan constateren dat multiprobleemgezinnen een gevarieerde en niet-homogene groep is, die een veelheid aan hulpvormen aangeboden krijgt. Binnen de jeugdzorg zijn verschillende interventies ontwikkeld of geïmplementeerd om een hulpaanbod te bieden dat effectief is voor deze doelgroep. Het probleem is dat er nooit sprake is van één hulpverlenerrelatie of interventie.

In de aanpak van multiprobleemgezinnen is veelal een onorthodoxe aanpak nodig, die zich bovendien niet richt op symptoombestrijding, maar op de basis, namelijk het functioneren van het gezin. Werd in het verleden vooral een gezinsstructuur als een risico beschouwd, tegenwoordig gaat meer aandacht naar de gezinscultuur. Vooral de kwaliteit

van de relaties tussen de ouders en kinderen, de algemene sfeer in huis en de mate van onderlinge betrokkenheid zijn hierin belangrijke factoren.

Een veelbelovende aanpak is een integrale gezinsaanpak. De werkwijze is intensief en integraal, de hulpverleners gaan met *alle* problemen van het gezin aan het werk. Het vermindert de draaglast en tegelijkertijd vergroot het de draagkracht van het gezin. Dat een dergelijk programma is gericht op in principe alle gezinsleden is vernieuwend ten opzichte van andere aanpakken op dit terrein, die veelal gericht zijn op of het probleemkind of de opvoeder (Goderie & Steketee, 2003). De hulp aan de multiprobleemgezinnen bestaat uit het doorbreken van de chaotische gezinssituatie, het verbeteren van de gezinstaken, het verbeteren van de kansen op de arbeidsmarkt en natuurlijk het verminderen van het probleemgedrag van de jeugdigen.

Wanneer overeenstemming bestaat over de probleemanalyse van multiprobleemgezinnen kan op basis daarvan nader onderscheid worden aangebracht naar typologie. Van hieruit ontstaat de keuze voor verschillende methodieken. Een manier om een grofmazige indeling in typen te krijgen is door allereerst te kijken naar dominantie wat betreft domein dat het meest op de voorgrond staat. Als hulpmiddel daarbij kan het onderstaande schema<sup>6</sup> dienen dat in het Uitvoeringsprogramma Jeugdzorg 2007 is gepresenteerd. Dit schema helpt om te bepalen of het gezin al dan niet binnen een gedwongen kader moet plaats vinden of dat de hulp meer binnen het agogisch kader zal moeten plaatsvinden. Of is er sprake van een meer gespecialiseerde hulp waarvoor diagnostiek moet plaatsvinden, zoals bij psychiatrische problematiek, waarbij verwezen wordt naar de Geestelijke gezondheidszorg.

<sup>6</sup> Opgesteld door Gerard van Reekum en Karien van Lohuizen, als extern adviseurs betrokken bij de totstandkoming van het Uitvoeringsprogramma jeugdzorg 2007.



Schema: grofmazige indeling MPG naar typen aanpak: agogisch, privé, medisch, handhaving



Bron: opgesteld door Gerard van Reekum en Karien van Lohuizen, als extern adviseurs betrokken bij de totstandkoming van het Uitvoeringsprogramma jeugdzorg 2007

Al naar gelang de dominantie van de problematiek in één of meerdere van de domeinen dienen ketenpartners zich te groeperen in de zorg rondom een gezin. Vaak zijn de domeinen tegenovergesteld, bijvoorbeeld handhaving versus agogisch, wat tot spanning kan leiden. In de samenwerking kunnen in de tijd wisselende allianties nodig zijn, afhankelijk van de ontwikkelingen in een gezin. Naarmate de problematiek van een gezin zich ontwikkelt en verandert, wordt zorg geboden. Vóór de keuze voor een bepaalde methodische aanpak dient echter eerst overeenstemming bereikt te worden over het type multiprobleemgezin waar men de zorg op richt. Helderheid over typologieën maakt verder onderscheid mogelijk naar te betrekken ketenpartners, vormen van regie en methodische aanpak.

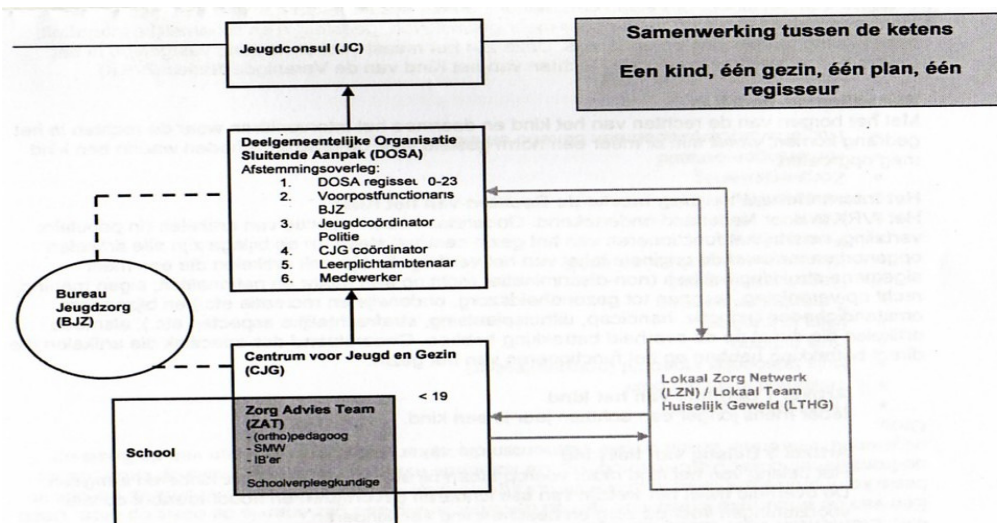
### 3.6.1. Regie in de jeugdzorg: De STAAL-afspraken

Uit verschillende beleidsnotities en onderzoeken blijkt dat regie nodig is wat betreft de ketenbenadering in de jeugdzorg, zeker als het gaat om MPG's (Voortgangsrapportage jeugdzorg 2003-2006; Staatssecretaris VWS, 11 november 2002). De problemen van gezinnen en jongeren zijn zo complex en hebben zoveel raakvlakken dat voorzieningen met elkaar moeten samenwerken om de problemen aan te kunnen pakken. Voorzieningen en instellingen moeten daarom deel uit maken van een of meerdere ketens van hulp en zorg. De huidige (schakels in de) ketens in het jeugdbeleid werken echter niet goed genoeg en daarom lukt het niet om de gezamenlijke ambities van de overheid en het maatschappelijk veld voor de jeugd voldoende waar te maken (Delicat & Pijpenburg, 2002).

In Rotterdam zijn er ten aanzien van de samenwerking tussen de betrokken instellingen de zogeheten STAAL-afspraken gemaakt. Er is een procedure vastgesteld voor professionals die met kinderen of jongeren te maken hebben en van mening zijn dat het niet goed gaat en/of van mening zijn dat er geen vaart zit in de aanpak. Deze procedure noemt men het opschalingsmodel. Opschalen begint bij de direct betrokken professionals met het onderkennen dat er met een kind iets aan de hand is dat zij met anderen moeten delen, ook als er geen harde bewijzen zijn. Het gaat om een 'niet pluis'-gevoel. Binnen de betrokken organisaties zal moeten worden geborgd dat medewerkers terecht kunnen bij iemand die samen met hen die afweging kan maken. Daarbij moet 'het zekere voor het onzekere nemen' voorop staan. Wordt het besluit genomen om 'aan de bel te trekken' dan moet de zekerheid worden geboden dat er dan ook snel iets gebeurt. De Jeugdconsul heeft daarin doorzettingsmacht en kan zo nodig een doorbraak forceren.

Het opschalingsmodel is per 1 januari 2007 ingevoerd en in de loop van 2007 en begin 2008 verder aangescherpt en geïmplementeerd. Dit zorgt ervoor dat, waar dit nodig is, binnen twee werkdagen, en zo nodig eerder, een kind de hulp kan krijgen die het nodig heeft. Hieronder staat een schematische weergave aan van dit opschalingsmodel.

#### Opschalingsmodel volgens STAAL-afspraken



## 4. Bevindingen uit de interviews

### 4.1. Definitie van een multiprobleemgezin

Als een gezin meerdere problemen heeft, op verschillende leefdoeinen die ook verschillende instellingen betreffen, is er volgens de meeste respondenten (N=17) sprake van een multiprobleemgezin (MPG). Dit is het eerste criterium voor de definitie van MPG die wij hanteren, zoals beschreven staat op pagina 3 van dit rapport.

Wat de gezinnen met elkaar gemeen hebben is dat er altijd wel problemen zijn rondom het leefgebied gezin (zie het overzicht in bijlage 2), namelijk in de opvoeding (waardoor veel (soms onterechte) uithuisplaatsingen; dit werd elf keer genoemd), rondom het leefgebied wonen, zoals krappe en vuile behuizing, maar ook wonen in een achterstandswijk (dit werd zeven keer genoemd), en problemen rondom het leefgebied inkomen, vooral schulden (tien keer genoemd). Vaak gaat het bij MPG's in de basis mis. Er ontbreekt dagstructuur en routine in de huishouding. Bovendien zijn gezinnen - door de bureaucratische samenleving - niet in staat de administratie op orde te houden. Naast de problemen rondom financiën, huisvesting en opvoeding noemden de respondenten ook vaak verslaving, psychische/psychiatrische problemen, zwakbegaafdheid, huiselijk geweld en geen of een lage opleiding. Deze werden soms als mede probleem genoemd, en vaak (ook) als oorzaak voor de problemen rondom wonen, financiën en opvoeding.

