'Een kwestie van goed regelen'

Over multiprobleemgezinnen, coördinatie van zorg en gezinscoaching
Handreiking bij implementatie

Colofon

Deze uitgave is opgesteld in opdracht van de tijdelijke stuurgroep gezinscoaching Zuid-Holland.
De stuurgroep bestond uit Jolanda Lansdaal (provincie Zuid-Holland), Pierre Mehlkopf (Capgemini), Sharita Rambhadjan (Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland) en Ella Bartowska (JSO). De stuurgroep werd ondersteund door Chris van Lenteren, Wies Mes, Ria Zijlstra en Hanneke van den Broek (allen JSO).
Zij namen vanuit de Stichting JSO ook de begeleiding van de proeflocaties voor hun rekening.
Deze handreiking is gebaseerd op de ervaringen in de proeflocaties, op discussies in de stuurgroep en op kennis van ervaringen elders in het land.

De handreiking is opgesteld door P.J. Mehlkopf MCM.
Pierre Mehlkopf was als programmamanager betrokken bij de pilot gezinscoaching die in de provincie Limburg vanaf 2003 werd uitgevoerd. Hij is als organisatieadviseur verbonden aan Capgemini Nederland BV en als associate lector verbonden aan de hogeschool INHOLLAND op het thema grootstedelijk onderwijs en jeugdbeleid.

Uitgever: JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding
Datum uitgave: maart 2008
Bezoekadres: JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding
Nieuwe Gouwe Westzijde 2a
2802 AN Gouda
T 0182 547888
F 0182 547889
E info@jso.nl
www.jso.nl

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door financiële steun van de provincie Zuid-Holland

Copyright © 2008 JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding
Uit deze uitgave mag niets worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, retrieval systemen of op welke andere wijze dan ook zonder toestemming van JSO.

provincie ZUID HOLLAND

Woord vooraf

Gezinnen waar de problemen zich opstapelen. Die contact hebben met een groot aantal hulpverleners zonder dat er sprake is van vertrouwen of resultaat. Gezinnen die onvoldoende regie hebben over de eigen situatie en waarin hulpverleners hun werk doen zonder onderlinge samenhang en afstemming.
We hebben deze gezinnen een naam gegeven. Multiprobleemgezinnen. Maar die typering legt echter het 'probleem' bij het gezin en benadrukt onvoldoende dat soms slecht uitgevoerde hulp, te weinig vasthoudendheid van hulpverleners en onvoldoende maatwerk, ook onderdeel zijn van het probleem.
In 2002 vonden bij een brand in Roermond zes kinderen uit één gezin de dood. De vader had de brand aangestoken. In de gesprekken daarna over hoe dit in de toekomst te voorkomen,
kwam een eerste aanzet tot een oplossing: in plaats van hulpverleners zijn gezinscoaches nodig. Niet meer werken op afstand, maar dicht bij het gezin. Vertrouwen winnen en behouden staat voorop. Duurzaamheid in de relatie in plaats van korte intensieve interventies.
In de praktijk ontstaan vervolgens vragen en antwoorden. Voor welke gezinnen? Hoe het te organiseren? Kan iedere hulpverlener ook gezinscoach zijn of is het een speciaal vak? Hoe organiseer je samenwerking tussen grote aantallen hulpverleners uit verschillende sectoren? Is 'doorzettingsmacht' altijd nodig en wat is dat precies? Hoe bekostig je gezinscoaching?
Wat eerst alleen een woord was, werd een manier van werken. Op veel plaatsen startten experimenten. Die lieten zien dat gezinscoaching meer is dan alleen een andere manier van werken van de hulpverlener. Gezinscoaching vraagt om het organiseren van samenwerking tussen hulpverleners - één gezin, één plan, één team - en ook om het beter organiseren van de samenwerking tussen instellingen. Aan gezinscoaching gaat coördinatie van zorg vooraf. De signalering moet beter, werkprocessen moeten we op elkaar afstemmen. Dat gaat niet vanzelf. De taakopvattingen van instellingen overlappen elkaar deels. Lokale en provinciale overheden zijn nodig om regie te voeren. Gezinscoaching vraagt om een andere manier van samenwerken en organiseren van de hulp aan probleemgezinnen.
Deze publicatie biedt een handreiking aan instellingen en overheden om vorm te geven aan gezinscoaching, beter geformuleerd: om vorm te geven aan coördinatie van zorg aan multiprobleemgezinnen. De ervaringen opgedaan in de zes pilotprojecten gestart in Zuid-Holland vanaf 2005, liggen eraan ten grondslag.

Pierre Mehlkopf

Inhoudsopgave

1. Introductie 4
   1.1 Leeswijzer 5

2. De cliëntroute centraal 6
   2.1 Coördinatie van zorg 8
   2.2 Doorzettingsmacht of samenwerkingscultuur 10

3. Bekostiging centraal 12

4. Eén gezin, één plan, één team 16
   4.1 Over privacy 18

5. De gezinscoach, functie of rol 19

6. Routes maken in een veld dat beweegt 24
   6.1 Over de relatie met ondermeer BJZ, CJG en de meldpunten Zorg en Overlast 26
   6.2 Begaanbare paden 28

7. Over verwijsindexen 29

8. Van pilot naar reguliere praktijk 31

Bijlage: een stappenplan op hoofdlijnen bij implementatie coördinatie van zorg 33

1. Introductie

De provincie Zuid-Holland gaf in 2005 opdracht aan JSO om in drie gemeenten binnen de provincie experimenten te starten met gezinscoaching. Het aantal gemeenten dat zich meldde met experimenten met gezinscoaching was echter beduidend groter. Uiteindelijk werden zes gemeenten geselecteerd: de drie grotere steden Dordrecht, Alphen aan de Rijn en Gouda en de drie kleinere gemeenten Katwijk, Gorinchem en Sliedrecht. Bij die selectie is gestreefd naar verscheidenheid, ook in hoe gemeenten hun experimenten hadden ingericht. De gemeenten waren daarin deels vrijgelaten omdat de experimenten in de lokale situatie hun meerwaarde moesten bewijzen. Centraal stond het leren van lessen door onderlinge vergelijking en op basis daarvan op termijn de juiste keuzes maken.

Gedurende de bijna drie jaar dat de experimenten functioneerden, zijn ze begeleid en ondersteund door medewerkers van JSO. Tussentijds zijn evaluaties uitgevoerd en ervaringen uitgewisseld middels werkconferenties. Leren van elkaar en de inrichting van het experiment aanpassen aan nieuwe inzichten, werd zo gestimuleerd.

In alle zes de experimenten wijzigden zich gedurende de rit twee thema's. In het begin stond in alle experimenten centraal het ontwikkelen van de methodiek gezinscoaching, maar gaandeweg werd het belangrijkste thema het vormgeven aan coördinatie van zorg. De tweede wijziging hangt daarmee samen. In het begin stond de werkwijze centraal, maar al snel kwam de doelgroep centraal te staan: multiprobleemgezinnen.

Deze wijzigingen zijn het gevolg van voortschrijdend inzicht. Bij de start werd uitgegaan van de klassieke benadering dat het gezin de 'probleemhouder' is en dat de hulpverlener de rol van 'probleemverhelper' heeft. Al werkende bleek deze benadering niet houdbaar. Gezinnen die werden aangemeld voor het experiment hadden een veelheid aan problemen en die betroffen vaak meerdere leden van het gezin. Ook hadden de gezinnen al ruime ervaring met hulpverlening en verwachtten er niet veel meer van. Hun problemen waren vaak chronisch en daardoor was er sprake van enige gewenning; men had 'er mee leren leven'.

Maar niet alleen hebben de gezinnen problemen, ze vormen ook een probleem voor de hulpverlening. Het organiseren van hulp aan multiprobleemgezinnen bleek niet eenvoudig. Het begint er al mee dat multiprobleemgezinnen als zodanig door de hulpverlening moeten worden herkend. En dat gebeurt niet automatisch. Eenmaal wel herkend, moeten hulpverleners van verschillende instellingen gaan samenwerken. Hoe dan om te gaan met privacy? Hoe is de rolverdeling bij coördinatie van zorg? Wie neemt het voortouw en mag dat van de eigen organisatie? En als dan een van de hulpverleners de rol van gezinscoach op zich neemt, wat betekent dat dan? Is het een apart beroep of zou iedere hulpverlener het moeten kunnen? En als dat laatste het geval is, hoe dat dan te financieren? Op al deze vragen kunnen instellingen alleen het antwoord niet geven. Provincie, gemeente en zorgkantoor zijn daarbij nodig. Met hen erbij moet het gesprek niet alleen gaan over geld, maar ook over het opzetten van ketens en het verhelderen van taken en verantwoordelijkheden.

Het lijkt een hoop sores voor een relatief klein aantal gezinnen. Volgens een landelijk gehanteerde vuistregel gaat het om ongeveer 1% van alle Nederlandse gezinnen. De ervaringen in de zes pilots laten zien dat het echter de moeite waard is. Door extra aandacht te besteden aan het herkennen van multiprobleemgezinnen, zijn gezinnen in beeld gekomen die anders onopgemerkt waren gebleven. Gemiddeld zijn bij deze gezinnen 5,8 hulpverleners betrokken en dus is coördinatie van zorg geen overbodige luxe. Bij deze gezinnen is de hulp nu beter op elkaar afgestemd. Dat merken de gezinnen en ze

zijn daar tevreden over. In een aantal gezinnen is een gezinscoach ingezet en het overgrote deel van die gezinnen spreekt daar waarderend over. Deze ervaringen zijn beschreven in een tweede publicatie gelijktijdig met onderhavige studie door JSO uitgebracht onder de titel 'Tussen regels en handelingsruimte - Opbrengst van de proeflocaties - Handreiking bij de uitvoering'. Het goed regelen van coördinatie van zorg en gezinscoaching zijn geen doelen op zich. Het gaat erom dat de betrokken gezinnen recht hebben op hulp die werkt. En dat vraagt goed georganiseerde hulp.

1.1 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat de cliëntroute centraal. We gaan in op de vraag hoe die route is ingericht vanaf de start (het moment van signaleren) tot aan het afsluiten van de zorg. En op de vraag waar deze cliëntroute als het om multiprobleemgezinnen gaat om extra maatregelen vraagt. In hoofdstuk 3 bewandelen we dezelfde route, maar nu vanuit het perspectief van de bekostiging. Kan alles met reguliere middelen of zijn extra gelden nodig? In hoofdstuk 4 staat het organiserende principe bij coördinatie van zorg en gezinscoaching centraal, wat we omschrijven als 'één gezin, één plan en één team'. Wat betekent het voor instellingen en professionals om zo te werken? In hoofdstuk 5 staan we stil bij de gezinscoach zelf. Moeten we deze zien als een specialistische functie of is het een rol die door iedere hulpverlener kan oppakken? De voor- en nadelen van elk van deze keuzes belichten we kort.

Hulpverleningsland is in beweging. De invoering van de Wmo, de vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin, het vraagstuk van de rol van Bureau Jeugdzorg in relatie tot deze centra, het Deltaplan Gezinsvoogdij zijn daarvan voorbeelden. Elk voor zich raken ze aan de cliëntroute zoals eerder geschetst. In hoofdstuk 6 gaan we in op deze bewegingen waarbij telkens de vraag is in hoeverre ze kansen bieden voor een betere organisatie en inrichting van de hulp aan de doelgroep multiprobleemgezinnen.

Van recente datum is de aandacht voor de kansen die ICT biedt bij signalering en samenwerking. In hoofdstuk 7 staan we daarbij stil en besteden vooral aandacht aan de potentie van de verwijsindex en daarmee samenhangend de verschuivingen in de discussie over meldplicht en het omgaan met privacy.

In het afsluitende hoofdstuk 8 zetten we tenslotte de stap naar de gegroeide praktijk in de provincie Zuid-Holland. Biedt de opgedane kennis en ervaring kansen om van de pilots te komen tot een dekkend aanbod van coördinatie van zorg binnen de provincie? Op voorhand beantwoorden we deze vraag hier positief. De kansen zijn er. Het is zaak die te grijpen en verder is het gewoon een kwestie van goed regelen.

In een bijlage is tenslotte nog een stappenplan op hoofdlijnen opgenomen. Goed regelen is makkelijker met een routekaart.

2. De cliëntroute centraal

De cliëntroute kan eenvoudig worden weergegeven in een driefasenmodel: signaleren - beoordelen - interventie uitvoeren. In de kern zijn alle cliëntroutes hierop terug te voeren. Dat geldt voor de meest eenvoudige, waar de burger zelf constateert dat hij een hulpvraag heeft (zelfsignalering), een bezoek brengt aan het AMW en direct hulp krijgt van de maatschappelijk werker; en evenzo voor het multiprobleem-gezin. Maar daarbij zijn verschillen. Allereerst gaat het bij het multiprobleemgezin vaak om meerdere signalen die het betreffende gezin meestal niet gelijktijdig afgeeft en die bij een verscheidenheid aan instellingen terechtkomen. Daardoor ontstaat het risico dat de beoordeling slechts gericht is op één van de signalen en niet op het geheel van de problematiek. Een ander verschil is dat in de eerste situatie er meestal sprake is van een actieve, zelfredzame en gemotiveerde burger, terwijl het multiprobleemgezin zich vaker presenteert als minder gemotiveerd, passief en niet het hele verhaal vertelt. Het gevolg is dat het gezin niet één cliëntroute volgt, maar meerdere parallelle routes met elk eigen uitkomsten. Vaak merken hulpverleners pas in de interventiefase dat in hetzelfde gezin ook andere instellingen actief zijn.

Het is van belang te onderkennen dat dit gebeurt en nog belangrijker is het om er een antwoord op te formuleren. Een mogelijke reactie op deze situatie zou kunnen zijn om alle instellingen samen te voegen en alle gezinnen in een samenhangend datasysteem op te nemen. Een dergelijke aanpak is radicaal en hoogstens verdedigbaar als het gaat om grote aantallen, maar multiprobleemgezinnen vormen slechts een kleine minderheid. Dat vraagt om een andere aanpak: vroegtijdig herkennen dat het gaat om een multiprobleemgezin. Dat is mogelijk door het verbeteren van werkprocessen en het investeren in de kwaliteit van professionals.

