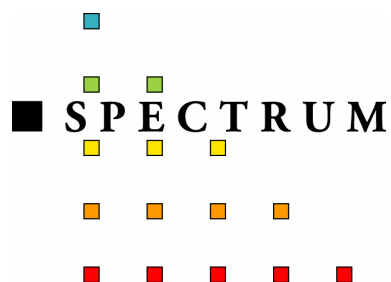

DE KRACHT VAN VERBINDEN

Coördineren van zorg op lokaal niveau.



DE KRACHT VAN VERBINDEN

Coördineren van zorg op lokaal niveau'

***Op weg naar meer helderheid over de vijfde gemeentelijke functie
van opvoed- en gezinsondersteuning'***

Auteurs

Bert Prinsen - NIZW Jeugd
Elise Roelofse - Spectrum CMO Gelderland
Lilly Schuimer - K2
Wies Mes – JSO

Utrecht / Arnhem / Den Bosch / Gouda, 2006

Het auteursrecht van dit manuscript berust bij het NIZW, Spectrum, K2 en JSO gezamenlijk. Het is derden niet toegestaan zonder toestemming van deze vier partners, op welke wijze dan ook, gebruik te maken van de tekst.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
De aanleiding	4
Een klein stukje geschiedenis	4
Coördinatie van zorg: een lokale verantwoordelijkheid	5
Leeswijzer	5
2. Wat is coördinatie van zorg: afbakening van het concept	6
Definitie	6
Doel	6
Uitgangspunten	6
De kern	7
3. Visie	8
Visie op de doelgroep	9
De praktijk	10
Vertrouwen en de wet	11
4. De doelgroep: voor wie is coördinatie van zorg bedoeld en nodig	12
Praktijk	12
Omvang van de doelgroep	12
5. De stand van zaken in wetten, wetenschap en beleid	14
5.1 Wat schrijft de wet voor	14
5.2 Wat zegt de wetenschap	16
5.3 Landelijk en provinciaal beleid	18
6. Experimenten en knelpunten in de lokale praktijk	23
Onderwijs	23
Vormen van coördinatie van zorg in de impuls opvoed- en gezinsondersteuning	24
Knelpunten op het lokale niveau	25
7. De aanpak	27
7.1 Werkzame factoren	27
7.2 Uitvoering van coördinatie van zorg	27
7.3 Van licht naar zwaar: coördinatie van zorg in gradaties	28
7.4 Taken en verantwoordelijkheid van de coördinator van zorg	30
7.5 Professionele competenties	31
7.6 Organiseren van de keten	34
8. Praktijkvoorbeelden	37
8.1 Gezinscoach in Limburg: een taak, geen functie	37
8.2 Gezinscoach in Tilburg: een functie met taken	38
8.3 Zorgcoördinatie door de jeugdgezondheidszorg in Almere	38
Literatuur	43

1. Inleiding

Gemeenten vervullen vijf functies in de opvoed- en gezinsondersteuning:

1. Informatie en advies
2. Signalering
3. Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening)
4. Toeleiding naar het (gemeentelijk) hulpaanbod
5. Coördinatie van zorg op lokaal niveau

Eén van de vijf functies van gemeenten gerelateerd aan de jeugdzorg is coördinatie van zorg. Gemeenten zijn er verantwoordelijk voor dat de lokale voorzieningen samenhangende zorg bieden, en extra begeleiding van gezinnen met specifieke en meervoudige opvoedings- en opgroei problemen. Dit om te voorkomen dat problemen ernstiger vormen aannemen zodat jeugdzorg alsnog nodig is. Het coördineren van zorg richt zich op het structureren van hulp, op samenhang en continuïteit in de hulp aan gezinnen met meervoudige problematiek. Het is enerzijds gericht op de aansturing van hulp en zorg, anderzijds op de begeleiding van het gezin.

Coördinatie van zorg spreekt niet vanzelf, want gezinnen laten zich die coördinatie niet altijd welgevalen of zien er het nut niet van in. Gezinnen wensen soms die veelheid aan hulpverleners niet in huis. *'Je schenkt je vertrouwen het liefst aan één hulpverlener'* en niet zomaar aan iedereen. Gezinnen hebben soms geen enkele fiducia in instanties of vinden dat die hulpverleners uiteindelijk *'toch niks voor ons doen!'*

Maar ook instellingen of professionals onderwerpen zich niet vanzelfsprekend aan de coördinatie van hun zorg door een derde partij. Instellingen zijn autonoom en laten zich niet eenvoudig sturen door anderen. Ze rekenen medewerking aan afgestemde hulp niet altijd tot hun primaire proces, gaan soms vrijblijvend om met coördinatie-afspraken of bewijzen slechts lippen dienst aan samenwerking. Kortom coördinatie van zorg is een lastige opgave.