Een deel van de respondenten spreekt over multiprobleemgezinnen, ook als er niet wordt voldaan aan de andere criteria, zoals genoemd op pagina 3 van dit rapport. De meeste criteria van MPG's worden wel herkend, maar er hoeft vervolgens de respondenten niet per se sprake van te zijn, zoals het chronische karakter van de specifieke MPG-problematiek. Dat is bij sommige probleemgezinnen het geval, maar ook bij gezinnen waar sprake is van meerdere problemen hoeft er niet per se sprake te zijn van de chroniciteit van een MPG. De afzonderlijke problemen zijn wel vaak intergenerationeel, zoals verslaving, prostitutie en criminaliteit (*'De hulp moet zich niet [alleen] richten op het feit dat het nu moet stoppen, maar ook over generaties heen'*). Dat de gezinsleden sterk en negatief aan elkaar verbonden zijn, wordt ook niet door iedereen herkend. Ten slotte kan de band tussen de gezinsleden helpen (als ouders van hun kinderen houden, trots zijn), maar ze kunnen elkaar ook negatief beïnvloeden.

Dat de draagkracht van het gezin niet in balans zou zijn met de draaglast herkennen niet alle respondenten, omdat iedereen met zo veel problemen moeite zou hebben de problemen te dragen. Daarbij functioneert de hulpverlening bijna altijd onvoldoende, wat enerzijds komt door de versnippering van de zorg en wachtlijsten en anderzijds doordat gezinnen zelf a) niet kunnen (bijvoorbeeld in geval van zwakbegaafdheid), of b) niet willen (bijvoorbeeld zorgmijders vanwege zorgmoeheid)<sup>7</sup>. De moeizame relatie met hulpverleners wordt door hulpverleners niet eenzijdig bij de gezinnen neer gelegd. Inderdaad zijn er gezinnen die niet openstaan voor de hulpverlening, maar dat heeft vaak een geschiedenis, waarin de hulp ook niet aansloot bij de problemen en leefwereld van de gezinnen. Deze gezinnen passen niet in de bestaande hulpverleningsstructuur zoals die

<sup>7</sup> Het onderscheid niet willen vs. niet kunnen is dynamisch. Iemand die een standaard spoor volgt en daar altijd naar handelt om te overleven zal voor de buitenwereld onwillig lijken, maar wellicht weet iemand niet hoe hij/zij het anders kan aanpakken.

door de Westerse samenleving is gedefinieerd en ze lopen vaak vast in de bureaucratie. Wel is er volgens hulpverleners ook een groep die moe zijn van alle hulp: *‘Moe zijn van het bemoeien met hun, dat iedereen een mening over hen heeft. Of het wel of niet terecht is maakt niet uit, het is heel vervelend.’*

#### **4.2. *Typering of clustering van problemen***

In overeenstemming met de literatuurstudie maken de meeste Rotterdamse hulpverleners geen gebruik van de typering van problemen, zij zien hier geen heil in. Als een dergelijke typering of categorisering al zou bestaan, dan zou men geen aparte trajecten voor inzetten. Dat zien we bijvoorbeeld bij de Kredietbank: hier maakt men in de registratie onderscheid tussen VIG-IBAG gezinnen en anderen<sup>8</sup>, maar in de hulpverlening krijgen alle cliënten dezelfde behandeling. De typering is wat men complexe problematiek noemt, maar men maakt - in tegenstelling tot de literatuur - geen onderscheid met MPG's. Op de as enkelvoudige, meervoudige en multiproblematiek, geeft iedereen aan dat de typering is 'meervoudig problemen', maar men maakt geen onderscheid tussen de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> vorm (zie ook de probleemtrecther in dit rapport).

Ook de vraag naar clustering van problemen levert geen consistent beeld op. De problemen worden vaak benoemd vanuit het eigen specifieke terrein waarin men werkzaam is. Het Bureau Jeugdzorg kijkt naar de ontwikkeling van de kinderen en de mate waarin zij daarin bedreigd worden. MEE kijkt vooral naar de mogelijkheden van de gezinsleden, gezien de LVG-problematiek. Vanuit Reclassering Nederland worden relatieproblemen genoemd als kenmerkend voor multiprobleemgezinnen.

#### **4.3. *Oorzaak van de problematiek***

Het gaat om een breed spectrum aan factoren. Alle respondenten herkennen de risicofactoren uit het overzicht. De meest genoemde risicofactoren zijn: jong en veel kinderen, taalbarrière, lage/geen opleiding, geen werk, geen dagroutine, geen sociaal netwerk. Een nieuwe risicofactor die bureau Frontlijn (praktijkbegeleiding), Stichting Arosa (vrouwenopvang), Vestia (woningbouwvereniging) en Leger des Heils noemden is 'een traumatisch verleden'. De risicofactoren die ook genoemd werden als kenmerk van een MPG staan benoemd in paragraaf 4.1.

Het is voor de respondenten moeilijk om te zeggen dat iets een oorzaak of een risicofactor is. Het komt veel voor dat oorzaak en gevolg door elkaar worden gehaald, net zoals dit in de literatuur niet duidelijk is (zie paragraaf 2.3). Er spelen veel zaken en die zijn allemaal in onderlinge samenhang. De respondent van het Leger des Heils verwoordt dit als volgt: *‘Lastig om een oorzaak te benoemen. Als er sprake is van een stoornis of een duidelijk aanwijsbaar probleem dan ligt daar ook de oorzaak, maar echte oorzaken kan je niet zomaar aanwijzen. Een traumatisch verleden kan een reden zijn, vooral oorlogsverleden, maar die mensen kan je gemakkelijker op de rails te zetten. Bijvoorbeeld bij vrouwen uit een opvanghuis is duidelijk de oorzaak het geweld. Als het geweld weg is en de vrouwen opnieuw elders kunnen beginnen, dan blijken ze wel het zelf weer op te*

<sup>8</sup> Vroegtijdige Intensieve Gezinnen (VIG) en Intensieve Begeleiding Antilliaanse Gezinnen (IBAG)

*kunnen pakken. Dan zijn er externe oorzaken voor de problemen en blijkt er wel sprake te zijn van een stabiele vrouw. Maar bij multiprobleemgezinnen zijn er vaak meerdere oorzaken zoals eigen jeugdervaringen of een sociaal netwerk dat op dezelfde wijze functioneert.'*

Het blijkt moeilijk om beschermende factoren te noemen. Vaak ziet men de interventies zelf als beschermend. Een nuancering van de beschermende factor 'betaald werk' uit het overzicht is dat dit alleen een beschermende factor is als de opvoeding en gezinsstructuur er niet onder leidt. Wanneer een gezin bestaat uit een vader, moeder en 6 kinderen, dan is het denkbaar dat het beter is voor de opvoeding van de kinderen dat de moeder niet werkt.

#### **4.4. *Ernst van de problematiek***

Kenmerkend voor de ernst van de problematiek is dat er meerdere problemen spelen op verschillende terreinen, waardoor er een domino-effect optreedt: valt er één steen om, dan vallen ze allemaal om. Met andere woorden: als er een probleem niet meer te hanteren is, dan heeft het gezin ook niet meer voldoende draagkracht om de andere problemen ook aan te kunnen. Ook kenmerkend voor de ernst van de problemen is wanneer de hulpverlening niet goed functioneert: *'de hulpverlening internaliseert niet in het gezin'*. Anderzijds kan het zo zijn dat hulpverleners zich juist te veel inleven in de problemen en zij zelf een rol gaan spelen in het gezin: *'hulpverleners gaan in overdracht'*. Dit komt vaker voor bij manipulerende ouders met persoonlijkheidsstoornissen.

##### ***Bureaucratie***

Een knelpunt dat door bijna alle respondenten genoemd wordt is de bureaucratie van de instellingen: *'We leven in een bureaucratische ingewikkelde samenleving, ze hebben soms 15 keer per jaar contact met de belastingdienst'*, aldus de medewerker van Bureau Frontlijn. Dit verergert de problemen die er spelen. Aangezien het om gezinnen gaat die meerdere problemen hebben moeten ze ook bij meerdere instellingen terecht. Met name voor het organiseren van de financiën, maar ook bij het regelen van thuishulp, moeten allerlei formulieren ingevuld worden. Men heeft te maken met wachtlijsten en cliënten moeten een duidelijke gearticuleerde hulpvraag hebben. Bijna alle geïnterviewde hulpverleners geven aan dat het voor hen zelf al moeilijk is om door de regels van alle verschillende instellingen nog het bos te zien, laat staan voor dit soort gezinnen. Daarbij beheersen zij vaak de Nederlandse taal niet goed of zij zijn niet goed in schriftelijke richtlijnen en formulieren. *'De instellingen hebben elk hun eigen regels en hun eigen processen en probleem is dat de cliënten daarin in moeten passen.'*

#### **4.5. *Case finding of signalering***

*'We bellen aan, we komen binnen, en we gaan een gesprek aan, heel breed: hoe gaat het, wat speelt er? Je benoemt wat je ziet: geen bedden, geen vloerbedekking, geen eten, geen geld.'* (medewerker Bureau Frontlijn).