Signalering

Signalering is een lichte activiteit. Het gaat alleen om de vraag of iemand een probleem heeft, of problemen geeft. Nog niet aan de orde zijn de vragen wat nu precies de oorzaak van de problemen is (oordelen), of welke actie de beste oplossing biedt (interventie). Signalering kan door mensen zelf gebeuren, maar evenzo door professionals uit onderwijs, welzijnswerk of bijvoorbeeld de zorg. Hier richten we ons op de signalering door hulpverleners. Een van de risico's is dat bij de intake, de hulpverlener niet onderkent dat er sprake is van een bredere problematiek dan de door de cliënt genoemde hulpvraag. Het is belangrijk dat de hulpverlener in deze fase hierop bedacht is. Een eenvoudig hulpmiddel hierbij is de vraag of er meerdere hulpverleners betrokken zijn bij (leden van) het gezin. Bij veel instellingen is dat al een standaardvraag bij de intake, maar nog niet altijd leidt dat tot de overweging of coördinatie van zorg nodig is. Als bij een gezin meerdere hulpverleners betrokken zijn, dan is het altijd nodig om coördinatie van zorg te overwegen. Vergelijkbaar geldt dat de hulpverlener de cliënt vraagt of er eerder hulpverleningscontacten zijn geweest bij de eigen instelling, of bij andere hulpverleners (de geschiedenis van het probleem). Ook dit gebeurt al bij veel organisaties bij de intake. Maar als het antwoord dan bevestigend is, moet men er wel consequenties aan verbinden. Was de eerdere hulp niet afdoende, of is die door de cliënt vroegtijdig afgebroken? Afgebroken hulp of eerdere hulpvragen zijn een indicatie dat er mogelijk meer problematiek is, dan waar het gezin nu mee komt.

Het uitvoeren van een goede intake is vooral een kwestie van het inzetten van goed getrainde en ervaren professionals. De informatie verzameld in de intakefase vormt immers de basis voor de beoordeling in het vervolgtraject. Daaruit volgt het advies: neem de tijd voor het gesprek met de cliënt. Hij/zij is immers de voornaamste informant.

Als bij de intake blijkt dat er meerdere problemen spelen, dient de hulpverlener zich af te vragen: Zit de cliënt wel bij de juiste instelling? Betrek ik andere instellingen bij de hulpverlening aan de cliënt, vanaf de start? Simpel gezegd: niet het aanbod van de instelling moet sturend zijn, maar wel de vraag van de cliënt. Om dit in de praktijk soepel te realiseren, dienen instellingen hun onderlinge samenwerking daarop in te richten.

Beoordeling

Een hulpverleningsgeschiedenis en het gegeven dat ook andere hulpverleners bij het gezin betrokken zijn, zijn belangrijke aanwijzingen voor problemen op meerdere gebieden. Dat vraagt van de hulpverlener in de beoordelingsfase aandacht voor mogelijke belemmeringen. Wat kan de kans om succesvolle hulpverlening verminderen? En wat is nodig om die belemmeringen weg te nemen? Het erbij betrekken van het cliëntsysteem kan een positieve rol spelen. Een goed voorbeeld daarvan vormen de eigenkrachtconferenties en de familienetwerkberaden die in Nederland meer en meer worden gehouden.

De beoordelingsfase is ook het moment waarop, indien nodig, de stap naar coördinatie van zorg gezet wordt, maar dat is nog geen automatisme. Op de eerste plaats omdat er nog geen eenduidige opvatting is over wat coördinatie van zorg moet inhouden. In de verschillende sectoren zien we dat men wel spreekt over coördinatie van zorg, maar dat de invulling daarvan sterk verschilt. Op de tweede plaats omdat de samenwerking tussen de verschillende instellingen nog niet makkelijk te organiseren is. Als coördinatie van zorg daadwerkelijk inhoudt dat er voor één gezin ook één plan moet komen, vraagt dat om een organisatie-eenheid die daarvoor is toegerust, die informatie kan verzamelen en die de mogelijkheid heeft om snel de betrokken partijen om de tafel te krijgen. In de pilotfase zijn daarvoor speciale meld- en coördinatiepunten opgericht. De ene locatie koos voor een meldpunt dat de meldingen in ontvangst neemt, beoordeelt en vervolgens wegzet. In andere locaties ging het om een meld- en coördinatiepunt dat ook de interventie volgde en de uitvoerders ervan begeleidde. Voor het leesgemak volstaan we verder in deze tekst met de aanduiding meld/coördinatiepunt. Deze meld/coördinatiepunten werden veelal gekoppeld aan bestaande constructies, zoals het team Vangnet en Advies van de GGD of een meldpunt Zorg en Overlast. Die constructies hebben zich in de pilotfase bewezen, maar het is nog te vroeg om te concluderen dat ze ook in de implementatiefase een bruikbare constructie zijn. Dat vraagt om een aparte afweging (zie hiervoor hoofdstuk 6). In de pilotfase stond centraal: invulling geven aan coördinatie van zorg en het ervaring opdoen met de inzet van gezinscoaching bij multiprobleemgezinnen. Bij implementatie gaat het om een passende werkstructuur en sluitende afspraken waaraan alle betrokken instellingen meewerken. Dat vereist goed regelen. Samenwerken gaat niet vanzelf.

Interventies

In het verlengde van signalering en beoordeling ligt de derde fase: de interventie. Tijdens de interventie kunnen nieuwe gegevens boven water komen. Dat hoeft niet verwijtbaar te zijn aan de kwaliteit van de signalering en de beoordeling. Nieuwe gegevens kunnen immers ook voortvloeien uit veranderende omstandigheden. Zo kunnen nieuwe hulpvragen van het cliëntsysteem, het directe sociale netwerk van de cliënt, al betrokken hulpverleners van andere instellingen in beeld brengen. Het gaat er om dat nieuwe gegevens moeten leiden tot een hernieuwde afweging en eventuele bijstelling van de interventie. Nieuwe gegevens hoeven niet enkel betrekking te hebben op het cliëntsysteem. Ze kunnen ook gerelateerd zijn aan de hulpverlening zelf. Zo kan de hulpverlener merken dat de hulp onvoldoende effect heeft of dat het cliëntsysteem de hulp afwijst, onvoldoende gemotiveerd is of de hulp zelfs afbreekt. Maar in de praktijk merkt de hulpverlener dit niet altijd direct op omdat de negatieve ontwikkeling zich voltrekt met kleine

stapjes die op zichzelf niet alarmerend zijn en een relatief lange periode beslaan. Toch zijn het signalen die er op kunnen wijzen dat er sprake is van een bredere problematiek en dat een herbeoordeling en inzet van coördinatie van zorg nodig is. Echter de uitvoerend hulpverlener is niet altijd in de positie dat hij overleg kan organiseren tussen de direct betrokken hulpverleners bij een gezin. Maar er zijn signalen dat dit in toenemende mate wel gebeurt. De hulpverlener zal in de regel terugkoppelen naar de eigen organisatie en die zal het overleg met andere betrokken instellingen moeten zoeken. Ook hier geldt wat ook bij de twee eerdere fasen is gesteld: Als het vermoeden bestaat dat meerdere instellingen betrokken zijn bij eenzelfde cliëntsysteem en de aard van de problematiek volgens de betrokken hulpverleners afstemming van zorg nodig maakt, dan moet elke afzonderlijke instelling het startsein tot die coördinatie kunnen geven.

2.1 Coördinatie van zorg

De meld/coördinatiepunten uit de pilotfase hebben tot taak aangemelde casuïstiek te bespreken en eventueel de betrokken hulpverleners bijeen te roepen om een gezamenlijk hulpverleningsplan op te stellen, waarvan de inzet van een gezinscoach onderdeel kan zijn. In de korte beschrijving van de fasen: signalering, beoordeling en interventie hebben we aangegeven dat het in elke fase nodig kan zijn om te escaleren naar coördinatie van zorg. Die coördinatie vraagt in elke fase opnieuw om samenwerking op casusniveau tussen meerdere instellingen in wisselende samenstellingen. Omdat de noodzaak tot coördinatie niet incidenteel is, ligt het voor de hand om hierover structurele afspraken te maken. De kern van de afspraken is relatief eenvoudig:

- Instellingen moeten de mogelijkheid hebben om aan te geven dat ze voor een eigen cliënt coördinatie van zorg nodig achten, dan wel de noodzaak daartoe willen toetsen.
- Er is een klimaat en een structuur nodig waarin werkers hierover makkelijk met elkaar in gesprek kunnen. Onderdeel van die structuur zijn één of meerdere meld/coördinatiepunten per werkgebied.
- Deze meld/coördinatiepunten komen in actie als een instelling aangeeft dat men coördinatie van zorg nodig acht en als deze in de praktijk niet soepel van de grond komt. De meld/coördinatiepunten nemen dan de taak over om die coördinatie te organiseren. Daarbij moeten ze de mogelijkheid hebben om relevante informatie bij de verschillende instellingen te bundelen (met in achtneming van de privacyregelingen) en op basis daarvan een nieuwe beoordeling te maken.
- Zij moeten ook binnen een korte periode de direct bij het gezin betrokken hulpverleners bijeen kunnen brengen. Daartoe moeten de meld/coördinatiepunten een zekere regelmacht en autoriteit krijgen.
- De status van de meld/coördinatiepunten dient door alle partijen te zijn onderschreven.
- Taak van de meld/coördinatiepunten is het (laten) opstellen van een samenhangend hulpplan, waarin men ook vastlegt welke partij/hulpverlener verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg gedurende de uitvoering.
- Dat plan is bindend voor alle betrokken instellingen. De uitwerking van deze afspraken heeft ook financiële gevolgen. Daarom dienen niet alleen instellingen, maar ook financiers (gemeente, provincie en zorgkantoor) zich aan deze afspraken te verbinden. Dat geldt met name in situaties waarin als onderdeel van het gezamenlijk hulpverleningsplan besloten wordt om extra hulp - bijvoorbeeld in de vorm van een gezinscoach - in te zetten.

De precieze vormgeving van de meld/coördinatiepunten kan per locatie verschillen. In die zin zal er altijd sprake zijn van enige variëteit bijvoorbeeld door het verschil in schaalgrootte tussen locaties, de mate waarin sprake is van ernstige problemen en de al gegroeide samenwerking tussen de instellingen.

Niet elke vorm van coördinatie van zorg moet door het meld/coördinatiepunten worden bekrachtigd. Binnen de Wet op de jeugdzorg is vastgelegd dat zorgcoördinatie nodig is als meerdere aanbieders van

jeugdzorg betrokken zijn. In die situatie kan het Bureau Jeugdzorg bepalen welke van deze aanbieders de zorgcoördinatie uitvoert. Dat geldt ook voor gezinsvoogden. Zij kunnen de stap zetten naar zorgcoördinatie als ze merken dat bij kinderen met een ondertoezichtstelling meerdere instellingen betrokken zijn.

Zorgcoördinatie is niet voorbehouden aan de jeugdzorg alleen. Binnen tal van netwerken en zorgstructuren maken instellingen en werkers afspraken op casusniveau over samenhangend optreden. Dat geldt voor meldpunten Zorg en Overlast, voor zorgstructuren binnen het onderwijs, voor het justitieel casusoverleg en ook voor het overleg bij dreigende huisuitzetting, schuldenproblematiek, maatschappelijke opvang, psychiatrische problemen of opvoedproblematiek. Waar al gewerkt wordt met lokale verwijsindexen zien we dat in het verlengde van deze signalering, ook coördinatie van zorg vorm krijgt. Er is geen reden om al deze situaties waarin werkers zelf in onderling overleg soepel tot samenwerking komen, in te brengen in een zwaardere structuur van verplicht melden en het inschakelen van een centraal meld/coördinatiepunt. Maar waar werkers in de uitvoering merken dat het maken van afspraken en het aangaan van samenwerking niet soepel loopt, moeten ze wel snel naar een meld/coördinatiepunt kunnen dat wel in staat is om een patstelling te doorbreken. Het schema hieronder brengt de verschillende niveaus van afstemming en samenwerking in kaart. Het geeft aan dat coördinatie van zorg meerdere invullingen kan hebben en het vooral zaak is te bepalen welke variant van coördinatie van zorg in een bepaalde casus het meest aangebracht is. Hoewel hier sprake lijkt van een hiërarchie is, betekent een verdergaande variant niet per se dat de problematiek van het gezin omvangrijker en complexer is.

Variant	Invulling coördinatie van zorg	Omschrijving
0	Op de hoogte zijn/houden	Hulpverleners weten van elkaar dat ze actief zijn in een gezin, maar er is geen afstemming nodig.
1	Informeren	Hulpverleners gaan met elkaar in gesprek en informeren elkaar vrijblijvend over hun aanpak. Ze zijn alert dat verdergaande afstemming nodig kan zijn.
2	Afstemmen	Hulpverleners gaan met elkaar in gesprek en stemmen hun aanpak op elkaar af. Doelmatigheidswinst zowel voor instellingen als voor het gezin.
3	Afstemmen en samenwerken	De aard van de problematiek maakt samenwerking bij uitvoering van de hulp nodig (één plan).
4	Afstemmen, samenwerken en participatie gezin	Hulpverleners maken samen afspraken (één plan) over de hulpverlening met het gezin. Het gezin is partij bij deze afspraken. Het plan is bindend voor alle betrokken werkers en instellingen. De zorgcoördinator bewaakt de uitvoering.
5	Coördinatie van zorg in samenhang met inzet gezinscoaching	Het gezin maakt samen met de hulpverleners één plan en gezin en hulpverleners maken ook samen afspraken over de samenwerking. De gezinscoach treedt op als vertrouwenspersoon van het gezin, de zorgcoördinator bewaakt het plan en spreekt andere hulpverleners aan op hun verantwoordelijkheden.

Hoewel er in de praktijk altijd nuances zullen zijn, kan in de regel gesteld worden dat vanaf variant 3 de kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlener van elk van de afzonderlijke instellingen negatief wordt beïnvloed als men niet tot onderlinge samenwerking komt. In de praktijk kan dat genuanceerder liggen.

Als die samenwerking niet tot stand komt binnen de reguliere werkprocessen, is de vraag hoe te reageren? Hoe om te gaan met patstellingen tussen professionals van meerdere instellingen?