De aanleiding

Bij de brand in Roermond op 12 juli 2002, waar zes kinderen uit één gezin om het leven kwamen, werd duidelijk dat de samenwerking tussen verschillende dienst- en hulpverleningsorganisaties sterk te wensen overliet. Zeker wanneer het multiprobleem- gezinnen betreft is die samenwerking nog wel eens ver te zoeken. Naar aanleiding van deze ophefmakende en tegelijk trieste gebeurtenis besloot de staatssecretaris van Volksgezondheid die ontoereikende samenwerking aan te pakken onder andere door te gaan experimenteren met de gezinscoach. Sindsdien staat coördinatie van zorg op de agenda. Overal in het land wordt nu met allerhande activiteiten onder de noemer van coördinatie van zorg geëxperimenteerd. Zo zijn bij de impuls voor opvoed- en gezinsondersteuning in 2005 negentien verschillende aanpakken van coördinatie van zorg ingezet en is in meerdere provincies met de functie van gezinscoach in experimentele vorm de coördinatie van zorg versterkt. In deze publicatie zetten we de uiteenlopende ontwikkelingen in beleid en praktijk op een rij en gaan we op zoek naar verbindende en werkzame elementen.

Een klein stukje geschiedenis

Coördinatie van zorg is geen nieuw verschijnsel. In de jaren tachtig van de 20e eeuw duikt het begrip coördinatie van zorg voor het eerst in Nederland binnen de

zwakzinnigenzorg en psychiatrie op. Het begrip dringt door in het hele welzijnswerk en nieuwe begrippen worden eraan gekoppeld. De inhoud verandert per werksoort. Zo verstaat men onder coördinatie van zorg bijvoorbeeld het in kaart brengen van de problemen die een gezin heeft en het doorverwijzen naar zorginstellingen. Een ander gaat onder dezelfde noemer verder: instellingen aansturen, een netwerk rondom het gezin bouwen. Ook outreachend werken, desnoods met drang en dwang schaarst men in de praktijk wel onder coördinatie van zorg. Dwang en drang komen om de hoek kijken als werkers vrijwillig weinig bereiken met een gezin terwijl het wel voor veel overlast zorgt.

Coördinatie van zorg wordt meestal als een tijdelijke interventie gezien. Maar er zijn gezinnen die permanente coördinatie van zorg nodig hebben naast voortdurende en chronische ondersteuning, de zogenaamde stut-en-steun-zorg. Vaak leiden een of beide ouders aan een psychiatrische stoornis, zijn ze verslaafd of hebben een verstandelijke handicap. Begrippen als casemanagement, intensieve thuiszorg, behandelcoördinator, de spil, zorgcoördinator komen we overal - en soms zelfs in tegenspraak tot elkaar - in allerlei projecten en behandelingswijzen van multiprobleem gezinnen tegen. Coördinatie van zorg zien we dus terug in het lokale veld van zorg- en hulpverlening, maar ook bij de geïndiceerde zorg.

Coördinatie van zorg: een lokale verantwoordelijkheid

Wij richten ons in deze publicatie op de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor coördinatie van zorg en op de lokaal-preventieve, ambulante zorg. We schrijven deze publicatie voor beleidsmedewerkers van gemeenten en zorginstellingen. We beschouwen de taken en verantwoordelijkheden van Bureau Jeugdzorg zoals beschreven in de Wet op de Jeugdzorg als een gegeven evenzeer als wat de casemanager in dat kader doet. Doel van deze publicatie is inzicht te bieden in de stand van zaken en de ontwikkelingen van coördinatie van zorg vanuit meerdere perspectieven (beleid, praktijk, wetgeving, wetenschap) aanbevelingen te doen hoe de gemeente in samenwerking met haar partners in het veld van de professionele en vrijwillige zorg- en dienstverlening de verantwoordelijkheid voor coördinatie van zorg op zich kan nemen.