Onderwijs is een (potentiële) bron voor het signaleren van MPG's, aldus MEE, Bureau Frontlijn, Bouman GGZ, Leger des Heils, DOSA, Stichting Welzijn Feyenoord, Stichting

Arosa en de klantmanager van SoZaWe. Echter, voor onderwijsinstellingen zelf is het moeilijk uit te maken of er daadwerkelijk sprake is van een MPG. Daarnaast noemen de respondenten het totale zorgnetwerk als belangrijke bron voor signalering: wanneer er meerdere signalen komen van meerdere zorginstellingen uit het LZN is er sprake van een MPG (BAVO, DOSA, Stichting Welzijn Feyenoord, Bureau Frontlijn). Huisartsen worden opvallend weinig genoemd. Ook zijn woningbouwvereniging potentiële melders volgens BAVO en de klantmanager van SoZaWe. Uit het rondetafelgesprek kwam nog dat meteropnemers potentiële melders zijn. De manier waarop gezinnen in beeld komen is niet afhankelijk van het type clustering of leefgebied waar de problemen bestaan. Signalen die respondenten noemen zijn: medische problemen bij kinderen (een respondent noemde dat 50% van de kinderen astma heeft door vuile behuizing), ontbreken van meubels (Bureau Frontlijn), geen eten, vuil (zes respondenten), slordig / vies gekleed gaan.

De zorgmijders zijn over het algemeen de gezinnen die niet in beeld zijn van de hulpverlening. Hoeveel dat er op dit moment zijn in Rotterdam is niet bekend. Hoeveel MPG's er in totaal zijn in de wijk Feyenoord is ook niet te benoemen, laat staat in de gemeente Rotterdam. De enkele respondenten die een uitspraak deden over het aantal MPG's bij hun organisatie schatten dit op ongeveer driekwart van de cliënten (BAVO, DOSA, Stichting Arosa).

#### *4.6. De relatie tussen de aard van de problematiek en het hulpverleningstraject*

Als er sprake is van meervoudige problematiek wordt bijna standaard het LZN ingeschakeld en stelt men vaak een casemanager of gezinscoach aan voor het gezin. Volgens de literatuur is inspelen op de gezinsstructuur een zinvolle aanpak voor MPG's. Hoe het hulpverleningstraject eruit ziet is afhankelijk van het gezin en de problematiek die er is. *'Er is geen standaard pakket wat we de ouders en de jongere aanbieden. We gaan met de ouders om tafel zitten en geven aan wat wij als mogelijke oorzaken zien. Het is heel afhankelijk van de persoon die daar binnenkomt. Je moet bij een MPG het gehele systeem aanpakken anders lossen de problemen niet op.'*, aldus MEE.

Daarbij bepaalt de aard van de problematiek mede het traject waarvoor MPG's aangemeld worden, namelijk bij duidelijk onderscheidende problemen zoals LVG-problematiek, psychiatrische problematiek, verslavingsproblemen of huiselijk geweld. Vanuit de MEE constateert men dat er binnen de gewone hulpverlening niet altijd de kennis en deskundigheid aanwezig is om met LVG-problematiek om te gaan. Benadrukt wordt dat als er sprake is van LVG-problematiek bij ouders en kinderen, er vaak te hoge eisen gesteld worden aan hen. Hulp is vooral gericht op inzichtgevende pedagogische interventies en op verandering van de situatie terwijl er veel meer simpele ondersteuning nodig is en gedurende langere tijd. *'De zwakbegaafdheid van het MPG wordt niet altijd herkend en onderkend door de BJZ. Je ziet dat jeugdzorg dan al twee jaar bezig is met het gezin, maar dat ze er niet verder mee komen, omdat ze vooral inzichtgevend bezig zijn en dat lukt niet bij deze groep. Daar is het IQ te laag voor. Opvoedingsvraagstukken zijn alleen even op te lossen, maar zullen telkens terugkomen omdat het niet beklijfd bij hen. We zijn specialisten in het aanbieden van gewone zorg op een simpele manier, waarin we de taal hebben aangepast en weten dat we telkens de informatie moeten herhalen. We zijn meer gericht op insluiten van deze mensen dan op inzicht.'*

#### 4.7. *Hulpverleningstrajecten algemeen*

Als er sprake is van multiprobleemgezinnen wordt er een intensief hulptraject ingezet, waarbij meestal het LZN betrokken is en men verwijst naar de intensievere pedagogische ondersteuning, zoals een gezinscoach. Je zou kunnen spreken van een ‘pavlov-reactie’: bij signalering van een MPG worden deze netwerken en methoden ingezet. Daarnaast bestaan nog de trajecten van gespecialiseerde hulp op elementen van de multiproblematiek, zoals beschreven in de paragraaf over de relatie tussen de aard van de problematiek en het hulpverleningsproces. Een lastig punt is dat niemand alle trajecten bewaakt en het vaak onduidelijk is welke soorten hulp al voor handen zijn (zie het voorbeeld van ‘Piet’ in de paragraaf over samenwerking). Daarbij komt het vaak voor dat hulpverleners zorg of begeleiding bieden die eigenlijk niet tot hun takenpakket behoort: *‘We [stichting Arosa] doen veel aan kinderplicht en opvoedondersteuning wat eigenlijk bij JZ hoort. Ook bij plaatsingen door JZ doen wij veel richting de Raad of kinderrechter.’ ‘Officieel mogen we [Leger des Heils] niet mee naar bezoeken naar instellingen, maar als cliënten problemen hebben met communicatie, opvliegend zijn of niet goed het Nederlands beheersen dan ga ik gewoon mee.’*

##### **Knelpunten**

Het voornaamste probleem is de wachtlijsten, het duurt een half tot driekwart jaar voordat er vervolgzorg geregeld is. *‘Dit betekent dat kinderen soms uithuisgeplaatst worden terwijl ze met ambulante hulp geholpen zouden kunnen worden. Maar een woonplek organiseren is ook een probleem. Soms is er een wachtlijst van een half tot anderhalf jaar. Ik heb nu een meisje al 5 jaar op de wachtlijst staan. De LVG-jongeren zijn echt een probleem, vooral de pubers. Binnen de behandelsetting kunnen ze ook niet naar vervolghulp doorverwijzen waardoor het gehele systeem verstopt zit. Het is een bizarre situatie!’*, aldus MEE.

Een tweede groot probleem is dat de hulp heel versnipperd is. Het Leger des Heils omschrijft dit als volgt: *‘Humanitas biedt alleen schuldverlening, de jeugdzorg helpen alleen gezinnen als het gaat om de problematiek die te maken hebben met kinderen. Je hebt te maken met verschillende wetten, zoals de wet op jeugdzorg, WMO, AWBZ. De een kan dit niet doen en de andere dat niet. Voordat je hulp kan verlenen ben je soms weken bezig. Regelgeving is ook per gemeente verschillend. Als cliënten verhuizen dan krijgen ze weer met andere regels te maken. Dat krijg je haast niet uitgelegd.’*

Een thema dat terug komt is dat er soms te zware hulp ingezet wordt voor deze gezinnen terwijl het eigenlijk gaat om hele praktische lichte ondersteuning (6 respondenten noemen dat dit van belang is voor de hulp aan MPG). Maar juist de praktische hulp is veel lastiger te organiseren volgens de respondenten. *‘MPG’s zijn vaak gezinnen zonder een sociaal netwerk en hebben juist steun nodig bij de zeer praktische zaken zoals reageren op brieven, op tijd eten met de kinderen.’*, aldus het leger des Heils.

### ***Wat is nodig?***

Het is een specifieke groep die een speciale aanpak vergt. Voorbeelden die genoemd worden is bijvoorbeeld zelf terugbellen, omdat de kosten voor het telefoongesprek al te veel kunnen zijn. Daarnaast moet je als hulpverlener rekening houden dat ze nooit op tijd komen, als ze al komen. Gewenste aanpak is dus bij dit soort gezinnen vooral outreachend werken, dan krijg je gelijk ook zicht op hoe de thuissituatie daadwerkelijk is. Daarnaast weet je dat als je een alleenstaande moeder met vier kinderen om 9.00 uur op het bureau uitnodigt, dat dit nooit gaat lukken. Het is belangrijk om te luisteren naar wat de cliënt belangrijk vindt, zo zegt het Leger des Heils: *'Soms is iets volgens ons een probleem wat voor haar niet zo is. Een voorbeeld is een multiprobleemgezin dat woont in een achterstandswijk, kinderen gaan naar school in goede buurt, ze wordt daar als niet aangepast beoordeeld, terwijl zij op een andere school in haar eigen buurt niet zo beoordeeld zou worden. Nu krijgen we telkens meldingen. De vraag is: wat is goed genoeg? Als er sprake is van een liefdevolle omgeving, geen criminaliteit, maar wel af en toe een dronken moeder hebben. Wat is dan juist? Het is heel subjectief. Er is een groot grijs gebied, dat maakt begeleiding moeilijk. Wanneer het gaat om multiprobleemgezinnen zal er altijd wel wat op aan te merken zijn, maar omdat ze het etiket hebben blijft de focus daarop gericht.'*

Wat MPG's nodig hebben is zeer praktische hulp, minimaal vier keer in de week, zoals meegaan naar een instantie of geld hebben voor een tramkaartje, ondersteunen bij het dagelijks leven, ze helpen problemen op te lossen zoals opvoedingsvaardigheden, schulden en ook dagelijkse structuur bieden. Juist dit soort hulp is heel zinvol bij apathische en zorgmijdende gezinnen, ze krijgen weer vertrouwen in de hulpverlening. Iemand die mensen bij de hand neemt en meegaat naar de instellingen om de bureaucratie te helpen doorgronden. *'Het is eigenlijk niet onze taak om een instelling te bellen voor een afspraak, maar het is voor ons al lastig om de juiste hulpverlener te pakken te krijgen, laat staan voor iemand zonder beltegoed met een hoofd vol problemen.'* Maar juist dit soort hulp, maatjesprojecten en specialistische thuiszorg, is heel schaars en er zijn wachtlijsten.