2.2 Doorzettingsmacht of samenwerkingscultuur

In de discussie over het doorbreken van een patstelling is de laatste jaren direct verband gelegd met het toekennen van doorzettingsmacht aan één van de betrokken partijen. Dat klinkt aantrekkelijk. Waar men niet vrijwillig tot samenwerking komt, krijgt één van de partijen de 'macht' om te bepalen wat er moet gebeuren. Maar het risico op ongewenste bijwerkingen bij een dergelijke ingreep is allerminst denkbeeldig. Coördinatie van zorg is gebaseerd op het idee dat de inzet van alle partijen nodig is om de interventie tot een succes te maken. Als het gevolg van het toepassen van doorzettingsmacht is, dat een of meer partijen zich terugtrekken uit de samenwerking, dan is kans op succesvolle hulpverlening op voorhand verkleind. Naast het instellen van een meld/coördinatiepunt met regelmacht, is het zaak om minstens zoveel aandacht te besteden aan de cultuur van samenwerken binnen de regio. Elementen van die aandacht zijn:

- Professionals moeten weet hebben van de rol en verantwoordelijkheid van andere instellingen waarmee ze samenwerking (kunnen) aangaan.
- Professionals hebben een zekere regelruimte nodig om op casusniveau met andere bij hun gezin betrokken hulpverleners informatie uit te wisselen en af te stemmen.
- Extra alertheid binnen instellingen op voortijdig afgebroken hulp en niet succesvol afgeronde hulp. Dat moet men niet primair zien als een falen van de hulp(verlener), maar als een signaal dat extra/andere inzet nodig is.
- Versterking van de verantwoordelijkheid van professionals. Als zij vinden dat bij een gezin coördinatie van zorg nodig is, moeten zij dat kunnen melden.
- Integrale afspraken over de grenzen van afzonderlijke instellingen heen over hoe met uitwisseling van informatie om te gaan en meer standaardiseren van de verschillende privacyreglementen van instellingen.
- Samenhangende monitoring van inzet en resultaat van hulpverlening.
- Het management van alle instellingen steunt de afspraken actief en spreekt elkaar aan op het niet nakomen ervan.

Praktisch betekenen deze aandachtspunten dat waar het gaat om multiprobleemgezinnen, de brede en sterk gedifferentieerde hulpverleningsector meer gaat optreden als een samenhangend stelsel. De multiprobleemgezinnen doen immers geen beroep op een instelling afzonderlijk, maar juist op het samenhangend stelsel.

Goede hulpverlening aan multiprobleemgezinnen is niet los te zien van het goed organiseren van die hulpverlening. Daarbij maken we een drieslag. Op casusniveau is het instrument van de gewenste samenhang: één gezin - één plan. Op instellingsniveau vereist de samenhang het in gezamenlijkheid instellen van een meld/coördinatiepunt dat de bevoegdheid heeft alle betrokken instellingen te manen hun medewerking te verlenen aan het opstellen van dat ene samenhangende plan. Acties op casus- en instellingsniveau kunnen echter niet zonder de steun vanuit beleid. Daarom moet het beleidsniveau uitspreken dat multiprobleemgezinnen een samenhangend optreden vereisen en daarvoor ook de noodzakelijke randvoorwaarden regelen.

Niveau	Instrument
Casusniveau	Eén gezin, één plan
Instellingsniveau	Meldpunt met regelmacht
Beleidsniveau	Integrale regie en randvoorwaarden

De drie niveaus zoals hiervoor geschetst hangen met elkaar samen. Op beleidsniveau worden de ambities geformuleerd en de voorwaarden geregeld. Instellingen geven daaraan vorm door een meld/coördinatiepunt in te stellen dat regelmacht heeft met betrekking tot alle deelnemende instellingen. Op casusniveau wordt per gezin één samenhangend plan opgesteld dat bindend is voor alle partners en waarin de taken van elke partij zijn vastgelegd. Dit model legt de doorzettingsmacht niet bij een bepaalde instelling. Dat is ook niet nodig omdat op beleids- en instellingsniveau is vastgelegd dat alle partijen hun medewerking verlenen aan de uitvoering van het samenhangend plan op casusniveau. De verbinding tussen de drie niveaus werkt ook andersom. Als in de uitvoering afspraken niet worden nagekomen, melden betrokkenen dat bij het meld/coördinatiepunt. Dat kan de betrokken instelling aanspreken, of gaat naar het beleidsniveau om hier te bewerkstelligen dat de randvoorwaarden worden aangescherpt. De samenwerking die vereist is tussen de uitvoerend werkers op het niveau van één gezin - één plan (horizontale samenwerking), moet ook ontstaan tussen de verschillende niveaus (verticale samenwerking). Hulpverleners moeten zich gesteund weten door hun management dat daarvoor samenwerkingsafspraken met andere instellingen moet maken en met hen samen een gezamenlijk meld/coördinatiepunt moeten faciliteren. En daarbij dient de lokale overheid de regierol actief in te vullen. Dat maakt het werken met multiprobleemgezinnen zo anders dan het reguliere werk en in de praktijk blijkt ook deze combinatie lastig is te realiseren. De problematiek van multiprobleemgezinnen houdt zich echter niet aan de grenzen van de takenpakketten van instellingen en werkers. Ze blijft ook niet beperkt tot het domein van de lokale overheid, of dat van de provincie of het zorgkantoor. De aanpak van de problematiek van multiprobleemgezinnen vereist samenwerking tussen alle betrokken partijen en binnen alle partijen.

Daarbij zijn twee regelprincipes te hanteren. Hiervoor is de meeste aandacht besteed aan het regelprincipe dat uitgaat van de professionaliteit van instellingen en werkers en dat inzet op het versterken van de samenwerkingscultuur. Het alternatieve regelprincipe zet in op doorzettingsmacht: het aanwijzen van een werker/instelling die verantwoordelijkheid draagt. Beide regelprincipes sluiten elkaar niet op voorhand uit. Waar samenwerking van onderop onvoldoende vorm krijgt, kan het hanteren van doorzettingsmacht nodig zijn, terwijl omgekeerd geldt dat doorzettingsmacht minder nodig zal zijn, naarmate in de uitvoering partijen elkaar vinden. Als we meewegen dat in de praktijk afstemming en samenwerking in veel situaties al regel is, ligt het voor de hand om terughoudend te zijn met het hanteren van doorzettingsmacht als eerste regelprincipe en meer gewicht toe te kennen aan het beantwoorden van de vraag: wat werkt in dit specifieke geval het best? Het is zaak om niet te snel de principes te volgen, maar een goed oog te hebben voor de specifieke lokale verhoudingen.

Het is een van de lessen uit de proeflocaties. Aan de slag gaan in een gezin zonder dat er vooraf geregeld is dat alle betrokken instellingen bij deze casus zullen samenwerken en zich verbinden aan het gezamenlijke plan, maakt van de gezinscoach een eenzame fietser. Hij moet meer moeite doen, de kans op slagen is kleiner en de bij het gezin gewekte verwachtingen zijn moeilijker waar te maken. Werken volgens ‘één gezin - één plan’ moet regel zijn waar de situatie van het gezin dat nodig maakt.

3. Bekostiging centraal

Multiprobleemgezinnen doen regelmatig een beroep op de hulpverlening. Ze horen tot het vaste klantenbestand, maar in de regel komen ze niet terug omdat ze zo tevreden zijn over de eerder verstrekte hulp, maar omdat deze onvoldoende geholpen heeft. Het verbeteren van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen betekent dan ook eerder een besparing, dan een kostenverhoging. Alleen is deze besparing moeilijk zichtbaar te maken. De besparing bestaat immers uit:

- Een verwacht lager toekomstig beroep van het gezin op hulp.
- Een efficiëntere uitvoering van de huidige hulp door de aanpak met 'één gezin – één plan'.

Tegelijkertijd is op de korte termijn extra inzet nodig, zowel voor het inrichten van een coördinatie/meldpunt, als voor het overleg om te komen tot samenhangende hulp. Als het samenhangend hulpverleningsplan is opgesteld, doet zich opnieuw een besparing voor. Dat plan voorkomt overlappende taken en maakt een enkele werker verantwoordelijk voor die taak. Dat levert de ene instelling een besparing op, terwijl het de andere instelling mogelijk een beperkte extra inzet kost. Het goed regelen van coördinatie van zorg en het beschikbaar stellen van gezinscoaches hoeft dan ook niet te stuiten op het ontbreken van financiële middelen. Maar we kunnen niet volstaan met het credo: 'doe het maar budgettair neutraal'. Daarvoor is het net even te ingewikkeld.

Voordat we verder ingaan op bekostiging van coördinatie van zorg en gezinscoaching eerst nog een drietal opmerkingen. De eerste is dat multiprobleemgezinnen ondanks de vele aandacht die ze terecht krijgen, maar een beperkt deel vormen van de klantenpopulatie van de meeste instellingen. We hoeven dus ook geen volledig nieuwe bekostigingssystematiek te ontwerpen. Wel moeten we ruimte maken binnen de huidige systematiek voor een adequate invulling van de begeleiding van multiprobleemgezinnen. Een tweede opmerking hangt hiermee samen. Multiprobleemgezinnen vormen geen nieuwe doelgroep. Ze zitten deels al in het cliëntenbestand van instellingen. Dat betekent dat er voor de reguliere activiteiten al bekostiging is. Alleen als er extra activiteiten nodig zijn, of als reguliere activiteiten een hogere intensiteit behoeven, kan extra bekostiging nodig zijn. Een derde opmerking: praten over besparingen als gevolg van efficiënter werken is fictief. Nagenoeg alle instellingen kampen met een capaciteitsgebrek en wachtlijsten. Een kleinere inzet bij een van bestaande cliënten, betekent eerder opnemen van een nieuwe cliënt. Op basis van een macroanalyse van de invoering van coördinatie van zorg en gezinscoaching is het aannemelijk dat dit besparing oplevert, maar op microniveau bij de afzonderlijke instellingen is dat niet meteen zichtbaar.

In de uitvoeringspraktijk zijn - afgezien van allerlei tussenvormen - twee organisatiemodellen te onderscheiden. In de ene variant wordt coördinatie van zorg en de inzet van gezinscoaching zoveel als mogelijk geïntegreerd bij bestaande instellingen; in de andere variant is gekozen voor een aparte organisatie zowel wat betreft het coördinatie/meldpunt als wat betreft gezinscoaches. Als er een aparte organisatie is gecreëerd voor het ontvangen en beoordelen van meldingen en als tevens sprake is van een aparte werkeenheid gezinscoaches zijn de meerkosten het hoogst.

In beide modellen is echter ook sprake van bijkomende kosten, die voor rekening komen van alle betrokken instellingen en die zich voordoen zowel in het voortraject als gedurende de uitvoering van het samenhangend hulpverleningsplan. Die kosten betreffen de volgende functies/activiteiten:

- contactopname met het gezin/outreachend werken
- informatie verzamelen

- beoordelen
- voorbereiding op en deelname aan rondetafelgesprekken
- bijdrage aan invulling coördinatie van zorg
- deelname aan opstellen samenhangend hulpverleningsplan
- herhalingsbijeenkomsten casusoverleg als onderdeel van uitvoering hulpverlening.

Deze functies behoren in de regel tot het normale werkproces van alle instellingen. Ze zijn onderdeel van de klassieke keten en worden bekostigd vanuit de reguliere financiering van de instelling. Er kan alleen een probleem voor de instelling ontstaan als onevenredig vaak een beroep op hen wordt gedaan. Gelet op de verschillende bekostigingssystemen van bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg, het maatschappelijk werk en de GGZ zal dat probleem zich in de ene sector eerder voordoen dan bij de andere.

Per pilotlocatie gaat het slechts om zeer beperkte budgetten per instelling. Dit is dan ook meer een zaak van gezamenlijke regievoering van de zijde van de financiers, dan van financiële tekorten. Kern is dat in de productafspraken tussen financiers en instellingen het deelnemen aan afspraken in het kader van coördinatie van zorg als regel wordt opgenomen.

Coördinatiekosten

In beide modellen is sprake van centrale coördinatie/meldpunten. Bij een efficiënte bedrijfsvoering, maakt het weinig uit of deze zijn ingebouwd bij bestaande meldpunten of instellingen, dan wel apart gerealiseerd. In beide varianten voert men immers dezelfde taken/activiteiten uit. Op hoofdlijnen gaat het om de volgende functies:

- bieden van consultatie
- actief verzamelen van informatie
- beoordelen van ingebrachte casuïstiek
- contact opnemen met het gezin
- organiseren rondetafelgesprek
- opstellen samenhangend hulpverleningsplan (één gezin - één plan)
- monitoren uitvoering coördinatie van zorg
- begeleiden van gezinscoaches
- functioneren als regel- en coördinatiecentrum
- rapportage naar instellingen en beleid.

Ook deze functies zijn niet exclusief. Ze zijn terug te vinden bij meldpunten Zorg en Overlast of Vangnet en Advies; te herkennen binnen de werkprocessen van Bureau Jeugdzorg, het AMW of bij de bemoeizorg van de GGZ. Het zijn dus functies die onderdeel zijn van het reguliere werkproces van hulpverlenende instellingen. In de praktijk blijkt echter dat in de verschillende sectoren de invullingen van deze functies verschillend zijn en dat met name er ook verschil is in bekostiging per functie. Zo kan voor de ene instelling coördinatie van zorg zich noodzakelijkerwijs beperken tot administratieve processen, terwijl een andere instelling in de bekostiging ruimte heeft om daadwerkelijk rondetafelgesprekken met hulpverleners te organiseren. We moeten ons ook realiseren dat we het hebben over functies in relatie tot de specifieke doelgroep multiprobleemgezinnen. Er moet dus steeds ruimte zijn voor de meest bewerkelijke variant van deze taken. Omdat het gaat om meervoudige problematiek, zijn er meerdere instellingen bij het gezin betrokken en dat maakt het verzamelen van informatie bewerkelijker. Dat geldt ook voor het bijeenroepen

van de betrokken hulpverleners, de contactopname met het gezin (vertrouwen winnen enz.) en het opstellen van het hulpverleningsplan.

De uitvoeringspraktijk verschilt afhankelijk van de keuzes die het meld/coördinatiepunt maakt en afhankelijk van de aard van de casuïstiek. Het is geen regel dat medewerkers van het meld/coördinatiepunt alle hiervoor genoemde taken uitvoeren. Zo kan de melder contact opnemen met het gezin, omdat deze immers al contacten heeft met het gezin. De melder kan ook een actieve rol vervullen in het organiseren van het rondetafelgesprek. De betrokken instellingen kunnen ook zelf de begeleiding van gezinscoaches en eventueel zelfs de monitoring van de uitvoering van de coördinatie van zorg op zich nemen, afhankelijk van de afspraken tussen meld/coördinatiepunt en instellingen. Als de instellingen deze taken uitvoeren, zal dat in de meeste gevallen binnen hun reguliere bekostiging vallen.

Om de kosten van een meld/coördinatiepunt te kunnen bepalen, is het belangrijk een relatie te leggen met de aantallen multiprobleemgezinnen. Beperkte aantallen maken dat een meld/coördinatiepunt onvoldoende expertise kan opbouwen en dat is nadelig voor de reputatie en de mate waarin het meld/coördinatiepunt in staat is om een geaccepteerde plaats te veroveren binnen de lokale infrastructuur. Daarom is het beter te kiezen voor een groter werkgebied, of voor inbedding van het meld/coördinatiepunt binnen een reguliere organisatie.