Leeswijzer

Deze publicatie gaat in het tweede hoofdstuk van start met de definiëring van het begrip coördinatie van zorg. Vanuit dat concept komt de wenselijkheid zo niet noodzaak van een gemeentelijke visie ter sprake en bakenen we de doelgroep van coördinatie van zorg af (hoofdstuk 3 en 4). Vervolgens brengen we in hoofdstuk 5 in kaart wat de stand van zaken is in wetgeving, wetenschap en beleid. Wat schrijven de verschillende wetten voor? Welke resultaten heeft de wetenschap op dit terrein tot nu toe geboekt en hoe ziet het landelijk en provinciaal beleid er anno 2006 uit? Over de experimenten in de lokale praktijk gaat hoofdstuk 6, waarbij de knelpunten niet onbenoemd blijven. In hoofdstuk 7 doen we een poging meer helderheid in de aanpak van coördinatie van zorg te brengen. Aan bod komen de werkzame factoren, de uitvoering en gradaties van coördinatie van zorg, taken en verantwoordelijkheden, de benodigde professionele competenties en het lastige vraagstuk van het organiseren en regisseren van de keten. Met de praktijkvoorbeelden uit hoofdstuk 8 besluiten we deze zoektocht naar meer helderheid over de vijfde gemeentelijke functie in de opvoed- en gezinsondersteuning, de coördinatie van zorg.

2. Wat is coördinatie van zorg: afbakening van het concept

Definitie

Coördinatie van zorg is het regelen van samenwerking en afstemming tussen cliënt (gezin) en instellingen en tussen de instellingen onderling. Alle partijen verbinden zich aan het plan. Op het moment dat het gezin betrokken wordt geldt ook voor het gezin dat de afspraken die gemaakt worden niet zomaar kunnen worden omzeild of doorkruist. Overigens verbetert de hulp in sommige gevallen al door de afstemming tussen instellingen onderling zonder dat het gezin betrokken is. Met coördinatie van zorg kunnen de volgende drie taken in samenhang worden vervuld:

- zorg, hulp en ondersteuning bieden;
- regie voeren over de zorgverleners;
- coachen van het gezin.

Doel

Coördinatie van zorg gebeurt in nauwe samenspraak met een gezin dat met meerdere instellingen voor hulp, zorg en diensten te maken heeft. De situatie voor de kinderen is zorgelijk. Het doel van coördinatie van zorg is dat de kinderen in het gezin zich zonder bedreigingen verder kunnen ontwikkelen. Het afgeleide doel voor het gezin en de betrokken professionals is, dat de zorg wordt afgestemd en dat er door professionals (en vrijwilligers) van verschillende organisaties gezamenlijk met hetzelfde plan efficiënt en effectief aan hetzelfde zorgdoel wordt gewerkt.

Deze doelen worden gerealiseerd door:

- a. te bevorderen dat het gezin zelf zoveel mogelijk de regie over het gezinsleven, de opvoeding en de ondersteuning (weer) kan voeren en de problemen kan hanteren;
- b. een betere aansluiting van de zorgdoelen op de eigen behoeften en vragen van cliënt. Zo ontstaat er meer vertrouwen in hulpverleners, de cliënt heeft minder weerstand tegen zorg en maakt beter gebruik van zorg. Dit betekent dat indien nodig alle mogelijke moeite gedaan wordt het gezin ongeacht diens situatie te bereiken met passende zorg. Dit vraagt soms een outreachende werkwijze.

Uitgangspunten

Het streven naar gecoördineerde zorg is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

1. De cliënt staat centraal, wordt betrokken en gaat (weer) actief participeren. Hierdoor raakt deze gemotiveerd om aan de problemen te werken. Dat betekent dat de doelen van de zorg, hulp en diensten gerelateerd moeten zijn of worden aan de doelen die het gezin zelf stelt voor de verbetering van de situatie en het voorkomen van ernstiger problematiek. Dit betekent ook dat besluiten genomen worden met medeweten en toestemming van de cliënt. De cliënt heeft er geen last van dat er coördinatie van zorg is, maar voordeel in de zin van duidelijkheid. Men voelt zich serieus genomen. Een nadeel voor het gezin (vanuit hun perspectief) kan zijn dat er niet meer geshopt kan worden, dat men minder gemakkelijk onder vervelende zaken uitkomt en meer gecontroleerd wordt. De cliënt wordt daarbij in mindere of meerdere mate begeleid, gecoacht.
2. Er vindt een heroriëntatie plaats op doelen en middelen. Doelen worden afgestemd op ten eerste de doelen van de cliënt en ten tweede op de analyse van het totaalbeeld van afzonderlijke probleemsignalen. Middelen (zorg, hulp,

diensten) worden naar aanleiding van de doelen heringericht: bijvoorbeeld minder of andere aanbieders, tegelijkertijd of juist achtereenvolgens (wat, wie, wanneer). Het plan wordt samen met de cliënt gemaakt. Er wordt regie gevoerd door de coördinator van zorg en in toenemende mate door het gezin over de zorgverlening.