## **4.8. Samenwerking**

Alle hulpverleners zijn van mening dat zorgcoördinatie, 'een gezin - een plan', voor deze gezinnen zeer belangrijk is, maar dat is niet altijd realiseerbaar. Hulpverleners zijn soms niet op de hoogte wie in het gezin actief zijn. *'Een belangrijke kenmerk voor onze doelgroep MPG is dat ze niet vertellen wat voor hulpverleners er al bij het gezin betrokken zijn. Het komt niet in hen op om het te melden. Dan ben je in het gezin en dan hebben ze het over Piet die gisteren is geweest. Piet blijkt dan een gezinscoach te zijn, die ook in het gezin bezig is.'*

### ***Knelpunten***

Een belangrijk knelpunt zijn de wachtlijsten en de intakeprocedure bij de opnemen-de instellingen. *'Dat vergt tijd terwijl je eigenlijk gisteren met de zorg had moeten beginnen. Als Mbo komen we vaak tegen dat voor de RIAGG een verwijzing nodig is, terwijl de psychische nood hoog is. Je zou veel opener moeten kunnen werken. Afspreken dat iemand ermee aan de slag gaat als de school zegt nu moet er iets gebeuren. Later*



*terugkoppeling of dat inderdaad zo nodig was dan kan je ervan leren.'* De hulpverleners zijn het met elkaar eens dat het mooi zou zijn als hulpverleningstrajecten eerder van start kunnen. Het effect is veel groter als men gelijk met de juiste hulp kan beginnen.

Daarnaast zijn er zeer veel instellingen betrokken bij de MPG's. Omdat bijvoorbeeld scholen ontzettend groot zijn heeft iedere vestiging een eigen klein Zorg Advies Team (ZAT), waar ze hun eigen jongeren bespreken met mentoren, schoolmaatschappelijk werk en soms de wijkagent. Voor de gehele opleiding hebben ze grote ZAT's met daarin de leerplicht en de verslaving; daar worden de zwaardere gevallen besproken. De zorgcoördinatie bepaalt de opschaling naar zorgzwaarte. De coördinatie en samenwerking lopen goed. ROC's en zorgaanbieders (GGD, BJZ, RIAGG) zitten ook nog in een zorgplatform. Dit wordt gecoördineerd door de 2 directeuren van de ROC's. Zij proberen iedereen die een bijdrage kan leveren te betrekken. *'In Rotterdam zijn we er wel van doordrongen dat we goed moeten samenwerken.'*

Uit de interviews blijkt dat de instellingen voor een specifieke groep hun eigen lijnen hebben om de hulp te realiseren. Het MEE geeft aan haar eigen netwerk te hebben waarnaar ze verwijzen, zoals de Pameijer stichting, ASGZ, Humanitas en Philadelfia. De aanpak voortijdig schoolverlaters heeft juist weer problemen met schuldhulpverlening, omdat jongeren geen inkomen hebben en ze daarom niet voor in aanmerking komen. *'Met de woningcorporaties zijn er eigen zelfstandige samenwerkingsafspraken, er zijn vaak aparte trajecten gerealiseerd voor deze jongeren zoals woonfoyers. Beter iemand op tijd binnenboord houden dan ze later weer terug leiden naar een gewoon leven en voorkomen dat ze verder afglijden en zodra de jongere een diploma haalt dan moeten ze wel het foyer uit, maar dan kunnen ze via de woningbouwvereniging andere huisvesting krijgen.'*

### **Gebrek aan voorzieningen**

Voor specifieke doelgroepen zoals de 18-jarigen geldt: *'Grootste knelpunt blijft de leeftijdsgrens van 18 jaar. Dan houdt de jeugdzorg op, maar niet de problemen, de daarbij behorende financiering is het grootste knelpunt. Ze zijn niet altijd bekend bij jeugdzorg. Probleem is dat als ze 16 jaar zijn de instellingen denken, die hoef je niet aan te melden, dan zijn ze 18 jaar voordat er wat gebeurt. Vaak zijn ze niet bekend bij de jeugdzorg.'*

Een ander probleem ontstaat wanneer de huur een lange tijd niet betaald is en het gezin uit huis gezet wordt. Opvang voor zulke gezinnen bestaat niet. We kennen daklozenopvang en vrouwenopvang, maar die zijn niet geschikt voor kinderen, dus die gaan dan naar een pleeggezin of tehuis. Als ouders wel in staat zijn om binnen de opvang veiligheid te bieden, is het wenselijk om het gezin bij elkaar te houden. Er zouden gezinsopvanghuizen moeten komen.

Ten slotte benadrukten de respondenten dat men meer moet inzetten op empowerment en emancipatie: *'Het belangrijkste is de capaciteit ontwikkelen zodat ze het later zelf kunnen, sommigen zullen dat nooit kunnen. Dan is het taaie problematiek, zij hebben langdurige hulp nodig. Het is geen grote groep, maar die is wel zwaarder'*. Dit kan door het inzetten van Eigen Kracht Conferenties die wellicht ook uitkomst kunnen bieden in het omgaan met de bureaucratie van de Nederlandse samenleving.

#### 4.9. Conclusie

We kunnen concluderen dat de werkers in het veld geen eenduidige definitie van multiprobleemgezinnen hanteren, noch dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen enkelvoudige, complexe of meervoudige problematiek. De definitie multiprobleemgezin wordt in de praktijk letterlijk gebruikt als er sprake is van meerdere problemen bij ouders en kind. Uitgaande van de probleemgebieden zoals gedefinieerd door de gemeente Rotterdam (*'Voor elk kind een gezond gezin', concept uitvoeringsplan, bestuursopdracht Sociale Dienst*) zijn de meest genoemde probleemgebieden (en oorzaken) waarmee deze gezinnen te maken hebben volgens de hulpverleners:

- I. Basis en dagelijkse structuur
- II. Werk en Inkomen (armoede, schulden)
- III. Kinderen (opvoedproblemen) / Onderwijs
- IV. Woning (krappe, vuile behuizing, achterstandswijken)
- V. Sociaalpsychologische vraagstukken (psychiatrie, LVG-problematiek) / verslaving / huiselijk geweld
- VI. Criminaliteit en geweld (Let op: uit de resultaten van deze studie blijkt dat het hierbij vooral gaat om overlast bij buurtbewoners)

De meeste hulpverleners maken geen gebruik van typering van problemen, zij zien hier geen heil in. Ook een profilering van bepaalde soorten gezinnen wordt niet door de hulpverlening gehanteerd. In de praktijk is alleen sprake van een probleemanalyse: dat wil zeggen een definiëring van de problematiek om een interventieplan te ontwikkelen.

Een deel van de multiprobleemgezinnen komen volgens de respondenten in het vizier door melding vanuit het onderwijs, behalve wanneer het om een specifiek probleem gaat, zoals psychiatrische problemen, huiselijk geweld, tienermoeders of verslaving. Als er sprake is van meerdere problemen (een multiprobleemgezin), krijgt het gezin een casemanager of gezinscoach toegewezen die het hulpverleningsproces moet begeleiden of wordt het LZN ingeschakeld. Veelal is het soort problemen dat het meeste op de voorgrond treedt, bepalend voor de ingang van de hulpverlening. Zo gaat LVG-problematiek naar de MEE, verslavings- en psychiatrische problematiek naar het zorgnetwerk LZN, criminaliteitsproblematiek van jongeren naar de DOSA en problematiek rondom kinderen zelf naar Bureau Jeugdzorg.

Alle instellingen gaan er vanuit dat bij multiprobleemgezinnen intensievere ondersteuning nodig is om de complexe problemen op te lossen. Anderzijds wordt er ook benadrukt dat als het gaat om multiprobleemgezinnen, het vaak belangrijk is om eerst de praktische zaken te regelen voordat men kan overgaan tot een systeeminterventie. Vaak is er sprake van een domino-effect waar de complexiteit vooral bestaat uit de hoeveelheid problemen. Op zichzelf kunnen die wel enkelvoudig en tijdelijk zijn, maar bij elkaar opgeteld kunnen ze ervoor zorgen dat het evenwicht weg is en de ouders het hoofd niet meer boven water kunnen houden. Dan is er lichte praktische hulp nodig bij de dagelijkse zaken, zoals de post lezen, reageren op brieven, op tijd eten, schoonmaken en dergelijke. Een belangrijk kenmerk van dit soort gezinnen is dat het nodig is om outreachend te werken. Niet alleen sluit dat meer aan bij de leefwijze van de deze gezinnen, maar men

krijgt ook een vollediger beeld van het gezin en de problemen die te maken hebben met huisvesting en de dagelijkse gang van zaken.