Bekostiging gezinscoach

De variëteit in duur en omvang van de inzet van gezinscoaches binnen de provincie Zuid-Holland is groot. In sommige pilots legde men op voorhand vast dat deze inzet beperkt moet zijn in aantallen weken en in een maximum aantal uren per week. In andere pilots is een meer open benadering gekozen. Gedurende de pilotfase is de bekostiging van de gezinscoaches incidenteel geregeld op basis van provinciale middelen en met door het rijk aan gemeente toegekende gelden. Enkele gemeenten dragen ook zelf substantieel bij aan de kosten van de pilots. Nu coördinatie van zorg en in het verlengde daarvan de inzet van gezinscoaches succesvol blijkt te zijn, willen we de mogelijkheden van meer structurele bekostiging verkennen.

Verschillende opties dienen zich daarvoor aan. Een mogelijkheid is het inzetten van gezinscoaches vanuit de jeugdzorg op indicatie. Dat vraagt wel een passende indicatiestelling vanuit Bureau Jeugdzorg en daarmee een toetsing of de taken passen binnen de kaders van de Wet op de jeugdzorg en de provinciale bekostigingsregels. Een tweede mogelijkheid is de inzet van gezinscoaches vanuit de thuiszorg. De AWBZ-financiering voor zowel ondersteunende begeleiding als voor activerende begeleiding, biedt hiertoe mogelijkheden. Deze inzet vereist een indicatiestelling van het CIZ. Er is sprake van dat enkele vormen van ondersteunende begeleiding overgaan van de AWBZ naar de Wmo. Dan kan ook de gemeente deze indicatie verstrekken. De uitvoering van ondersteunende en activerende begeleiding ligt vooral bij de thuiszorg, maar ook een organisatie als MEE of het Leger des Heils kan op deze basis gezinscoaching bieden. De derde mogelijkheid is de inzet van gezinscoaches vanuit het algemeen maatschappelijk werk. Voor deze inzet is geen aparte indicatiestelling nodig. Gemeenten financieren het algemeen maatschappelijk werk en vaak ook het schoolmaatschappelijk werk. Wel zal het vrijmaken van capaciteit uit de formatie van het maatschappelijk werk geen eenvoudige zaak zijn. De meeste instellingen kampen met korte of langere wachtlijsten. Daarom zal het inzetten van gezinscoaches vanuit het maatschappelijk werk in de praktijk betekenen dat additionele bekostiging nodig is. Dat zal ook nodig zijn als vanuit de GGD of andere lokale voorzieningen gezinscoaches worden ingezet. Nog twee andere opties zijn het noemen waard. Zowel de gezinsvoogd als de jeugdreclasseerder kunnen in theorie de rol van gezinscoach op zich nemen. Op basis van hun rollen en takenpakketten ligt echter de rol als zorgcoördinator meer voor de hand. Dat geldt zeker voor de gezinsvoogd. Een waarschuwing is hier op zijn plaats. Regels moeten niet

bepalen wie de rol van gezinscoach op zich neemt, maar in elke casus moet dat steeds opnieuw worden getoetst.

Bij de inrichting van het meld/coördinatiepunt is het zaak al rekening te houden met de verschillende opties voor bekostiging van de inzet van gezinscoaches. Wanneer de gezinscoach afkomstig is vanuit jeugdzorgaanbieders, of als de inzet van de gezinscoach gebeurt op basis van ondersteunende begeleiding of activerende begeleiding vanuit de AWBZ, is immers een indicatiestelling vereist. Het meld/coördinatie-punt moet deze indicatie snel kunnen (laten) regelen. Omdat de verwachting is dat het kabinet ondersteunende begeleiding voor specifieke groepen gaat overhevelen vanuit de AWBZ naar de WMO en daarmee de gemeenten verantwoordelijk maakt voor de toekenning hiervan, zal een zelfde afspraak met de gemeente gemaakt moeten worden. De mogelijke bekostiging van een gezinscoach moet niet het enige leidende criterium zijn. De keuze voor de invulling van de rol van gezinscoach wordt in de uitvoeringspraktijk immers ook mede bepaald door de aard van de problematiek - ligt het zwaartepunt bij opvoed- en opgroeivragen, of ligt dat bij problemen van de volwassenen van het gezin? - en de kwaliteit van de relatie tussen het gezin en betrokken hulpverleners. De aanwezigheid van een vertrouwensband tussen gezin en hulpverlener kan doorslaggevender zijn voor de invulling van de rol van gezinscoach dan de mogelijke bekostigingskansen.

Hiervoor hebben we laten zien dat met de inzet van coördinatie van zorg en gezinscoaches we op macroniveau kosten besparen doordat de hulp effectiever is en er minder hulpverleners nodig zijn. Dat laat onverlet dat in elke afzonderlijke casus de inzet van coördinatie van zorg en gezinscoaches om extra inzet vraagt. Of dat ook leidt tot extra kosten, hangt af hoe lokaal invulling wordt gegeven aan gezinscoaching. Is de gezinscoach een nieuwe en specialistische functie, gaat men uit van de visie dat de meest bij het gezin betrokken hulpverlener deze rol vervult, of is de gezinscoach op een andere wijze ingebed in de lokale infrastructuur? In hoofdstuk 5 gaan we hier verder op in.

Belangrijk is dat in alle varianten coördinatie van zorg en gezinscoaching altijd deel zijn van een samenwerkingsverband met meerdere instellingen, die allemaal een werkproces hebben met dezelfde keten van taken: van signalering, naar melding, beoordeling en uitmondend in interventie en afsluiting van de zorg. Coördinatie van zorg en gezinscoaching doorbreken het denken in losse ketens en leggen dwarsverbanden. Daardoor ontstaat als het ware een zorgcirkel rond het gezin met bestaande elementen van de hulpverlening die echter nu anders zijn georganiseerd. De meerkosten van deze andere vorm van organiseren blijven daardoor beperkt tot die activiteiten die additioneel worden ingezet: coördinatiekosten en de eventuele inzet van een gezinscoach.

In de uitvoeringspraktijk doet zich echter vaak een klein probleem voor met soms grote gevolgen. Een niet onbelangrijk deel van de gezinnen heeft financiële problemen. Het structureel regelen daarvan kost veel tijd. Met een klein budget op korte termijn kan veel ellende worden voorkomen. Het is daarom het overwegen waard om het meld/coördinatiepunt te voorzien van een beperkt flexbudget, zodat men sneller kan reageren. Achteraf als er via reguliere wegen alsnog budgetten beschikbaar komen, kan men dat verrekenen.

4. Eén gezin, één plan, één team

Het organiserende principe bij coördinatie van zorg en gezinscoaching omschrijven we als ‘één gezin, één plan en één team’. Dat klinkt aantrekkelijk en verleidelijk eenvoudig. In de uitvoeringspraktijk blijkt het echter nog moeilijk te realiseren. Zo is elke werker gebonden aan de protocollen van de eigen instelling, die deels hun basis vinden in wet- en regelgeving. De protocollen bepalen veelal dat de werker een hulpverleningsplan opstelt, passend bij taak en verantwoordelijkheid van de eigen organisatie. Om coördinatie van zorg vorm te kunnen geven, is het echter zaak om deze afzonderlijke hulpverleningsplannen op hoofdlijnen te integreren. Praktisch betekent dit dat ook de onderlinge taakverdeling en inzet wordt getoetst op mogelijke overlap, wat kan leiden tot het schrappen van dubbele taken. Dat vergroot de efficiency en komt ook de kwaliteit van de dienstverlening aan het gezin ten goede. Ook kan men in het kader van het samenhangende hulpverleningsplan besluiten om zaken die nu nog naast elkaar gepland zijn, na elkaar uit te voeren wanneer de situatie dat toelaat.

> Een voorbeeld: een van de signalen van het gezin is opvoednood en de jeugdzorg indiceert intensieve gezinsbegeleiding. In de uitvoering blijkt al snel dat er in het gezin ook ernstige financiële problemen zijn. Het kan dan zaak zijn om eerst rust te brengen op het materiële vlak, alvorens te starten met de gezinsbegeleiding. De indicatie dient dan te worden aangehouden, maar direct beschikbaar zijn als de tijd daarvoor rijp is. In het samenhangend hulpverleningsplan wordt dit - bindend voor alle partijen - vastgelegd.

Het samenhangend hulpverleningsplan stuurt dus niet alleen de inzet van de direct bij het gezin betrokken werkers, maar ook de inzetplanning van de achterliggende instelling. Om snel en efficiënt te kunnen werken zal het meld/coördinatiepunt - formeel de verantwoordelijke partij voor het opstellen van het samenhangend hulpverleningsplan - het mandaat moeten hebben om beslissingen van deze orde ook te kunnen nemen. Dat is dus een omkering van het normale werkproces. Waar we in de regel uitgaan van de mogelijkheden van de instelling en daarbinnen de vraag van de cliënt plaatsen, wordt nu het hulpverleningsplan buiten de instelling opgesteld waarbij primair oog is voor de belangen van het gezin en de onderlinge afstemming. De afzonderlijke instellingen gaan op basis van dit hulpverleningsplan hun eigen planning maken. Het zal duidelijk zijn dat instellingen die instemmen met het mandaat voor het meld/coördinatiepunt, zich de consequenties daarvan moeten realiseren. Het gaat echter altijd om een zeer klein deel van de eigen cliëntpopulatie en dat maakt het mogelijk om inderdaad deze afspraken te maken.

De afspraken in het samenhangend hulpverleningsplan kunnen ver gaan. In de meest vergaande vorm treden de hulpverleners van de verschillende instellingen op als één samenhangend team en dat uit zich ook in de verantwoordelijkheidsverdeling. Werkers rapporteren aan elkaar en voegen zich naar de besluiten in het plan en de eventuele aanwijzingen van de zorgcoördinator. De verticale verhoudingen zijn vervangen door horizontale en in de uitvoering heeft het team het mandaat te bepalen wat in nodig is. Het refereert aan de discussies over frontlijnsturing in het werken in probleemwijken. De idee is dat naarmate de situaties waarin werkers moeten functioneren minder voorspelbaar zijn, het nodig is om hen een grotere regelruimte toe te kennen en de verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie neer te leggen. Daarvoor moeten wel de noodzakelijke randvoorwaarden op beleids- en instellingsniveau geregeld zijn.

4.1 Privacy

Een van de randvoorwaarden die goed geregeld moet zijn, betreft de privacyrechten van het gezin en de verschillende regelingen met betrekking tot privacy zoals vastgelegd in de protocollen van afzonderlijke instellingen. In elke fase van het werkproces spelen privacyaspecten immers een rol. Dat begint al bij de signalering. In welke situaties mag dat, mag elke burger of professional dat doen en in hoeverre is dan de anonimiteit van de melder gewaarborgd? Maar ook is de vraag aan de orde in welke situaties niet melden verwijtbaar is en wanneer er dus een meldplicht is. En niet in de laatste plaats dient er antwoord te zijn op de vraag in hoeverre het betrokken gezin over de melding geïnformeerd moet zijn.

Ook in de vervolgfase, waar de beoordeling van de melding centraal staat, spelen privacykwesties een belangrijke rol. Om een goede beoordeling te kunnen maken, moet men beschikken over adequate en juiste informatie. De belangrijkste bron daarbij is altijd het gezin zelf, maar ook andere instellingen hebben relevante informatie. De twee kernvragen zijn: In welke situaties kunnen instellingen informatie afstaan? En is daar telkens de toestemming van het gezin voor nodig?

Privacy vraagt ook in de uitvoeringsfase steeds weer om aandacht en vooral om zorgvuldigheid. Het werken volgens het model ‘één gezin - één plan - één team’ kan al te makkelijk leiden tot de veronderstelling dat binnen dat team alle informatie zondermeer mag worden uitgewisseld. Die veronderstelling is echter niet juist. Elke werker blijft immers gebonden aan de regels van de eigen instelling en zijn relatie met de cliënt. Voordat de werkers onderling informatie uitwisselen, moeten ze zich steeds afvragen of het gaat om ‘need to know’ informatie.

Het mag duidelijk zijn dat privacy te belangrijk is om telkens per situatie al improviserend en discussierend te bepalen hoe te handelen. Niet alleen omdat dit kan leiden tot handelen in strijd met de regels van de eigen instelling, maar ook omdat het weinig respectvol omgaan met de privacyrechten van cliënten, een sterk negatief effect heeft op de hulpverleningsrelatie. Het leidt tot verlies aan vertrouwen.

Het opzetten van een meld/coördinatiepunt, het coördineren van zorg en in het verlengde daarvan het inzetten van een gezinscoach, vereist dan ook vanaf de start dat privacyaspecten goed zijn geregeld en vastgelegd in een reglement. Dat reglement beperkt zich niet tot alleen het meld/coördinatiepunt, maar is verbonden met de reglementen van de verschillende instellingen. Datzelfde geldt ook voor het werken als team in de uitvoering. Ook hier dient zowel het werkproces zelf en hoe daarbinnen met privacy om te gaan te zijn vastgelegd, als dat dit ook is verankerd in de afzonderlijke reglementen van de betrokken instellingen. Dit zowel vanwege de rechten van de cliënt als ter bescherming van de hulpverleners.

Privacy heeft de naam ingewikkeld te zijn en veel onmogelijk te maken van wat in de uitvoeringspraktijk nodig is. De basisregels zijn echter verrassend eenvoudig:

- Alleen gegevens die nodig zijn voor de behandeling mogen worden vastgelegd in registraties van instellingen.
- Het gebruik van gegevens anders dan waarvoor ze zijn vastgelegd, mag alleen met toestemming van de cliënt.
- Alleen in situaties waarin een hoger cliëntbelang gediend is, mag van deze regels worden afgeweken, maar de hulpverlener dient zich hierover te verantwoorden. Dat is bijvoorbeeld aan de orde waar sprake is van mishandeling.

Deze drie basisregels bieden een eerste houvast, maar de praktijk is altijd diffuser. Juist daarom is het noodzaak om privacyaspecten in het werken met en voor multiprobleemgezinnen vanaf de start goed te regelen. De helpdesk Privacy bij het ministerie van Justitie kan hierbij steun bieden. Vanuit het ministerie

voor Jeugd en Gezin is de ontwikkeling van een landelijke richtlijn voor privacy aangekondigd. Deze zal naar verwachting er in 2009 zijn. Het is te hopen dat deze richtlijn ook aandacht heeft voor de uitwisseling van informatie die de volwassen leden van het gezin betreft. Het zijn immers vaak de problemen van volwassenen die negatief uitwerken op de ontwikkelingskansen van het kind.