3. Het belang van het kind of de kinderen overstijgt de belangen van ouders. Uiteindelijk geven de universele Rechten van het Kind de doorslag, waar het gaat om de afweging van belangen.
4. Coördinatie van zorg is tijdelijk (zo lang als nodig is) maar zorgt wel voor continuïteit in de zorg.

De kern

Vanuit deze uitgangspunten werkend en door de zorg vanuit verschillende instellingen op elkaar af te stemmen kan bereikt worden dat de zorg voor de cliënt in zijn geheel effectiever is. Met als kern de drie samenhangende taken zorg, hulp en ondersteuning bieden, regie voeren en coachen van het gezin wordt de coördinatie van zorg uitgevoerd door een daartoe aangewezen en bevoegd persoon met specifieke verantwoordelijkheden voor:

- de afstemming met het gezin,
- de afstemming tussen de professionals respectievelijk de instellingen,
- het nakomen van de afspraken en
- het behalen van resultaten.

Er zijn activiteiten die als coördinatie van zorg worden omschreven (voor een opsomming zie p.21) maar die niet onder de definitie vallen zoals die hier gehanteerd wordt. Dit betreft vaak de functie signalering. Een voorbeeld uit de jeugdgezondheidszorg: een signaal van de kraamzorg over problemen die de ontwikkeling van het kind bedreigen wordt bij jeugdgezondheidszorg geregistreerd en de instelling blijft dit gezin ('met stip') volgen. Een ander voorbeeld is een centraal meldpunt dat afzonderlijke probleemsignalen bij elkaar brengt. Deze activiteiten vormen wel een belangrijk startpunt voor de coördinatie van de zorg, maar zijn het niet.

3. Visie

Om coördinatie van zorg als één van de vijf gemeentelijke functies van opvoed- en gezinsondersteuning in het kader van het gemeentelijk jeugdbeleid vorm te geven is het voor de gemeente zelf noodzakelijk een duidelijke visie te hebben. Visie op het voeren van de regie, op de samenwerking met en van de verschillende instellingen en vooral op 'wat verstaan wij als gemeente onder de functie: coördinatie van zorg.' De complexiteit van deze functie is simpelweg terug te brengen tot de wil en de wens om daadwerkelijk met elkaar samen te werken aan complexe en meervoudige problemen van jeugdigen en gezinnen. Het draait erom over grenzen te kunnen kijken en als gemeente en zorgaanbieders een gemeenschappelijk doel voor ogen te hebben. Het is dus belangrijk dat de gemeente deze wil (maar ook noodzaak) tot samenwerking uitdraagt naar de voorzieningen in het lokale veld.

Veranderingsprocessen zijn te 'regisseren' als u begint met het gezamenlijk ontwikkelen van een visie die maximaal 2 A- viertjes omvat en 10 resultaten beschrijft die u met elkaar in 2 of 3 jaar wilt bereiken. Een sterke en heldere visie is richtinggevend voor alle partners.

Een dergelijke visieontwikkeling vraagt een professioneel gemeentelijk beleidsapparaat en voldoende menskracht en financiële middelen om het geheel aan te sturen en te begeleiden. Dan kan de noodzaak tot samenwerking zowel politiek, bestuurlijk als ambtelijk voldoende afgekaderd worden. Het vraagt van beleidsambtenaren én wethouders dat zij weten hoe complex het vraagstuk kan zijn, dat zij een overzicht hebben van de organisaties en hun aanbod in de keten en dat ze zicht hebben op de vraag van klanten. Naast de visie op coördinatie van zorg als functie van opvoed- en gezinsondersteuning en de visie op samenwerking is het belangrijk om een visie te hebben op de regiefunctie van de gemeente en wat men verstaat onder een risico- of multiprobleemgezin. Op dat laatste komen we hieronder terug.

Voor de gemeentelijke regiefunctie bestaan geen pasklare antwoorden. Het is aan de gemeente om de facilitator én regisseur te zijn van een dynamisch samenspel om de dienstverlening voor de cliënt te optimaliseren. Dit samenspel is een groeiproces, want uiteindelijk kan het een complete kanteling van het denken en doen van veel organisaties en personen betekenen, zeker wanneer een vraaggerichte werkwijze uitgangspunt is voor de coördinatie van zorg. Dat samenspel vereist tijd en kan niet van bovenaf worden opgelegd. De gemeente kan wel initiatieven nemen en dat samenspel stimuleren door de verantwoordelijkheid voor de regie te nemen.