Daarnaast benadrukken de hulpverleners dat elk gezin weer uniek is en een andere aanpak vergt. Belangrijk is vooral dat de verschillende instellingen samenwerken als het gaat om de aanpak van dit soort gezinnen.

Een knelpunt waar deze gezinnen mee te maken is de bureaucratie van de hulpverlening. Omdat de problemen veelal op meerdere terreinen afspelen en ze meerdere probleemgebieden omvatten, is het organiseren van de hulp een bijzondere lastige klus. Instellingen hebben elk hun eigen procedures en regels, waar een gewoon persoon zonder problemen al snel in verdwaalt, laat staan als je allerlei problemen hebt.

Ook functioneert de hulpverlening niet altijd voldoende. Dit komt enerzijds komt door de versnippering van de zorg en wachtlijsten en anderzijds doordat gezinnen zelf a) niet kunnen (bijvoorbeeld in het geval van zwakbegaafdheid) of b) niet willen (bijvoorbeeld zorgmijders vanwege zorgmoeheid)<sup>9</sup>. De moeizame relatie met hulpverleners wordt door hulpverleners niet eenzijdig bij de gezinnen neer gelegd.

Daarnaast is er sprake van een capaciteitsprobleem als het gaat om de lichte ondersteunende hulp die dit soort gezinnen nodig hebben. Deze gezinnen komen eerder in aanraking met de zwaardere vormen van hulp (en als ultieme vorm de uithuisplaatsing van kinderen) terwijl er slechts lichte opvoedingsondersteuning nodig is. Dit is dan vaak hulp in de vorm van praktische ondersteuning, zoals het invullen van formulieren voor school, huursubsidie en dergelijke. Daarnaast is er sprake van wachttijden met name in de jeugdzorg, waardoor gezinnen niet gelijk terecht kunnen op het moment dat de hulp het hardst nodig is.

Een ander knelpunt in de aanpak van multiprobleemgezinnen is dat de hulpverleners moeten werken binnen de voorschriften van de instelling waar ze werkzaam zijn. De meeste werkers geven aan dat als het gaat om multiprobleemgezinnen, zij ook taken verrichten die buiten hun eigen werkterrein liggen. Voor het gezin is het nodig om de problematiek op alle leefgebieden op te lossen, ongeacht de institutionele insteek. Als professional moet je meervoudig naar de problemen kijken en handelen, maar men heeft daar niet altijd de mogelijkheden toe.

Voorals het gaat om het organiseren van hulp bij andere instellingen zijn de hulpverleners nog wel eens geneigd om een brugfunctie te vervullen. De hulpverleners hebben hun eigen ingang en informele netwerk binnen de andere organisaties en krijgen daardoor sneller voor elkaar dat de benodigde hulp gevonden en/of geboden wordt.

9 Het onderscheid niet willen vs. niet kunnen is dynamisch. Iemand die een standaard spoor volgt en daar altijd naar handelt om te overleven zal voor de buitenwereld onwillig lijken, maar wellicht weet iemand niet hoe hij/zij het anders kan aanpakken.

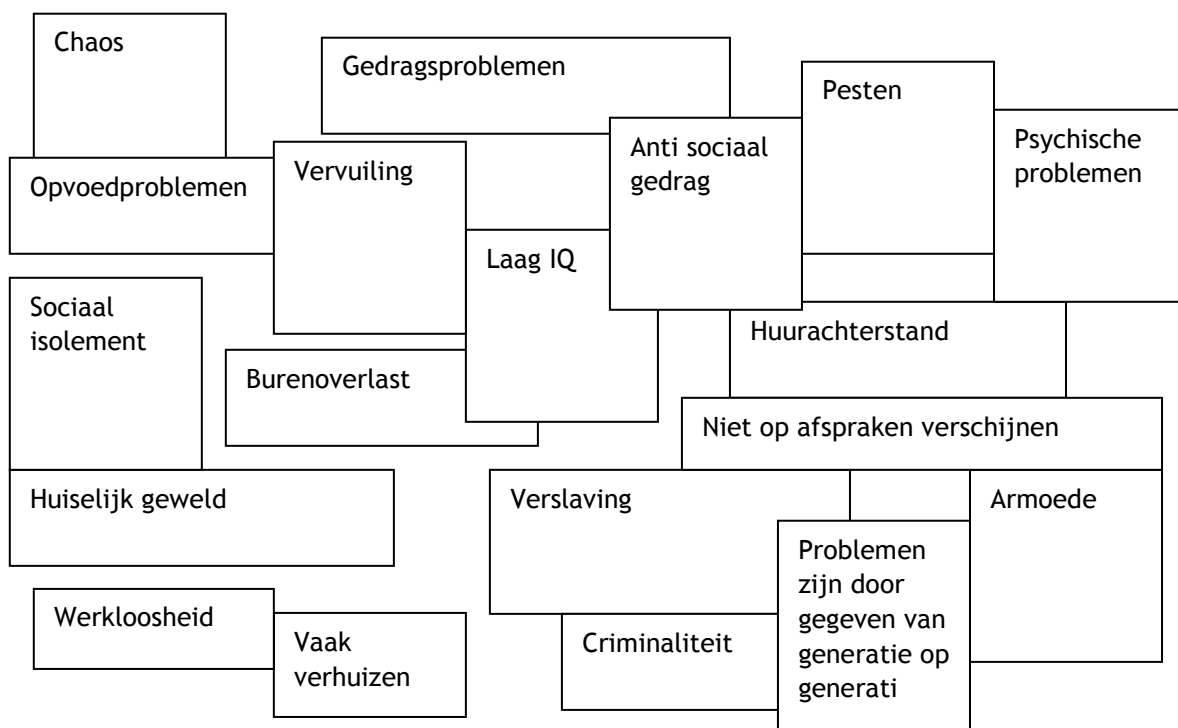


## 5. Typologieën van strategieën in de aanpak van Multiprobleem gezinnen.

### 5.1. Indeling in type gezinnen

De belangrijkste conclusie uit zowel de interviews als de literatuurstudie is dat er geen eenduidige typologie voor de multiprobleemgezinnen te maken is op basis van de problemen die er binnen het gezin spelen. Inhoud en aard van de problematiek is divers (zie figuur 1) en kan vele terreinen betreffen, die onderling wel sterk met elkaar verweven zijn, maar waaruit geen verbanden getrokken kunnen worden (zie ook Peter, 2008). Toch is het wenselijk en zelfs noodzakelijk om de problemen van gezinnen helder te krijgen ten einde de juiste aanpak te realiseren.

#### *Schematische weergave van de inhoud en aard van de problematiek van MPG*



Op basis van de interviews en de literatuurstudie komen we tot de hieronder genoemde indeling van type strategieën hoe te handelen als het gaat om multiprobleemgezinnen. Een typologie is een bedachte vorm, een benadering van de werkelijkheid die echter nooit de dagelijkse praktijk in haar zuivere vorm weergeeft. Kenmerkend voor multiprobleemgezinnen is juist dat zij zeer van elkaar verschillen en ze telkens een nieuwe aanpak vergen. Deze typologie dient ter verduidelijking van de aanpak van de problemen van de

multiprobleemgezinnen. Door gestructureerder te kijken naar de problemen, kan er ook beter gekeken worden naar de juiste hulpverleningsmethode.

Deze voorgestelde typologie betreft niet die gezinnen waarbij sprake is van enkelvoudige problematiek, of waar de gezinnen open staan voor een hulpverleningsaanbod. Het gaat hierbij om multiprobleemgezinnen, waarbij er sprake is van problemen op meerdere levensterreinen. Bij deze gezinnen bestaat het risico van de chroniciteit van de problemen en de weerbaarheid van de problematiek (voor de hulpverlener).

Het gaat om multiprobleemgezinnen die aan de volgende criteria voldoen:

- Tot het gezin behoren één of meer minderjarige kinderen;
- Het gezin kampt met meervoudige, complexe en chronische problemen;
- Er is bezorgdheid over de ontwikkeling en de veiligheid van de kinderen in het gezin;
- Het huidige hulpaanbod is niet adequaat genoeg.

We onderscheiden vijf verschillende strategieën van aanpak:

1. Orde op zaken model
2. Vinger aan de pols model
3. Stut en steun model
4. Direct (gedwongen) hulpaanbod
5. Refresh model.

Deze modellen zijn geen statische modellen, maar kunnen na elkaar ingezet worden. Al naar gelang de situatie van het gezin zou een andere hulpverleningstrategie ingezet kunnen worden.

1) **Orde op zaken stellen model: *Kwetsbare gezinnen met een of meerdere risicofactoren die buitengesloten dreigen te raken***

Het gaat om kwetsbare gezinnen die een of meerdere risicofactoren in zich herbergen en daardoor uitgesloten kunnen raken en in de problemen dreigen te komen. Dit zijn gezinnen die zich met al hun krachten proberen te handhaven in een gecompliceerde, voor hen vrijwel ontoegankelijke, bureaucratische wereld. Veelal betreft dit (allochtone) gezinnen, die de taal niet goed beheersen en niet goed op de hoogte zijn van de voorzieningen en hulpverleningsstructuur in Nederland. Zij hebben niet de capaciteiten om de bureaucratie aan te kunnen.