5. De gezinscoach, functie of rol

De pilots laten zien dat in veel situaties het inzetten van coördinatie van zorg afdoende is. In het samenhangend hulpverleningsplan worden de afspraken tussen de werkers en de instellingen vastgelegd en in de uitvoering ervan functioneren de werkers als één team. Bij het opstellen van het samenhangend hulpverleningsplan maken de betrokkenen de afweging of er wijzigingen nodig zijn in de aard en omvang van de inzet van betrokken hulpverleners om zodoende de hulp beter te stroomlijnen en mogelijke overlap in de inzet van de verschillende hulpverleners eruit te halen.

Een tweede aspect dat bij het opstellen van het samenhangend hulpverleningsplan speelt, is de beoordeling of er inzet van een andere orde nodig is, namelijk de inzet van een gezinscoach. De term gezinscoach is nog relatief nieuw. In het verlengde van de brand in Roermond in 2002 heeft deze term een grote vlucht genomen. Overal in het land zijn projecten met gezinscoaching gestart in een toenemende variëteit. Gezinscoaching wordt niet alleen bij multiprobleemgezinnen ingezet, maar bijvoorbeeld ook als instrument binnen een drangtraject. Of bestaande werkvormen zijn van naam veranderd en wat vroeger intensief casemanagement of intensieve gezinsbegeleiding was, heet nu gezinscoaching. Daar zijn goede redenen voor. Gezinscoaching heeft zich, ondanks dat het geen strak omschreven methodiek is, ontwikkeld tot een ‘sterk merk’. Coaching roept positieve associaties op: coaching van topsporters, managers, politici en artiesten. Coaching focust op kracht, terwijl het verlenen van hulp wordt geassocieerd met zwakte.

In de pilots in Zuid-Holland is gezinscoaching meer en meer geplaatst in het verlengde van coördinatie van zorg, maar die keuze is niet in alle pilots gemaakt. In sommige pilots wijst men onmiddellijk na een melding al een gezinscoach toe die vanuit het werken in en met het gezin, vorm geeft aan coördinatie van zorg. Dat maakt het begrip gezinscoach diffuus, want in dit laatste geval is er al een ‘gezinscoach’ voordat is vastgesteld of deze wel nodig is. Dit zien we als een negatieve bijwerking van de positieve klank die de term gezinscoach heeft: te makkelijk en te snel gebruikt met de term gezinscoach. Maar ook wanneer het hanteren van de term gezinscoach wel passend is, is er sprake van een grote variëteit in gezinscoaching en dus ook een grote variëteit in de benodigde competenties van de gezinscoach en in de duur en omvang van de inzet ervan. Het ‘merk’ gezinscoach heeft een steeds sterkere reputatie gekregen en het begrip is tegelijkertijd steeds diffuser geworden. Dat laatste maakt het nodig om de situaties waarin de term gezinscoaching wordt gebruikt duidelijker te omschrijven:

- Het gaat om gezinnen met een of meer minderjarige kinderen
- Het gaat om gezinnen waar sprake is van meervoudige problematiek en die niet beperkt blijft tot slechts een van de gezinsleden
- Het gaat om gezinnen waarbij meerdere hulpverleners gelijktijdig zijn betrokken en waar het nodig is om een samenhangend hulpverleningsplan op te stellen (coördinatie van zorg). In het verlengde daarvan kan mogelijk een gezinscoach worden ingezet. Daarvoor is echter nodig dat:
    - Het gaat om gezinnen die tijdelijk of langdurig onvoldoende regie hebben over het eigen leven en hierbij ondersteuning nodig hebben Het gaat om gezinnen waarbij als onderdeel van het hulpverleningsplan het steun bieden bij regie wordt belegd bij een professional (de gezinscoach) die als zodanig voor het gezin herkenbaar is en geaccepteerd wordt en van wie rol en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in het samenhangend hulpverleningsplan.

Ook deze omschrijving laat nog ruimte voor variëteit. Zo doen we geen uitspraak of zorgcoördinatie en gezinscoaching is uit te voeren door éénzelfde persoon. Het is ook niet mogelijk of wenselijk om tot een uniforme aanpak te komen. Het is immers de aard van de problematiek van de altijd weer verschillende

gezinnen die leidt tot variëteit in gezinscoaching. Wel zijn er een aantal overeenkomsten. De gezinnen waarbij coördinatie van zorg nodig is en waar de inzet van een gezinscoach aan de orde kan zijn, kenmerken zich vaak door psychiatrische problematiek, of door schulden of doordat de ouders een verstandelijke beperking hebben. Soms treden deze kenmerken ook in combinatie op. In de praktijk blijft gezinscoaching in de uitvoeringspraktijk altijd maatwerk.

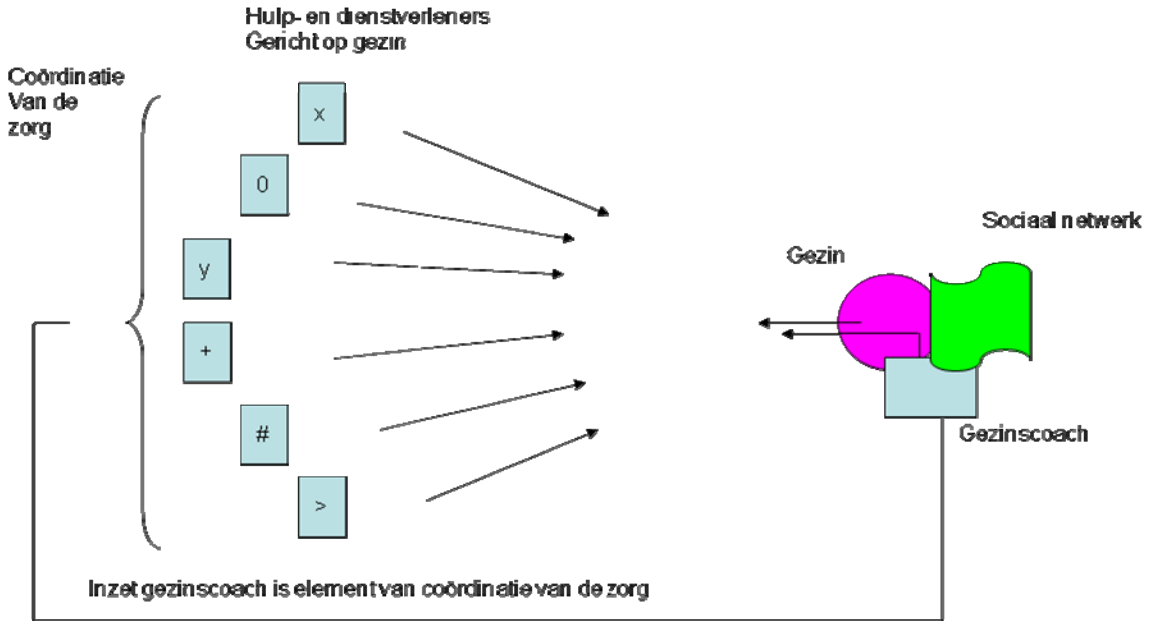
Het blijft moeilijk om de termen coördinatie van zorg en gezinscoaching van elkaar te onderscheiden. Dat komt niet op de laatste plaats omdat de pilots in Zuid-Holland allemaal zijn begonnen als projecten gezinscoaching. Alles wat er gebeurde behoorde daarmee tot gezinscoaching. Geleidelijk aan is het werkproces verhelderd. Nadat het meld/coördinatiepunt een melding heeft geaccepteerd, legt het contact met het gezin en de betrokken hulpverleners. Indien nodig vindt er afstemming plaats en worden er werkafspraken gemaakt. We noemen dit vormgeven aan coördinatie van zorg. Het nakomen van de gemaakte afspraken, bewaakt de zorgcoördinator. Die taak van zorgcoördinator kan onder het meld/coördinatiepunt vallen, maar ook bij een van de betrokken hulpverleners liggen.

Onderdeel van de afspraken kan ook zijn dat het nodig is om het gezin extra te ondersteunen. De functionaris die deze rol vervult, is de gezinscoach. In sommige pilots vervult de gezinscoach ook de rol van zorgcoördinator.

We wijzen erop dat niet alle pilots dit onderscheid maken. Zo heet soms een medewerker die tot taak heeft de coördinatie van zorg, toch gezinscoach. Dat is verwarrend, maar begrijpelijk vanuit de ontstaansgeschiedenis van de pilots. In deze notitie gebruiken we de termen coördinatie van zorg en gezinscoaching wel conform het aangebrachte onderscheid.

Maar waar de uitvoering om ruimte voor maatwerk vraagt, betekent dat niet dat er op bij het organiseren van gezinscoaching vanuit overheid en instellingen op systeemniveau niet een aantal zaken geregeld moeten worden. Daarbij is het maken van keuzes aan de orde. Keuzes die zowel inhoudelijk zijn, als dat ze gevolgen hebben voor organisatie en bekostiging. Een van de belangrijkste keuzes is of de gezinscoach gezien wordt als een gespecialiseerde functie, of dat het eerder een rol is die door een van de bij het gezin betrokken hulpverleners kan worden vervuld.

Schema: positie van de gezinscoach



Alle betrokken hulpverleners en de gezinscoach, want die is immers ook hulpverlener, zijn blauw aangegeven.

De inzet van de betrokken hulpverleners is onderling afgestemd: coördinatie van zorg.

Coördinatie van zorg leidt tot een samenhangend hulpverleningsplan, inclusief inzet van een gezinscoach. Reden daarvoor is de constatering dat het gezin steun nodig heeft bij het voeren van regie over het eigen leven en ook ondersteuning bij de contacten met de (vele) hulpverleners. Daarom staat de gezinscoach in het schema aan de kant van het gezin en hun sociaal netwerk. De gezinscoach kan zijn rol vervullen in combinatie met een taak als een van de reguliere hulpverleners, maar over de wenselijkheid daarvan wordt verschillend gedacht.

De gezinscoach als aparte functie

In deze variant zien we rol van gezinscoach als een vorm van gespecialiseerde hulpverlening. Hier is de gezinscoach dus niet één van de hulpverleners die al hulp verleenden aan het gezin, maar komt de gezinscoach er pas bij als het samenhangend hulpverleningsplan aangeeft dat de inzet van een gezinscoach nodig is. Vervolgens vermindert het aantal betrokken hulpverleners omdat de gezinscoach gekwalificeerd is om zelf hulp te verlenen. In deze variant vertoont de gezinscoach sterke overeenkomsten met intensieve gezinsbegeleiding. Deze variant vergt een werkeenheid van gezinscoaches op stads- of regioniveau. Dat schaalniveau is nodig omdat er anders onvoldoende casuïstiek is om de aparte werkeenheid te rechtvaardigen. Het voordeel van deze variant is de inzet van gespecialiseerde en ervaren hulpverleners. Nadeel kan zijn dat de aparte werkeenheid de verkokering in de zorg aan multiprobleemgezinnen eerder versterkt dan opheft en dat andere instellingen zich terugtrekken omdat immers een gespecialiseerde gezinscoach wordt ingezet. In deze variant ligt het voor de hand om het meld/coördinatiepunt en het team gezinscoaches binnen één organisatie te plaatsen. Dat vergemakkelijkt de communicatie, maar versterkt de idee dat slechts één organisatie verantwoordelijk is voor multiprobleemgezinnen. Bijkomend nadeel is dat de bekostigingsmogelijkheden op basis van

indicatiestelling voor de jeugdzorg of voor ondersteunende/activerende begeleiding op grond van de AWBZ, minder makkelijk zijn te gebruiken.

De gezinscoach als rol

Gezinscoaching kunnen we ook zien als een rol te vervullen door een van de al bij het gezin betrokken hulpverleners. Het aantal hulpverleners hoeft dan niet te worden uitgebreid, er is geen overdracht nodig. Behalve dat die keuze gemotiveerd kan worden op basis van de invulling van het samenhangend hulpverleningsplan, is ook de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en gezin een sterk bepalende factor. De coachingsrol stelt immers voorop dat de gecoachten vertrouwen moeten hebben in de coach.

Het nadeel van deze variant is het risico dat de gezinscoach weinig of geen ervaring heeft met deze nieuwe rol. Stevige betrokkenheid van de andere bij het gezin betrokken hulpverleners is daarom hier nodig. Qua bekostiging is het voordeel dat de activiteit gezinscoaching meer in het verlengde ligt van de al verstrekte reguliere hulp, waardoor de kans op voorzetting ervan reëel is en er minder of geen additionele middelen nodig zijn.

De twee varianten hoeven in de uitvoeringspraktijk elkaar niet uit te sluiten, maar kunnen binnen dezelfde regio ook door elkaar worden gebruikt. Het hangt sterk af vanuit welke overtuiging of visie per gemeente/regio invulling wordt gegeven aan gezinscoaching. Waar men kiest voor de gezinscoach als aparte functie is het vertrouwen in hulpverlening als ‘werkend bestanddeel’ nog groot; waar de voorkeur uitgaat naar de gezinscoach als rol ligt het zwaartepunt bij ‘vertrouwen’ als werkend bestanddeel.

In de laatste variant zal men ook eerder eigenkrachtconferentie en familienetwerkberaad gebruiken. Men kan voor de ene of de andere variant kiezen afhankelijk van de eigen visie. In een meer pragmatische benadering kan ook telkens de situatie de situatie van het gezin zelf doorslaggevend zijn bij het bepalen van de keuze.

Begeleiding van gezinscoaches

In beide varianten is aandacht voor training en begeleiding van gezinscoaches noodzakelijk. In de variant van de gezinscoach als aparte functie is scholing en werkbegeleiding het makkelijkst te organiseren. Hier is immers een apart team en aan elk van de medewerkers is een bepaalde kwalificatie-eis gesteld. Diverse organisaties bieden momenteel trainingen gezinscoaching aan als posthbo-opleiding. Ook werkbegeleiding is relatief eenvoudig te organiseren, juist omdat er sprake is van een apart team. Omdat de gezinscoaches in deze variant een complexe taak hebben in een moeilijke werksituatie, is het zaak om hun werkbegeleiding stevig in te richten.

Los van de directe begeleiding, training of intervisie die de gezinscoaches ontvangen, is er ook steun en begeleiding vanuit het meld/coördinatiepunt. Dit vervult immers een monitorfunctie van de uitvoering van het hulpverleningsplan. Vergelijkbare steun krijgt de gezinscoach van de zorgcoördinator. Per casus wordt immers een werker aangewezen die deze rol op zich neemt. Deze zorgcoördinator is direct verantwoordelijk voor de uitvoering van het hulpverleningsplan en heeft dus regelmatig contact met de gezinscoach. Bij training en begeleiding van gezinscoaches moeten we daarom niet alleen oog hebben voor de behoeften van de gezinscoaches, maar ook voor de wijze waarop het werkproces is ingericht. Gezinscoaches functioneren immers niet in een isolement, maar geven uitvoering aan een

hulpverleningsplan dat vanuit het meldpunt wordt gemonitord en dat door de zorgcoördinator wordt bewaakt en bijgesteld.

Het is een optie om het meld/coördinatiepunt ook de taak te geven de werkbegeleiding of intervisie te verzorgen voor de gezinscoaches en de zorgcoördinatoren. Zowel de meeste meld/coördinatiepuntcoördinatoren als een groot aantal van de geïnterviewde gezinscoaches pleiten hiervoor. Concentratie van deze taken bij het coördinatie/meldpunt maakt ook dat er een dialoog tot stand komt over de invulling van de relatie tussen coördinatie/meldpunt, zorgcoördinatoren en gezinscoaches.

In de variant van de gezinscoach als een gespecialiseerde functie zien we dat in de uitvoeringspraktijk soms de rol van zorgcoördinator en gezinscoach samenvallen. Deze keuze is te verdedigen als deze goed past binnen het samenhangend hulpverleningsplan en de onderlinge verhoudingen tussen alle betrokkenen goed zijn. Als deze keuze echter samenvalt met een gezinscoach die op afstand van het meldpunt functioneert, is het risico reëel dat er een te zware last ben een persoon wordt gelegd. Het is zaak om hier terughoudend te zijn.

Training en intervisie zijn echter niet alleen voorbehouden aan hen die de rol of functie van gezinscoach vervullen. In hoofdstuk 2 is aangegeven dat over de hele linie de aandacht voor het herkennen van multiprobleemgezinnen versterkt dient te worden. Onderdeel daarvan kan ook zijn dat instellingen voor maatschappelijk werk, thuiszorg of jeugdzorg naast training gericht op signalering en beoordeling, ook hun werkers gaan trainen in het werken met multiprobleemgezinnen. Deze gezinnen zijn immers deel van de cliëntpopulatie en werkers moeten toegerust zijn om met alle cliënten een positieve werkrelatie aan te gaan. Een proactief trainingsaanbod maakt het tevens makkelijker om de variant gezinscoach als rol in de praktijk vorm te geven.

6. Routes maken in een veld dat beweegt

De beperkte toegankelijkheid en het gebrek aan overzichtelijkheid van het hulpverleningsveld zijn al vele jaren een discussiethema. Als uitkomst van die discussies worden met enige regelmaat stelselwijzigingen aangekondigd en in uitvoering gebracht. In jeugdzorgland is de inwerkingtreding van de Wet op de jeugdzorg per januari 2005 daar een belangrijk voorbeeld van. De introductie daarin van het éénloketmodel vergroot de toegankelijkheid en overzichtelijkheid: het Bureau Jeugdzorg. De jeugdzorg is hierdoor zeker herkenbaarder geworden, maar het bleek geen afdoende antwoord op het vraagstuk van de toegankelijkheid. De afbakening met voorliggende voorzieningen als onderwijs en lokale (jeugd)zorg, is nog steeds een discussiepunt. Deels in reactie hierop, deels als autonome beweging zijn deze voorliggende voorzieningen bezig zich herkenbaarder, overzichtelijker en toegankelijker te organiseren. De ambitie om in alle gemeenten centra voor Jeugd en Gezin te vestigen is daar het meest spraakmakend voorbeeld van. Minder zichtbaar, maar even belangrijk is de ontwikkeling binnen het onderwijs. Scholen voor primair en voortgezet onderwijs en in toenemende mate ook de ROC's, beschikken over zogenoemde zorg- en adviesteams. Deze zorgstructuren binnen het onderwijs en de centra voor Jeugd en Gezin passen in een tendens om hulp en advies dichtbij de cliënt aan te bieden. Niet de cliënt moet de weg weten naar hulpverleningsland, maar hulpverleningsland moet dichtbij de cliënt herkenbaar aanwezig zijn en preventief en proactief optreden.

Vergelijkbare ontwikkelingen zijn te zien in de hulp- en dienstverlening aan volwassenen. De Wet op de maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2007) is daar een belangrijke aanjager van. Deze wet legt de regieverantwoordelijkheid op een breed terrein van maatschappelijke vraagstukken bij de lokale overheid. En die regie wordt steeds meer vanuit een breder kader gevoerd. In de uitvoeringspraktijk legt men de verbinding met vraagstukken van leefbaarheid, met participatiebeleid zoals gestimuleerd door de Wet werk en bijstand en de nieuwe Wet inburgering. Diezelfde Wmo omvat ook het lokale jeugdbeleid (prestatieveld 2). Dat biedt kansen aan gemeenten die bij de invulling van hun regierol de hulp aan multiprobleemgezinnen daadwerkelijk samenhangend willen vormgeven.

Vergelijkbaar met de ontwikkeling in het jeugdveld is ook in de hulp- en dienstverlening aan volwassenen sprake van opkomst van zorgstructuren. Dat gebeurt in de justitiekolom in het verlengde van het justitieel casusoverleg en bij reïntegratietrajecten vanuit de Wet werk en bijstand. Rond specifieke thema's worden meldpunten ingericht. De advies- en meldpunten huiselijk geweld hebben inmiddels nagenoeg landelijke dekking. Dat geldt ook voor de meldpunten zorg en overlast die veelal zijn opgezet in samenwerking tussen de OGGZ en de GGD, hoewel deze landelijk nog niet onder een uniforme naam bekend zijn. Soms worden ze nog genoemd naar de functie die ze vervullen: Vangnet en Advies. Van recente datum is ook de vorming van zorgstructuren bij schuldenproblematiek. Dreigende huisuitzetting of afsluiting van gas, stroom of water vormt dan het vertrekpunt voor het starten van hulpverlening.

De ontwikkelingen in het jeugd- en in het volwassenenveld lopen deels parallel en kenmerken zich door:
- Gemeenten die actiever zijn als regievoerder
- Versterking van basisvoorzieningen met zorgstructuren
- Basisvoorzieningen die opgaan in bredere constructies waardoor een meer integrale dienstverlening mogelijk is (centrum voor Jeugd en Gezin, brede school, jongerenloket rmc/wwb)
- Inrichting van meldpunten op specifieke thema's (huiselijk geweld, kindermishandeling, zorg en overlast), die open staan voor professionals en burgers, zodat signalen beter doorkomen.

Tegelijkertijd is er ook sprake van verschillen tussen het jeugd- en het volwassenenveld. In het jeugdveld staat vroegtijdige signalering en proactief optreden centraal; in het volwassenenveld is sterker sprake van

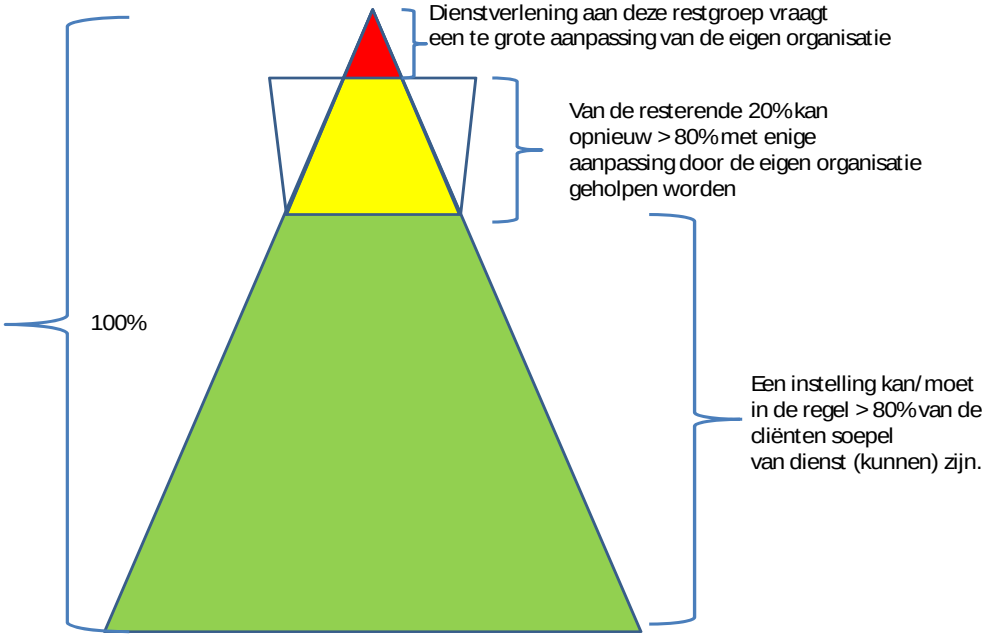
de notie dat de cliënt ook een eigen verantwoordelijkheid heeft. Dit verschil is terug te zien in discussies over het inzetten van verplichte opvoedhulp bij gezinnen en terughoudendheid bij de keuze voor dwangbehandeling. Maar ook op dit terrein is een parallel te zien. De klassieke tweedeling in enerzijds vrijwillige hulp en anderzijds vormen van gedwongen hulp op basis van rechterlijke uitspraken (jeugdbescherming, jeugdreclassering, uithuisplaatsing), is steeds minder herkenbaar in zowel het jeugdveld als in de maatschappelijke opvang.

De hoofdvraag is of met deze ontwikkelingen het totale veld van hulp- en dienstverlening aan jeugdigen en volwassenen nu voldoende toegankelijk en transparant is?

In het verlengde hiervan speelt de vraag of het totale veld nu ook in staat is om vanuit reguliere structuren hulp te bieden aan multiprobleemgezinnen? In hoofdstuk 2 hebben we al vastgesteld dat we daartoe eerst het vermogen van reguliere instellingen om te herkennen dat er sprake is van mogelijke multiproblematiek moeten versterken. Maar dat is niet afdoende.

Intermezzo

Voor instellingen geldt hetzelfde als wat voor commerciële dienstverleners geldt. Als het merendeel van de potentiële klanten zich niet in het product of de kwaliteit herkent, dan is de organisatie geen lang leven beschoren. In het schema is dat weergegeven met de 80-20 regel.



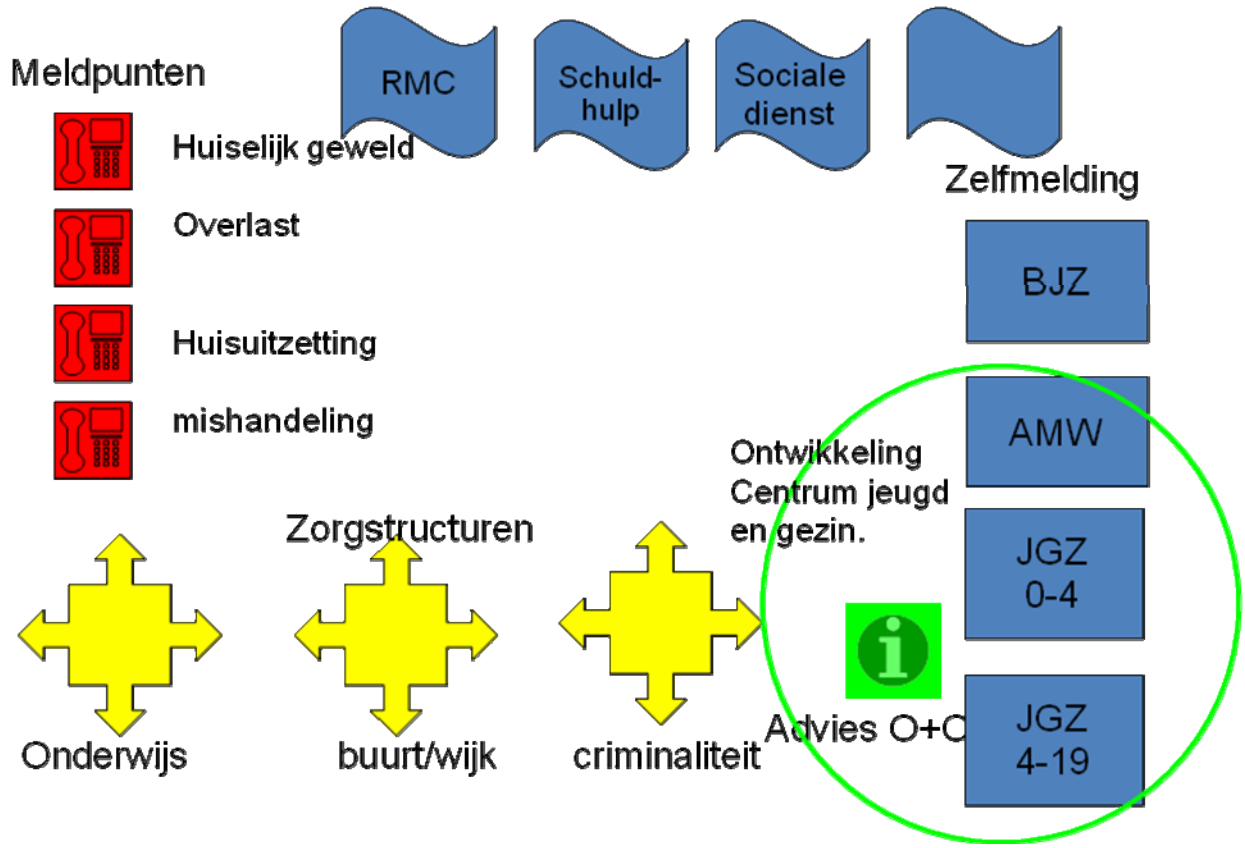
Een instelling dient minstens 80% van de cliënten goed en adequaat te kunnen helpen. Op deze 80% zijn de bedrijfsprocessen afgestemd. Een soepele organisatie van de dienstverlening, ondersteund door ICT, draagt zorg voor een hoge graad van efficiëntie. Een beperkt deel van de cliënten (20%) vraagt om iets extra's. Die vraag is echter niet zodanig afwijkend dat ze daarom als cliënt geweigerd moeten worden. Met enige extra inspanning en aanvullende dienstverlening kunnen ze alsnog bediend worden. Een beperkt deel van deze laatste groep heeft echter een dermate complexe vraag dat deze binnen het reguliere werkproces niet is te beantwoorden. De expertise van de instelling is hiervoor onvoldoende. Het is zaak - zowel in het belang van de cliënt als de eigen organisatie - om deze groep cliënten vroegtijdig te herkennen en een passend antwoord te vinden buiten de reguliere werkprocessen om.