Het gaat soms ook om gezinnen waarbij de situatie uit de hand is gelopen en er te laat is ingegrepen. Doordat de problemen zich opstapelen is het evenwicht verdwenen en hebben de gezinnen niet meer de draagkracht om zelf de problemen op te lossen. Ouders kunnen hierdoor niet zelfstandig of met behulp van hun sociale omgeving adequaat invulling geven aan hun opvoedingstaken (draagkracht). Signalen van deze gezinnen komen vaak bij meerdere lokale voorzieningen terecht. Deze gezinnen veroorzaken niet zozeer overlast, zij staan wel open voor hulpverlening en met eenvoudige ondersteuning en begeleiding zijn ze in staat om redelijk te blijven functioneren.

Deze gezinnen hebben vooral een aanpak nodig waarbij ze geleerd wordt om toegang te krijgen tot de voorzieningen. Daadwerkelijk hulp bij het invullen van formulieren en meegaan naar instanties om bijvoorbeeld huursubsidie en schuld-hulpverlening te regelen.

Als het gaat om probleemgebieden die vooral gericht zijn op de hieronder genoemde domeinen, dan kan het afgehandeld worden door orde op zaken stellen. Essentieel is dat er met deze gezinnen die vaak weerstanden hebben tegen professionele hulpverlening en soms moeilijk bereikt worden, toch systematisch gewerkt kan worden aan concrete doelen op meerdere terreinen. De mogelijkheid om voorzieningen en instellingen te coördineren moet voorhanden zijn.

- I Maatschappelijk werk
- II Sociaal Team
- III CJG

2) **Vinger aan de pols model: *Gezin heeft geen expliciete hulpvraag en wil daardoor geen actieve bemoeienis van de hulpverlening.***

Als er geen expliciete hulpvraag is kan dit voortkomen uit verschillende motiva-ties. Mensen houden bewust de problemen verborgen voor de buitenwereld of zijn niet van mening dat er sprake is van een dusdanige problematiek dat er hulp voor gezocht moet worden. Veelal ervaren deze gezinnen wel problemen, maar ligt volgens hen de oorzaak buiten het gezin. Zij ervaren zichzelf niet als de eigenaar van het probleem, waardoor ze ook geen bemoeienis willen van hulpverleners. Dit kan voorkomen bij bijvoorbeeld verslavingsproblematiek of huiselijk geweld. Veelal zijn er vanuit de omgeving bij dit soort gezinnen allerlei signalen dat men zich zorgen maakt of er is sprake van overlast.

Geen hulpvraag maar wel zorgen bij de omgeving leidt onvermijdelijk tot een methodische keuze voor ‘bemoeizorg’. De bemoeizorg zal er echter bij ernstige overlast anders uitzien en wellicht ook andere ketenpartners nodig hebben. Als het gaat om gezinnen waar wel signalen zijn dat er sprake is van problemen, maar niet als zodanig door het gezin erkend wordt, dan is het voorstelbaar dat er gekozen wordt voor het ‘vinger aan de pols’ model. Een casemanager komt dan regelmatig langs om te kijken of het ‘latente’ probleem zich inmiddels ontwikkelt tot een reëel probleem waarop hulp aangeboden kan worden.

Aangezien het belang van de kinderen uitgangspunt is, zou iemand regelmatig het gezin moeten bezoeken teneinde de veiligheid voor de ontwikkeling van het kind te waarborgen. Een casemanager zou regelmatig op huisbezoek moeten gaan. Hierbij zijn twee trajecten voor te stellen.

- I *Geen expliciete hulpvraag en wel sprake van problematiek → Bureau jeugdzorg → gezinscoach.*  
Hierbij kan de gezinscoach binnen de bandbreedte meer en minder intensief ingezet worden. Uiteraard met als doel om een crisis te voorkomen. Maar het is mogelijk dat gezinnen juist tijdens de crisis de urgentie voelen om mee te werken aan de onderliggende problemen. Dan kunnen ze doorstromen naar de geïndiceerde hulp (zie model 4).
- II *Geen hulpvraag en wel sprake van overlast, geweld of criminaliteit → DOSA → gezinscoach.*  
Als er sprake is van huiselijk geweld wordt het LTHG ingeschakeld

3) **Stut en steun model: *Gezinnen waarin sprake is van een chronische, hardnekkige en problematische situatie waardoor men moeite heeft met het organiseren van het eigen leven.***

Het gaat om gezinnen die zonder steun niet in staat zijn om een bestaansminimum op te bouwen. Deze gezinnen hebben moeite met het organiseren van het dagelijkse leven. De gezinnen lopen het risico sociaal geïsoleerd te raken wanneer zij in fysiek en sociaal opzicht niet (meer) zelfredzaam zijn, en hierbij niet worden bereikt door dienstverlenende instellingen (zorgmijders) of de zorg mijden (zorgmijders). Tegelijk kunnen mensen nog meer geïsoleerd raken doordat zij door anderen worden buitengesloten. Zij komen terecht in een spiraal van mijden en vermeden worden.

Het gaat om gezinnen met chronische problemen waarvoor langdurige en intensieve ondersteuning en begeleiding van het gezin nodig is. Vooral vanuit de MEE wordt aangegeven dat als het gaat om LGV-problematiek soms te hoog gespannen verwachtingen zijn ten aanzien van de leerbaarheid en de hulpverleningsmogelijkheden van het gezin. Er zijn gezinnen waar de problematiek chronisch zal zijn of er kunnen zich telkens momenten voordoen waarbij er sprake is van terugval, bijvoorbeeld in het geval van verslavingsproblematiek. Ook kunnen er zich nieuwe problemen voordoen, waardoor het bestaande evenwicht tussen draagkracht en draaglast verdwijnt. Belangrijke luxerende momenten zijn de transitie momenten van kinderen, waardoor zij meer steun en begeleiding van hun ouders nodig hebben.

Voor deze aanpak zijn verschillende trajecten denkbaar zoals de ‘gezinscoach’, ‘Eigen Kracht conferenties’ en ‘(langdurige) trajectbegeleiding’.

- I **Gezinscoach:** zorgen dat een gezin dat al enige tijd worstelt met allerlei (opvoedkundige) problemen, na tussenkomst van een gezinscoach weer zoveel mogelijk op eigen kracht verder kan gaan. Ouder(s) kunnen te maken hebben met allerlei soorten problemen, zoals schulden, problemen met de woonsituatie of relatieproblemen. Dit heeft vaak ook gevolgen voor de opvoeding van de kinderen. Een gezinscoach helpt ouders om weer op eigen kracht verder te kunnen gaan; door eerst orde op zaken stellen en vervolgens samen met de ouders te kijken naar oplossingen.
- II. **De Eigen Kracht Conferentie** is ontwikkeld in Nieuw Zeeland en wordt wereldwijd ingezet, zo ook bij multiprobleemgezinnen. Deze gezinnen kunnen nauwelijks het hoofd boven water houden. Juist vanwege het ontbreken van hulpbronnen in het sociale netwerk. De inzet van EKC kan hierbij helpen. Eigen Kracht Conferentie is een bewezen methode om gezinnen en hun netwerk/families te mobiliseren en motiveren om zelf de regie en verantwoordelijkheid te nemen voor de besluitvorming over hun kinderen. Focus binnen het EKC plan is de veiligheid van de kinderen.
- III **Langdurige traject begeleiding:** De chroniciteit en de complexiteit van de problematiek vragen langdurige en intensieve ondersteuning en begelei-



ding van het gezin. Veel gezinnen zullen enkele jaren ondersteuning nodig hebben en in enkele gevallen zal de ondersteuning zelfs nodig zijn tot de kinderen volwassen zijn. De hulpverlening is dan ook onbegrensd in duur. Trajecten zoals 'Tien plus' en de gezinscoach bieden momenteel deze zorg, maar is gelimiteerd voor een bepaalde periode.

Bij alle gezinnen in de voorgaande drie modellen is er sprake van een bepaalde urgentie van problemen, maar is het gezin nog wel (met hulp of ondersteuning) in enige mate zelfredzaam. Echter in de gezinnen waar dusdanig acute problemen spelen waarbij het belang van het kind in gevaar komt is het geëigend om desnoods met dwang in te grijpen. Om te voorkomen dat de kinderen uit het huis geplaatst worden is er specialistische en geïndiceerde zorg nodig.

**4) Direct (gedwongen) hulpaanbod: *Gezinnen met een duidelijke urgente problematiek waarbij een hulpverleningsaanbod al dan niet op vrijwillige basis noodzakelijk is.***

Hierbij gaat het om gezinnen waarbij sprake is van een gedeelde analyse wat betreft de urgente problematiek van de gezinssituatie. Hierbij gaat het erom dat ouders niet meer in staat zijn om hun ouderschap goed uit te kunnen voeren vanwege de problemen in het gezin. Het kan gaan om ouders met een verstandelijke beperking, psychiatrische of verslavingsproblematiek of andere serieuze opvoedingsproblematiek waardoor het belang van het kind in geding komt. Voor het vaststellen van het al dan niet in gedwongen kader een aanbod aanbieden kan gebruik gemaakt worden van het schema een grofmazige indeling van Multiprobleemgezinnen naar typen van aanpak, in paragraaf 3.5.

Om het kader vast te stellen is een ketenaanpak van een selectie van benodigde ketenpartners noodzakelijk. Er dienen keuzen gemaakt te worden over de methodische interventie, een inschatting van de omvang van benodigde zorg, afspraken over zorgcoördinatie (taak zorgaanbieders) en casemanagement (taak o.a. Bureau Jeugdzorg). Op dit vlak van regie ligt ook de taak om tussentijds te evalueren, zorg bij te stellen, andere ketenpartners erbij te betrekken en te rapporteren in een informatie-uitwisselingsysteem.

De urgentie van het probleem is bepalend voor waar de zorgcoördinatie komt te liggen. In de praktijk is veelal de onderverdeling in de problematiek hierin bepalend:

Opvoedingsproblematiek	→	Bureau jeugdzorg
Criminaliteit/ernstige overlast huis	→	DOSA / Veiligheids-
LVG - Problematiek	→	MEE
Problemen vooral bij de ouders (zorgmijders, psychiatrische problematiek of verslaving)	→	LZN
Psychiatrische problematiek	→	GGZ
Verslavingsproblematiek	→	Verslavingszorg
Huiselijk geweld	→	LTHG
Dakloosheid	→	Sociale teams

5) **Refresh model: Voor die gezinnen die nazorg nodig hebben**

Hierbij gaat het om gezinnen waarbij de bestaande hulpverlening afgesloten is, maar waarbij het nuttig en noodzakelijk is om gedurende een bepaalde periode regelmatig langs te gaan om te zien of alles nog op orde is en goed gaat. Dit betreft veelal gezinnen waarbij het gevaar dreigt dat zij na verloop van tijd in oude en ingesleten patronen vervallen, bijvoorbeeld in het geval van verslaving. Door af en toe langs te komen, worden de gezinsleden bij de les gehouden. Ook is het mogelijk enkele onderdelen van eerdere behandeling te herhalen.

In principe zou deze nazorg geboden moeten worden door de hulpverlener die verantwoordelijk was gedurende het hulpverleningstraject. Dit kunnen alle betrokken partners zijn zoals het maatschappelijk werk, de sociale teams, de lokale netwerken, de gezinscoaches of gezinsvoogden.

## 5.2. *Voorwaarden voor een ketenaanpak MPG*

Essentieel voor de ketenaanpak zijn een aantal voorwaarden:

- Één verantwoordelijke hulpverlener en één plan per gezin
- Signaleren en koppelen, oppakken of doorgeleiden van signalen (en terugkoppelen)
- Samenwerking tussen alle betrokken instellingen zoals volwassenenzorg en jeugdzorg
- Gezamenlijk ketenprobleemanalyse en plan maken
- Niet loslaten, tijdig bijsturen en blijven volgen
- Ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de hulpverleners die dagelijks met deze gezinnen te maken hebben.

Hieronder gaan wij kort in op enkele van deze voorwaarden.

### **Signaleren en koppelen, oppakken of doorgeleiden van signalen (en terugkoppelen)**

Het is belangrijk dat hulpverleners elkaar weten te vinden. Elkaar regelmatig ontmoeten in de vorm van een levende sociale kaart zou een handig instrument zijn om door te verwijzen. Op deze wijze kunnen ook nieuwe en vernieuwende initiatieven gepresenteerd worden.

### **Probleemanalyse en vaststellen van een plan van aanpak**

Wat betreft de probleemanalyse en vaststellen van een plan van aanpak is *'het meervoudig kijken'* een vereiste. Instellingen hebben de neiging om de probleemanalyse te definiëren vanuit hun eigen perspectief. Van belang is dat er een brede blik blijft bij de probleemanalyse van de gewenste inzet naar de verschillende domeinen:

- I Werk, inkomen en schuld
- II. Onderwijs/Kinderen
- III Basis op orde
- IV. Sociaal psychologische vraagstukken, verslaving, huiselijk geweld
- V. Criminaliteit en geweld.

### **Individuele regie**

Er is één hulpverlener verantwoordelijk voor het gezin. Deze hulpverlener moet de bevoegdheid krijgen om andere hulp in te schakelen. Als er immers sprake is van een crisissituatie (bijvoorbeeld model 2) moet acute hulp georganiseerd kunnen worden. Dit zou kunnen aan de hand van het model zoals dat in Enschede wordt toegepast (zie kader).

In de loop der tijd kan het zijn dat de problemen in het gezin verschuiven en de aanpak verandert of moet veranderen. Daarmee kan de zorgcoördinatie mogelijk beter bij een andere instelling liggen. Het kind en het gezin wordt niet losgelaten voordat er een instelling is die verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie. In de verantwoordelijkheidstoedeling is er een hoofdverantwoordelijke per gezin.

#### **Enschede**

In Enschede experimenteren de woningcorporaties en de gemeente met een geheel nieuwe aanpak. Coaches met veel autonomie en de bevoegdheid tot het uitbrengen van deskundigenadvies, gekoppeld aan afspraken om deze adviezen uit te voeren bij de betrokken instellingen uit alle sectoren, zijn de enigen die achter de voordeur komen. In de aandachtswijk Velve-Lindenhof is een team van wijkcoaches gestart dat beschikt over speciale en vergaande bevoegdheden. Het team legt huis aan huis contact met de bewoners van de aangewezen gebieden in de wijk. De werkwijze van intensieve samenwerking en ketenregie wordt verlaten en ingeruild voor vergaande ruimte en bevoegdheden voor professionele hulpverleners die integraal de taken van de verschillende instellingen uitvoeren. De wijkcoaches krijgen bevoegdheden mee namens de betreffende instellingen. Hierbij is gekozen voor een 'zwaarwegend deskundigenadvies': in de praktijk betekent dit dat beslissingen van wijkcoaches door de mandaterende instellingen één op één worden overgenomen en omgezet in formele besluiten. De BackOffice van een instelling zorgt voor effectivering van de beslissing.

### **Integrale indicatiestelling**

Ten slotte vraagt een effectieve MPG aanpak om *integrale indicatiestelling*, waarbij vanuit een 'rugzakfinanciering' de benodigde middelen direct beschikbaar zijn. Elke actie of interventie wordt tot op heden gefinancierd vanuit afzonderlijke financieringsbronnen.



## 6. Literatuur

Baartman, H. & Dijkstra, J. (1986). Multi-problem gezinnen: interpretatiekaders, I. In: *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*. 24, p.609-624.

Baartman, H. & Dijkstra, J. (1987). Multi-problem gezinnen, II: de opvoedingsproblematiek In: *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*. 25, p.2-20.

Bakker K. et al. (1999). *Kwetsbaar en competent. Sociale participatie van kwetsbare jeugd.Theorie, beleid en praktijk*. Utrecht: NIZW.

Berger, M., Berge, I. Ten & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.

Burik, van, A.E. & Vianen, van, R.T. (2006). *Multiprobleem gezinnen in de Agglomeratie Amsterdam.Een onderzoek naar de omvang en samenstelling van multiprobleem gezinnen en de hulpverlening van de geïndiceerde jeugdzorg aan deze gezinnen*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.

*Concept Uitvoeringsplan Sociale Teams/Kinderen in Zorg Voor elk kind een gezond gezin*. (2009).Ambtelijk opdrachtnemer: directeur Maatschappelijke Opvang/SoZaWe

Fukkink, R en M. Steketee (2002). *De aanpak van sociale uitsluiting in gezinnen met jonge kinderen*. South Harrow: Home Start International.

Gemeente Rotterdam (2008). *Ieder Kind Wint*. Actieprogramma Risicojeugd 2007-2010.

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

Hermanns, J. (2001). *Kijken naar opvoeding: Opstellen over jeugd, jeugdbeleid en jeugdzorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Hermanns, J., Mordang, H & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis. Een alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam: SWP.

Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en het Verwey-Jonker Instituut. (2003). *Horen, zien, niet zwijgen. Onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties*. Utrecht: Gezamenlijke inspecties.

Kreuger, F. (2007). *Factoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan van risicojeugd. CEPHIR: Klein maar fijn*. Rotterdam: GGD.

Pels, T. (red). (2004). *Opvoeding en integratie*. Assen: Van Gorcum.

Peters, M. (2008). *Tot achter de voordeur. Een onderzoek naar ontwikkeling in aanpak van sociale problematiek in stadsbuurten*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Rispens, P.P. & Goudena, J.J.M., & Groenendaal. (1994). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum Houten,

Steege, M. van der (2008, in press). Multiprobleem gezinnen. In: *Handboek kind en adolescent*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Steketee, M., Mak J., Huygen A. (2007). *Opgroeien in veilige wijken*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M. & Goderie, M. (2007). Hulp aan multiprobleem-gezinnen in relatie tot privacybescherming en bemoeizorg. In: *Handboek privacy in de gezondheidszorg*. Koninklijke Vermande p.1-14.

Steketee, M., & Spiering, F. (2007). Randgroepen en moeilijk bereikbare groepen in de samenleving. In: Ewijk, van F. e.a. (red). *Basisboek Social werk: mensen en meedoen*. Amsterdam: Boom. P.170-189.

Steketee, M., Tan, S., Wentink, M. & Wonderen, R. van (2006). *Verstop de flessen! Raadsbemoeyenis met kinderen van ouders met een problematisch alcoholgebruik*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Vries de, J.N., Willems, D.L., Isarin, J., Reinders, J.S. (2005). *Samenspel van factoren. Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Wolf, J. (2002). *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: SWP

Wolzak, A. & Berge, I. ten (2004). *Kindermishandeling: De aanpak in Nederland*. Utrecht/ Amsterdam: NIZW Jeugd/SWP.