Multiprobleemgezinnen zijn gezinnen waar de problemen zich opstapelen, die contact hebben met een groot aantal hulpverleners, zonder dat er sprake is van vertrouwen of voldoende resultaat. Geen enkele instelling is toegerust om deze gezinnen in de volle breedte de hulp en steun te bieden die nodig zijn. Het is dit gegeven dat het nodig maakt, dat instellingen bij de dienstverlening aan deze gezinnen telkens op casusniveau opnieuw een alliantie aangaan. Die alliantie is eerder omschreven als het werken volgens het motto ‘één gezin, één plan en één team’.

6.1 Over de relatie met ondermeer BJZ, CJG en meldpunten Zorg en Overlast

In de infrastructuur voor hulp aan jeugdigen en volwassenen zijn een aantal ‘knooppunten’ te herkennen. We noemen het knooppunten omdat hier een aantal lijnen samenkomen en er binnen deze knooppunten expertise beschikbaar is voor een bredere beoordeling dan nodig is voor een toetsing of het aanbod van de eigen organisatie aansluit bij de hulpvraag. Dat geldt nadrukkelijk voor het Bureau Jeugdzorg, een instelling waarvan een van de kerntaken is het maken van deze brede beoordeling. Maar het zal ook gaan gelden voor de centra voor jeugd en gezin, als deze erin slagen een goede verbinding aan te gaan met de zorgstructuren binnen het onderwijs en kunnen aansluiten bij de jeugdzorg. In het volwassenenveld vervullen de meldpunten Zorg en Overlast - en in iets mindere mate de meldpunten Huiselijk Geweld - een vergelijkbare functie. Ook zij krijgen meldingen binnen dat er sprake is van problemen, zonder dat de achterliggende oorzaak van de problemen direct zichtbaar is. Ook een instelling voor maatschappelijk werk kan als zodanig fungeren, zeker als ze een breed aanbod hebben dat zich ook uitstrekt naar schuldhulp en sociaal raadsliedenwerk. Als men bij deze ‘knooppunten’ bij de aanvaarding van de melding vaststelt dat er sprake is van een bredere problematiek, zal er een brede beoordeling opgesteld moeten worden, waarbij men kijkt of er problemen zijn op een groot aantal levensgebieden van de cliënt. Als dat inderdaad het geval is, dient men de stap naar zorgcoördinatie te zetten. Daarbij is de vraag aan de orde of men dat kan initiëren vanuit de knooppunten zelf, of dat inschakeling van een meld/coördinatiepunt voor multiprobleemgezinnen nodig is. Een uitspraak hierover in algemene zin is niet mogelijk. Het hangt zowel af van de concrete casuïstiek als de mate van toerusting van het knooppunt. In meer algemene zin is de stelling te verdedigen dat meervoudige problematiek nog vanuit het knooppunt is op te pakken, maar dat complexe problemen de mogelijkheden van deze knooppunten overstijgen. Dat geldt in zowel het jeugdveld als in het volwassenenveld.

De lokale infrastructuur is verre van eenvoudig. Het onderstaande schema maakt dit zichtbaar.



Het organiseren van onderlinge verbindingen is geen gemakkelijke opgave. Voor een meld/coördinatiepunt multiprobleemgezinnen is het zaak met al deze structuren, meldpunten en loketten afspraken te maken, of aan te sluiten bij al bestaande afspraken. Dat wordt makkelijker als het meld/coördinatiepunt Multiprobleemgezinnen bijvoorbeeld is aangehaakt bij het meldpunt Zorg en Overlast of bij een stevig centrum voor Jeugd en Gezin. De verschillende andere knooppunten zijn dan te beschouwen als frontoffices - het zijn immers allemaal 'offices' waar burgers direct terecht kunnen met hun melding - en het meld/coördinatiepunt voor multiprobleemgezinnen is dan de backoffice, want hier kunnen alleen professionals met hun melding terecht. In de proeflocaties is deze organisatievorm ook naar voren gekomen. Enkelen van hen hadden bij de start gekozen voor het ook ontvangen van meldingen van burgers, maar naarmate men zich meer ging richten op multiprobleemgezinnen bleven alleen professionals als melder over.

Binnen het model frontoffice/backoffice kan men altijd nog variëren in de toerusting van de frontoffices, die door hun verschillende taak en functie ook al op voorhand verschillen in hun mogelijkheden. Basisregel is: laat elke organisatie zo dicht mogelijk bij de eigen taak en deskundigheid opereren.

Variëteit in toerusting van de verschillende knooppunten is ook logisch omdat voor sommige instellingen belemmeringen op het niveau van wet- en regelgeving gelden. Zo is in de Wet op de jeugdzorg vastgelegd dat het Bureau Jeugdzorg moet adviseren welke partij het meest aangewezen is om coördinatie van zorg vorm te geven als meerdere jeugdzorgaanbieders betrokken zijn. Als ook instellingen buiten de jeugdzorg bij het gezin betrokken zijn, kan het Bureau Jeugdzorg slechts een advies geven over de partij die het meest geschikt is voor de invulling van deze rol. Diezelfde wet- en regelgeving geeft ook aan de

gezinsvoogd een bijzondere positie. In de zogenoemde Deltamethode die momenteel wordt geïmplementeerd, heeft de gezinsvoogd ook nadrukkelijk de taak om afstemming te realiseren met andere bij het kind betrokken hulpverleners.

6.2 Begaanbare paden

De inrichting van het veld van jeugdvoorzieningen en hulp aan volwassenen is in ontwikkeling als gevolg van stelselherzieningen en het inzicht dat aanpassingen nodig zijn om tot een betere dienstverlening te komen. Een belangrijke notie daarbij is dat fysieke integratie van voorzieningen in de wijken bijdraagt aan herkenbaarheid en toegankelijkheid. Vanuit de fysieke integratie (brede school, gezondheidscentra, zorgknooppunten), dienstverlening dicht bij huis, is de stap naar een meer geïntegreerde dienstverlening nog maar klein. Dat is een goede ontwikkeling voor cliënten.

Parallel aan deze verbetering van de dienstverlening wordt de potentiële cliënt meer en meer gewezen op de eigen verantwoordelijkheid zelf de weg naar de hulp te vinden. Stadsgidsen en tal van websites helpen daarbij, maar wie niet het vermogen heeft zelf te zoeken, blijft afhankelijk van de signalering door derden. Alleen komt deze signalering pas op gang als de problemen zodanig gegroeid zijn dat ze van afstand zichtbaar zijn.

Het is zaak om juist voor deze groepen de weg zo simpel mogelijk te maken. De reguliere dienstverlening is ingesteld op de mondige cliënt met een duidelijke hulpvraag; daarom moeten we de minder mondige cliënt met problemen maar zonder duidelijke hulpvraag, zo snel mogelijk in een apart traject plaatsen. Dat aparte traject voor multiprobleemgezinnen is het werken volgens het motto ‘één gezin, één plan en één team’. Van de professionals in de instellingen vraagt dit dat ze opletten of bij een cliënt zorgcoördinatie nodig is. Zo ja, dan gaat men zo snel mogelijk naar het meldpunt dat in de betreffende regio de taak heeft om daar invulling aan te geven. In het op te stellen samenhangende hulpverleningsplan wordt dan per cliëntsysteem het meest begaanbare pad veilig gesteld, wordt de gids aangewezen (de zorgcoördinator) en krijgt het cliëntsysteem eventueel hulp voor onder weg in de vorm van een gezinscoach.

7. Over verwijsindexen

Van recente datum is de aandacht voor de kansen die ICT biedt bij signalering en samenwerking. Die kansen doen zich voor op vier niveaus:

- bij signalering: de lokale verwijsindexen en de landelijke verwijsindex
- bij informatiemanagement: het elektronisch kinddossier
- in de samenwerking: gezamenlijk cliëntdossier
- in de monitoring: het cliëntvolgsysteem.

Het voert te ver om hier uitgebreid stil te staan bij de technische mogelijkheden en bijbehorende implementatieproblemen. Wel stellen we vast dat men nagenoeg in alle sectoren de stap zet naar het inschakelen van ICT bij het ondersteunen en verbeteren van de bedrijfsvoering, wat samenhangt met de toenemende schaalgrootte van instellingen. De gegevens die afzonderlijke instellingen opslaan voor de eigen bedrijfsvoering, hebben echter veelal een bredere functionaliteit. Dat is goed te zien bij de verwijsindex. Door de registraties van een aantal verschillende instellingen binnen eenzelfde regio met elkaar te verbinden, is met een applicatie het mogelijk dat het computersysteem bij alle betrokken instellingen een signaal geeft als eenzelfde cliënt met een bepaalde risicoscore bij meerdere instellingen tegelijkertijd in de registraties opduikt. Alle instellingen weten dan dat meerdere instellingen betrokken zijn bij deze cliënt en dat het zaak is om onderling contact op te nemen, teneinde vast te stellen of coördinatie van zorg of andere vormen van afstemming nodig zijn.

Het elektronisch kinddossier legt de bevindingen van de jeugdgezondheidszorg vast en kan zo meer kennis ontsluiten over mogelijke risicofactoren.Als in dit dossier ook de bevindingen vanuit andere sectoren (onderwijs, jeugdhulp, leerplicht, justitie) worden vastgelegd, ontstaat een integraal kinddossier dat mogelijkheden biedt om breder kennis te ontwikkelen over mogelijke risicofactoren en waardoor het inwinnen van informatie bij meerdere minder tijd vergt.

Een stap verder is het gezamenlijk cliëntdossier. Waar gewerkt wordt met een samenhangend hulpverleningsplan, legt nu nog iedere werker de eigen verrichtingen vast in het dossier van de eigen instelling. De zorgcoördinator bewaakt de voortgang van het overallplan en registreert dat. Een gezamenlijk cliëntdossier waar iedere betrokken hulpverlener toegang toe heeft, ondersteunt de onderlinge communicatie.

Omdat multiprobleemgezinnen vaak langdurig hulp ontvangen, al is dat met wisselende intensiteit, moeten we ook denken aan een cliëntvolgsysteem. Voor de afzonderlijke leden van het cliëntsysteem kan dat over korte of langere periode gebeuren door de instelling die hen behandelt. Op afstand kan het EKD als zodanig functioneren, terwijl de verwijsindex telkens als er een nieuw contact is tussen een van de kinderen en een zorgsysteem een signaal afgeeft.

Maar al deze bestaande of nog te ontwikkelen registraties zijn gericht op de leden van het gezin afzonderlijk en met name op de kinderen. Bij multiprobleemgezinnen is het juist zaak om verbanden te leggen tussen de kinderen onderling en met de volwassen leden. Dat vraagt om een gezinsdossier. Een dergelijk dossier is op hoofdlijnen gelijk aan het dossier dat bijgehouden wordt door de zorgcoördinator, maar dat dossier eindigt als de zorgcoördinatie wordt afgerond en vervult dus geen functie als cliëntvolgsysteem.

Een cliëntvolgsysteem bereiken we wel als het meld/coördinatiepunt de registratiefunctie toegekend krijgt van alle gezinnen die in zorgcoördinatie (geweest) zijn en als het meld/coördinatiepunt wordt aangesloten op de verwijsindex risicojeugd en een vergelijkbare index zoals die op een aantal plaatsen in Nederland binnen de OGGZ wordt ontwikkeld. De registratieopdracht voor een meldpunt hoeft in de praktijk niet al te ingewikkeld te zijn. Juist omdat het aantal multiprobleemgezinnen beperkt is, gaat het per gemeente immers om relatief korte overzichten.

Aansluiting van het meldpunt op de verschillende verwijsindexen vergemakkelijkt ook de signalering van mogelijke multiprobleemgezinnen. De index kan immers vastleggen welke gezinnen onder zorgcoördinatie vallen of ooit vielen. Ook is het mogelijk om de index uit te breiden met een meldingseenheid die vastlegt dat een bij het gezin betrokken hulpverlener meent dat er zorgcoördinatie nodig is. Deze relatief eenvoudige uitbreiding biedt het meld/coördinatiepunt de mogelijkheid om actief op te treden waar zorgcoördinatie niet op eigen kracht van de betrokken werkers tot stand komt.

8. Van pilot naar reguliere praktijk

In 2005 zijn in de provincie Zuid-Holland in zes gemeenten pilots van start gegaan om uit te zoeken of gezinscoaching breder geïmplementeerd moet worden. Tijdens de uitvoering van de pilots is de doelstelling verschoven van methodiek en implementatie van gezinscoaching naar de doelgroep multiprobleemgezinnen en de organisatie van coördinatie van zorg. De uitkomsten uit de pilots zijn overtuigend. Dankzij het opzetten van coördinatie/meldpunten en het gericht aandacht besteden aan multiprobleemgezinnen zijn deze in beeld van de hulpverlening gekomen. De gezinnen die in contact kwamen met de meldpunten hadden gemiddeld contact met 5.8 hulpverleners. Alleen dat aantal al maakt aannemelijk dat coördinatie van zorg nodig was. De interviews met de gezinnen waar gezinscoaching is ingezet, toont de tevredenheid van deze gezinnen met deze vorm van hulpverlening. In twee gevallen is die tevredenheid duidelijk minder is, wat te wijten is aan methodische zwakte van de hulpverlening. Zo is in een situatie een belofte aan het gezin niet waargemaakt.

De zes gemeenten zijn verdeeld over de provincie en in elke locatie zijn gemeente en instellingen een tijdelijk samenwerkingsverband gestart om de pilot te begeleiden en het coördinatie/meldpunt vorm te geven. Veel van de betrokken instellingen kennen een groter werkgebied dan de pilotgemeente alleen. Dat geldt vanzelfsprekend voor het Bureau Jeugdzorg, maar gaat ook op voor de GGD en de instellingen voor maatschappelijk werk en de betrokken OGGZ-partijen. De kennis en ervaring opgedaan in de pilotfase is daarmee al verspreid over de provincie en dat maakt de stap van pilot naar reguliere praktijk makkelijker. Dat wordt nog eens versterkt doordat de pilots in de loop van de drie jaar zich ook nadrukkelijker zijn gaan richten op de omliggende regio.

Het aantal multiprobeemgezinnen in Nederland wordt geraamd op ongeveer 1%. Ook al is hun spreiding ongelijk en zal het percentage in sommige wijken iets hoger liggen, het blijft gaan om beperkte aantallen. Als we dit gegeven omrekenen naar een gemeente als Gouda met ruim 70.000 inwoners en rond de 30.000 woningen, dan ontstaat het volgende beeld. In ongeveer de helft van die woningen wonen gezinnen waarvan een groot deel gezinnen met minderjarige kinderen. De raming van het aantal multiprobleemgezinnen komt daarmee tussen de 100 en 150. Het aantal gezinnen waarbij vanuit het oogpunt van samenhangende hulp een vorm van coördinatie van zorg nodig is, zal beduidend hoger zijn dan de hiervoor genoemde 1%. Daar staat tegenover dat in veel situaties deze coördinatie van zorg gewoon al vorm krijgt.

Vorm geven aan coördinatie van zorg is lastig bij complexe gezinsproblematiek waarbij veel instellingen betrokken zijn en geen van hen de logische partij is om het voortouw te nemen. En als het gezin zelf ook maar beperkt in staat is om de eigen belangen te behartigen, is een extra steunstructuur nodig. De meld/coördinatiepunten krijgen juist hier betekenis. Voor kleine en middelgrote gemeenten is het opzetten van een eigen meld/coördinatiepunt echter niet aan de orde. De aantallen casuïstiek zijn te beperkt. Wel kunnen ze de eigen lokale infrastructuur op het meld/coördinatiepunt van een naburige grote gemeente aansluiten en bepalen welke instelling de rol van frontoffice gaat vervullen. Dat is een vergelijkbare constructie zoals die nu al geldt voor de meldpunten Huiselijk Geweld en voor de meldpunten Zorg en Overlast. Maar er is één verschil. De signalering van multiprobleemgezinnen kan bewerkelijker zijn dan die van zorg en overlast of huiselijk geweld hoewel met name dit laatste ook vaak verborgen blijft achter de voordeur. Signalering vraagt om alertheid van professionals en de organisaties waarbinnen ze werkzaam zijn. Die alertheid - dan hebben ook de pilots laten zien - kan makkelijk verminderen als de dagelijkse routine weer de overhand krijgt. Ook wat dat betreft, is het zaak dat de lokale overheid vanuit zijn regierol de aandacht op deze groep cliënten gericht houdt.

De resultaten in de uitvoering in de pilots, zoals beschreven in de publicatie ‘Tussen regels en handelingsruimte’, hebben een basis gelegd van waar we nu de stap kunnen zetten naar een dekkend netwerk binnen de provincie. Maar dat vraagt inzet van alle betrokkenen. Zij zullen in goed onderling overleg tot afspraken moeten komen hoe die inzet vorm te geven. In deze handreiking zijn de thema’s benoemd die daarbij een rol spelen. De opzet van de huidige pilots dient opnieuw kritisch te worden bekeken. Bij de start zijn ze immers nadrukkelijk neergezet als tijdelijke constructie. Net zo als coördinatie van zorg het organiseren van samenwerking tussen hulpverleners is, is het opzetten van een coördinatie/meldpunt het organiseren van samenwerking tussen instellingen onderling en de betrokken overheden. Samenwerken gaat nooit vanzelf. Het vraagt om de juiste randvoorwaarden, om het opstellen van regels en werkprocessen. Maar als alle partijen overtuigd zijn van de noodzaak, dan is het vooral een kwestie van gewoon goed regelen.

Bijlage: een stappenplan op hoofdlijnen bij implementatie coördinatie van zorg

Vooraf

Een belangrijke les die de pilots in Zuid-Holland ons leren is dat het niet vanzelfsprekend is dat hulpverleners betrokken bij hetzelfde gezin elkaar vinden en tot afstemming en samenwerking komen. Een tweede les die de pilots ons tonen, is dat als die afstemming en samenwerking wel wordt georganiseerd, dit leidt tot betere hulp en meer tevreden klanten.
Afstemmen en samenwerking is het meest nodig bij cliënten die minder zelfredzaam zijn en kampen met een complexe problematiek waarbij meer hulpverleners betrokken zijn.
Het ideaalbeeld is dat hulpverleners vroegtijdig signaleren en soepel de stappen zetten naar afstemming en waar nodig samenwerking. Daarbij hoort ook dat op instellingsniveau de hiervoor benodigde afspraken zijn gemaakt en dat de betrokken overheden/financiers de nodige randvoorwaarden realiseren.

In deze bijlage reiken we daartoe een stappenplan aan.

Stap 1: de noodzaak erkennen

De eerste stap is altijd de belangrijkste. Deze stap bestaat uit het erkennen dat het risico groot is dat instellingen multiprobleemgezinnen niet als zodanig herkennen en dat daardoor de aan hen verleende hulp onvoldoende effectief is. Gevolgd door de erkenning door politiek, financiers en het management van instellingen van de noodzaak om voor deze in omvang beperkte groep cliënten sluitende afspraken te maken over coördinatie van zorg. Die erkenning dient een vervolg te krijgen met de volgende stappen.

Stap 2: signaleringsvermogen versterken

Bij de intake en gedurende de uitvoering van de hulp krijgt de hulpverlener kennis die er op wijst dat de problematiek van het gezin omvangrijker en breder is dan het aanbod van de eigen instelling en dat er mogelijke meerdere hulpverleners bij het gezin betrokken zijn. Bij veel instellingen is deze signalering al onderdeel van de beschreven werkprocessen, maar het blijft zaak om hier actief op te blijven wijzen, medewerkers hiervoor te scholen en te zorgen voor een werkstructuur waarbinnen deze signalen een vervolg krijgen. Alert zijn op situaties waar cliënten vroegtijdig de hulp afbreken, hoort daarbij. Datzelfde geldt voor hulpverleners die menen dat hun hulp niet ‘aanslaat’. In beide gevallen moet er binnen de instelling een klimaat zijn dat vroegtijdig afbreken van hulp of hulp die niet aanslaat, ziet als een signaal dat om (her)beoordeling vraagt. En dus niet als falen van de hulpverlener.
Signalen als gevolg van de invoering van de verwijsindex zullen de komende periode meer en meer gemeengoed worden en is een versterking van het signaleringsvermogen. Het verbinden van afzonderlijke registraties van instellingen maakt zichtbaar dat een cliënt tegelijkertijd bij meerdere instellingen in behandeling is. Met deze signalen zullen in eerste instantie de verschillende frontoffices aan het werk gaan, omdat het in de meeste gevallen niet zal gaan om multiprobleemgezinnen. Het is wel een bijdrage aan de versterking van het signaleringsvermogen. Hiervoor is vrij gemakkelijk verwezen naar de verwijsindex en wat deze kan betekenen bij het versterken van de signalering van multiprobleemgezinnen. Het is van belang daarbij te realiseren dat een verwijsindex meer of minder mogelijkheden kan hebben, afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden.

Stap 3: bepaal de verhoudingen tussen instellingen, frontoffices en backoffice

In paragraaf 2.1. is een schema opgenomen met zes niveaus van coördinatie van zorg. Dat schema is een handreiking om de verhoudingen tussen de instellingen en coördinatie/meldpunten te organiseren en afspraken tussen instellingen te ijken. Kern is dat daar waar samenwerking nodig is omdat zonder deze samenwerking de effectiviteit van de hulp van één of meer instellingen niet of minder effectief is, alle partijen daaraan hun medewerking verlenen. Dat vraagt om afspraken op regie/instellingsniveau om te gaan werken met het motto 'één gezin, één plan, één team'. Onderdeel van die afspraken is het vastleggen welke instellingen gerechtigd zijn om vast te stellen dat 'één gezin, één plan, één team' nodig is. Is dat alleen voorbehouden aan de backoffice (het meld/coördinatiepunt multiprobleemgezinnen) of mogen sommige frontoffices (bijvoorbeeld het centrum Jeugd en Gezin) dit ook?

Stap 4: organiseer het initiatief

De stap zetten naar coördinatie van zorg vereist een hulpverlener die het initiatief daartoe neemt. Het is aan de instellingen om een werkcontext te creëren waarbinnen professionals dat initiatief kunnen nemen. Voor de afzonderlijke instellingen en voor de regio als geheel betekent dit:

- Hulpverleners stimuleren dat ze noodzaak tot coördinatie van zorg signaleren en registreren.
- Professionals de ruimte geven om binnen de werkprocessen en met respect voor privacy tot afstemming en samenwerking met professionals van andere instellingen te komen.
- Er voor zorgen dat als deze afstemming en samenwerking op uitvoeringsniveau niet tot stand komt, de professional zich kan richten tot een meld/coördinatiepunt dat in elke regio voorhanden moet zijn.
- Dat het meld/coördinatiepunt in staat moet zijn de melding te toetsen en indien nodig de coördinatie van zorg kan opleggen.
- Het proces om te komen tot coördinatie van zorg faciliteren en naleving van de afspraken in dit kader monitoren.

Stap 5: coördinatie/meldpunten inrichten

In stap 4 is het initiatief tot coördinatie van zorg bij de afzonderlijke hulpverlener gelegd omdat dit aansluit op de rollen die hulpverleners nu al vervullen binnen vastgestelde werkprocessen. Zo is coördinatie van zorg als taak waar het gaat om meerdere betrokken zorgaanbieders binnen de provinciale jeugdzorg al vastgelegd in protocollen. Vergelijkbaar geldt dat de gezinsvoogd een taak heeft in het organiseren van coördinatie van zorg. Coördinatie van zorg gebeurt ook op lagere niveaus binnen zorgadviesteams in het onderwijs, in buurtnetwerken, in centra voor Jeugd en Gezin en afhankelijk van de lokale infrastructuur en de samenwerking tussen instellingen op tal van andere plaatsen. Waar professionals als onderdeel van hun taakopvatting zelf afstemming en samenwerking realiseren, is er geen reden om dat om te leiden via meld/coördinatiepunten. Die zijn wel nodig waar professionals van mening zijn dat coördinatie van zorg nodig is, maar men zelf niet in staat is om deze te realiseren.
Het instellen en toerusten van meld/coördinatiepunten vraagt om een gezamenlijke actie van betrokken overheden en instellingen. Behalve de bekostiging ervan gaat het om:

- Het verkrijgen van samenwerking tussen alle relevante instellingen zowel uit het jeugd- als het volwassenendomein. Alle instellingen zullen de functie van het coördinatie/meldpunt moeten erkennen en aan de invulling ervan hun medewerking verlenen.

- Het opstellen van een privacyreglement zowel voor het functioneren van het coördinatie/meldpunt als voor de meldingen zelf en de uitwisseling van informatie tussen de betrokken instellingen en de hulpverleners betrokken bij het gezin.
- Het vaststellen van de taken van het coördinatie/meldpunt en de wijze waarop deze worden ingevuld. Daarbij zijn allerlei variaties mogelijk: van een zo autonoom en compleet mogelijk toegerust coördinatie/meldpunt tot een coördinatie/meldpunt dat onderdeel is van netwerksamenwerking. Ook kan men kiezen voor het koppelen van het coördinatie/meldpunt aan bestaande voorzieningen als GGD, AMW en BJZ, of aan meldpunten als het meldpunt Zorg en Overlast, meldpunt Huiselijk Geweld, of een centrum Jeugd en Gezin.
- Los van de vraag wie wat gaat doen, gaat het om de volgende taken: ontvangen en registreren van meldingen, bundelen van informatie over het gezin, beoordelen van meldingen, opstellen van een samenhangend hulpverleningsplan al dan niet na familienetwerkberaad of variant daarvan, invullen van zorgcoördinatie, monitoren van de uitvoering van de zorgcoördinatie en het beschikbaar hebben van voldoende getrainde hulpverleners die de rol van gezinscoach op zich kunnen nemen.

Stap 6: uitvoeren

Het meld/coördinatiepunt is een backoffice alleen toegankelijk voor hulpverleners; voor burgers blijft de reguliere infrastructuur het frontoffice waar ze meldingen doen. Die keuze heeft te maken met het centrale thema dat tot een melding leidt. De beoordeling of coördinatie van zorg nodig is, vraagt om een professionele inschatting. De uitvoering kunnen we dan ook aan in belangrijke mate overlaten aan het coördinatie/meldpunt en de betrokken instellingen. Waar zich in de uitvoering knelpunten voor doen, is het coördinatie/meldpunt de meest aangewezen partij om deze te registreren en actie te ondernemen. Het coördinatie/meldpunt is echter vooral toegerust om de coördinatie op casusniveau vorm te geven. Als er in de samenwerking tussen instellingen knelpunten zijn, zal op een ander niveau geïntervenieerd moeten worden. Dat vereist dat het coördinatie/meldpunt ondersteund wordt door een begeleiding- of stuurgroep waarin de belangrijkste instellingen vertegenwoordigd zijn en waarin bij voorkeur de (centrum-)gemeente de regie heeft. Als de uitvoering soepel verloopt, blijft de vergaderfrequentie van deze stuurgroep beperkt. Ook is een combinatie met andere lokale beleidsoverleggen mogelijk. Acties in de uitvoeringsfase zijn:

- Instellen begeleidingscommissie.
- Organiseren trainingsaanbod voor professionals m.b.t. signalering.
- Organiseren trainingsaanbod voor zorgcoördinatoren en gezinscoaches.
- Organiseren werkbegeleiding voor gezinscoaches.
- Opzetten monitorsysteem.
- In kaart brengen omvang potentiële doelgroep, zodat effectiviteit van het meldpunt getoetst kan worden.
- Opzetten tevredenheidmeting bij hulpverleners en gezinnen.

Tot besluit

Dit stappenplan is niet volledig. Samen met de handreiking geeft het wel zicht in wat er moet gebeuren en welke keuzes aan de orde zijn. Volledigheid kan ook niet, omdat de lokale verhoudingen en omstandigheden immers medebepalend zijn. Duidelijk mag zijn dat de proeflocaties bij het realiseren van dit stappenplan al een duidelijke voorsprong hebben. Zij hebben ervaren meldpuntcoördinatoren, een pool van gezinscoaches, afspraken met melders en zijn bekend bij instellingen waarmee ze afspraken maken

over de invulling van coördinatie van zorg. Een aantal proeflocaties heeft ondertussen de stap gezet naar meer regionaal werken.

Bij andere gemeenten en bij veel instellingen is voldoende kennis voorhanden om coördinatie/meldpunten in te richten en de noodzakelijke voorwaarden te regelen. De stappen zoals beschreven in het stappenplan zijn ook niet ingewikkeld. Het is, zoals de titel al zegt, gewoon een kwestie van goed regelen. Coördinatie van zorg, werken volgens ‘één gezin, één plan’ en aansluiten op een verwijsindex zijn langzamerhand geen vreemde zaken meer. Bij provinciale steunfuncties en commerciële bureaus is bovendien voldoende expertise voorhanden om waar nodig dit proces op onderdelen te faciliteren. En voor inspiratie zijn in het land zijn voldoende voorbeelden te vinden. De belangrijkste boodschap is echter dat de reguliere hulpverlening nog vaak onvoldoende is afgestemd op het werken met multiprobleemgezinnen. Maar als de wil en ambitie aanwezig zijn om daar werk van te maken, dat is het gewoon te doen.