Geraadpleegde websites:

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

<http://beta.ctcdata.org>

## Bijlage 1 Respondenten

### Rondetafelgesprek

Naam	Organisatie	Functie
Mevr. M.J. Baeza -Davison	CJG Deelgemeente Overschie	CJG regisseur
Mevr. C. Ruitenber	Lokaal Zorgnetwerk / Lokaal Team Huiselijk Geweld	coördinator
Dhr. H. Stuut	Gemeente Rotterdam	DOSA regisseur Feyenoord
Dhr. A. Hogendoorn	GGD	beleidsmedewerker cluster jeugd

### Interviews

Naam	Organisatie	Functie
Mevr. Tromp	MEE	
Mevr. S. Daamen	Gemeente Rotterdam, bureau Frontlijn	Begeleidster en methodiek ontwikkeling
Mevr. P. van de List	Gemeente Rotterdam	Beleidsambtenaar voortijdig schoolverlaten
Mevr. S. van de Loenen	Gemeenten Rotterdam, kredietbank	Budgetconsulent
Mevr. E. van der Wel	BAVO Europoort	Teamleider Assertive community treatment
Mevr. L. Wenselaar	Bouman GGZ, polikliniek jeugd	Kinder- en jeugdpsychiater, behandelend verantwoordelijke
Mevr. M. de Regt	Leger de Heils	Teammanager, uitvoerend
Dhr. J. van der Pijl	Vestia Rotterdam Feijenoord	Medewerker maatschappelijk herstel
Dhr. E. de Vries	Politie, bureau Maashaven	Buurtagent
Dhr. H. Stuut	Gemeente Rotterdam	DOSA regisseur Feyenoord
Mevr. N. Lemette	Gemeente Rotterdam, stichting welzijn Feyenoord	Manager AMW
Mevr. C. Ruitenber	Lokaal Zorgnetwerk / Lokaal Team Huiselijk Geweld	Coördinator
Mevr. J. van der Geer	Stichting Arosa	Manager en plaatsvervangend directeur
Mevr. E. van der Beek	Gemeente Rotterdam, SoZaWe	Klantmanager
Mevr. Sjardin	Reclassering Nederland	Unit manager
Mevr. E. Somucu	Bureau Jeugdzorg, afdeling Toeleiding	Maatschappelijk werker

## Bijlage 2      Overzicht beschermende en risicofactoren multi-probleemgezinnen 10

*Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, november 2009, versie 2.0*

### Factoren die samenhangen met kenmerken van de ouders <sup>11</sup>

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>Gezin</b>		
<b>Vroegere ervaringen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mishandeling of verwaarlozing;</li> <li>- Uithuisplaatsing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouder die voorbeeldfunctie vervulde;</li> <li>- goede verzorging, liefde en affectie gekregen</li> <li>- scholing</li> </ul>
<b>Opvoedingsvaardigheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende basale zorg (regelmaat, hygiëne, voeding)</li> <li>- opvoedingsproblemen</li> <li>- geen structuur of regelmaat</li> <li>- problemen gezinsmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- structuur bieden, regelmaat</li> </ul>
<b>Gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chronische ziekte</li> <li>- Verstandelijke beperking</li> </ul>	
<b>Psychische problemen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychische problemen</li> <li>- psychiatrische problemen (gedwongen) opname</li> <li>- Verslaving</li> <li>- Posttraumatische stress</li> </ul>	
<b>Gezin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verstoorde ouder-kind-relaties</li> <li>- uithuisplaatsing</li> <li>- gezagsvacuüm</li> <li>- relatieproblemen ouders</li> <li>- huiselijk geweld</li> <li>- kindermishandeling/verwaarlozing</li> <li>- mishandeling / misbruik tussen de kinderen onderling?</li> <li>- risico eerwraak?</li> <li>- risico meisjesbesnijdenis?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderlinge steun partners</li> </ul>
<b>Samenstelling gezin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eenoudergezin</li> <li>- tienermoeder/ouders</li> <li>- samengesteld gezin of andere gezinsvormen?</li> </ul>	
<b>Onderwijs, werk en</b>		

<sup>10</sup> Dit overzicht is gemaakt aan de hand van de literatuurstudie uit hoofdstuk 2, input van de opdrachtgever, het rondetafelgesprek en de interviews

<sup>11</sup> Van de factoren waar een vraagteken achter staat is niet duidelijk uit de literatuur wat de relatie is met multiprobleem gezinnen, maar deze factoren spelen (wellicht) een rol bij het ontstaan van risicogedrag



Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>inkomen</b>		
<b>Arbeidsmarktpositie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- werkeloos</li> <li>- (geen) andere dagbesteding</li> <li>- grote afstand tot de arbeidsmarkt</li> <li>- slechte beheersing Nederlandse taal</li> <li>- laag opgeleid</li> <li>- problemen op het werk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- betaald werk</li> <li>- onbetaald werk</li> <li>- volgt opleiding</li> </ul>
<b>Inkomen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schulden</li> <li>- loonbeslag</li> <li>- te laag inkomen/stille armoede</li> <li>- inhoudingen op de uitkering</li> <li>- fraude met uitkering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (voldoende) loon uit arbeid of andere bron van inkomen (uitkering?)</li> </ul>
<b>Publieke omgeving</b>		
<b>Sociaal netwerk / ondersteuning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ontbreken van een netwerk/vrienden</li> <li>- nabijheid of bereikbaarheid</li> <li>- frequentie van de contacten</li> <li>- negatieve invloed sociaal netwerk</li> <li>- crimineel netwerk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het hebben van een netwerk of vrienden</li> <li>- Steun vrienden/familie</li> </ul>
<b>Maatschappelijke positie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grote afstand tot de westerse samenleving</li> <li>- detentie/reclassering?</li> <li>- criminele activiteiten</li> <li>- prostitutie?</li> </ul>	
<b>Woonomgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gepest worden op straat</li> <li>- conflicten met burens</li> <li>- bereikbaarheid van voorzieningen</li> <li>- achterstandwijk</li> <li>- antisociaal gedrag (overlast)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oplettende burens</li> </ul>
<b>Huisvesting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ongeschikte huisvesting</li> <li>- achterstallig onderhoud van de woning</li> <li>- huurschuld</li> <li>- vervuiling (binnen of buiten)</li> <li>- dreiging uithuisplaatsing</li> <li>- dakloos</li> <li>- veel verhuizen</li> <li>- te veel of ongeschikte huisdieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voldoende ruime woning</li> </ul>
<b>Samenstelling gezin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eenoudergezin</li> <li>- tienermoeder/ouders</li> <li>- veel kinderen op jonge leeftijd</li> <li>- samengesteld gezin?</li> <li>- Andere gezinsvormen?</li> </ul>	

Factoren die samenhangen met eigenschappen van het kind <sup>12</sup>

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
<b>Gezin</b>		
<b>Persoonlijkheidskenmerken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- moeilijk temperament</li> <li>- sterk karakter</li> <li>- verwaarlozing</li> <li>- ontwikkelingsproblemen</li> <li>- gedragsproblemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderlinge steun partners</li> <li>- hoger IQ</li> </ul>
<b>(Psychische) Gezondheid/welbevinden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medische problemen?</li> <li>- emotionele problemen</li> <li>- verstandelijke beperking</li> <li>- chronische ziekte</li> <li>- psychiatrische problemen</li> </ul>	
<b>Onderwijs, werk en inkomen</b>		
<b>Onderwijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebrek aan binding met school</li> <li>- leerachterstand</li> <li>- gedragsproblemen vh kind op school</li> <li>- pesten / gepest worden</li> <li>- slechte schoolresultaten</li> <li>- spijbelen</li> <li>- vroegtijdig schoolverlaten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (aanleg tot) sociale competentie</li> <li>- makkelijk kunnen leren</li> </ul>
<b>Publieke omgeving</b>		
<b>Maatschappelijke positie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tussen verschillende culturen leven</li> <li>- detentie/reclassering?</li> <li>- criminele activiteiten?</li> <li>- prostitutie?</li> </ul>	
<b>Sociaal netwerk jongeren / vrije tijd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- omgang met vrienden die verkeerd gedrag vertonen</li> <li>- antisociaal gedrag (overlast)</li> <li>- criminele activiteiten</li> <li>- overmatig middelengebruik</li> </ul>	
<b>Sociale omgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verkrijgbaarheid van drugs in de wijk</li> <li>- verkrijgbaarheid van wapens in de wijk</li> <li>- maatschappelijke normen die probleemgedrag bevorderen</li> <li>- geweld in de media</li> <li>- hoge mate van doorstroom in</li> </ul>	

<sup>12</sup> Van de factoren waar een vraagteken achter staat is niet duidelijk uit de literatuur wat de relatie is met multiprobleem gezinnen, maar deze factoren spelen (wellicht) een rol bij het ontstaan van risicogedrag

Domein	Risicofactor	Beschermende factor
	de wijk - weinig binding met de wijk - gebrek aan organisatie van de buurt - lage inkomens en slechte behuizing	

## Colofon

Oprichtgever/financier	CEPHIR/Klein maar Fijn
Auteurs	Dr. M.J. Steketeer; dr. M. Vandenbroucke
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a> website <a href="http://www.verwey-jonker.nl">www.verwey-jonker.nl</a>

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2010

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.