Het gaat bij regie om:

- Verbindingen tussen mensen leggen
- Gedrag én de vraag van de cliënt kennen en hierop inspelen
- Informatie-uitwisseling faciliteren
- Verantwoordelijkheden delen en nemen
- Transparante processen organiseren (inclusief afspraken over wie wat doet),
- Communiceren

De regisseur organiseert en ontwikkelt betere dienstverlening aan jeugd en ouders door aansturing en afstemming van met elkaar samenhangende en onderling afhankelijke activiteiten, die over verschillende organisaties verdeeld zijn. Hij verbindt partners aan de vraag en partners aan elkaar. Regie gaat over effectiviteit

en kwaliteit van besturing van deze processen. In de praktijk komen gemeentes veelal dezelfde vragen tegen in het opnemen van de regierol en het opzetten van een sluitende aanpak:

- Hoe kan ik de samenwerking 'werkend maken'?
- Hoe kom ik aan kennis van de vraag?
- Hoe is vraagsturing te hanteren?
- Hoe doen we de afstemming en communicatie met de politiek?
- Hoe en wanneer kunnen we aansluiten op de bestuurlijke processen en
- Hoe organiseer je de regietaak
- Wat is het perspectief van de gemeente?
- Welke competenties en/of vaardigheden hebben we als gemeente in huis?

Een goede procesbegeleiding en coaching zijn essentieel in het op gang brengen en uitvoeren van gemeentelijke regievraagstukken. Bij dat proces hoort het bewust worden en erkennen van de knelpunten. Vaak is het nodig dat ingeslepen patronen en beeldvorming worden losgelaten opdat een nieuwe samenhangende aanpak kan ontstaan. Dit vraagt om vakmanschap, handelingsvaardigheid en een goede ondersteuning. In hoofdstuk 7 komen we terug op de ketenregie.

Omdat veel gemeentes stoeien met het daadwerkelijk vorm geven aan de regievoering, is het wellicht van belang om in deze fase een deskundige buitenstaander in te huren. Deze gaat gedurende een bepaalde periode naast de verantwoordelijke ambtenaar staan en helpt de gemeente in de praktijk bij de realisatie van de regierol. Hij brengt partijen bij elkaar, treft de nodige voorzieningen en organisatie voor het verwezenlijken van de regierol op langere termijn.

Visie op de doelgroep

Als het vanuit de onderliggende gemeentelijke visie belangrijk is om een vraaggerichte werkwijze te gebruiken moet allereerst zicht zijn op de doelgroep en wat deze nodig heeft. Dat begint met het vaststellen van criteria voor hetgeen er in de gemeente wordt verstaan onder risicogezinnen of multiprobleem gezinnen. Daarbij valt op dat die twee termen tot op heden naast en door elkaar worden gebruikt om de doelgroep van coördinatie van zorg aan te duiden.

Twee voorbeelden: van de gemeente Hengelo (Boelen, 2004) en de gemeente Tilburg.

Definitie gemeente Tilburg

- (Eénouder)Gezinnen met kinderen waarbij vader en/of moeder nauwelijks het hoofd boven water kan houden, vaak in combinatie met hoge (onoplosbare) schulden.
- Verstoorde ouder-kindrelaties en opvoedingsproblemen.
- Verslavingsproblematiek
- Psychosociale problematiek
- Psychiatrische problematiek
- botsing van culturen in (nieuwkomers)gezinnen tussen ouders en kinderen,
- Vervuiling van de woning of dreigende uithuiszetting.

Definitie gemeente Hengelo

Onder een multiprobleemgezin wordt een gezin verstaan waar sprake is van minimaal één ouder en minimaal één kind onder de 18 jaar, waarbij door de complexiteit en chroniciteit van de problematiek het sociaal netwerk is weggevallen of marginaal aanwezig is in negatieve zin, waarbij het toekomstperspectief is weggevallen en de zelfredzaamheid niet tot nauwelijks aanwezig is. In deze definitie vallen ook zorggezinnen waar door overlijden van en partner, de druk van een gehandicapt kind, of een toevallige samenloop van omstandigheden zich in korte tijd meerdere problemen aandienen en het de ouder(s) boven het hoofd dreigt te groeien.

Ook op het ministerie van VWS spreekt men van risicogezinnen. Naar aanleiding van de regeling voor de impuls van opvoed- en gezinsondersteuning zijn er criteria voor risicogezinnen opgesteld. Die luiden als volgt (VWS, 2004):

Risicogezinnen zijn gezinnen:

- die problemen hebben met gezinsmanagement
- waarbij sprake is van meervoudige problemen (verslaving, schulden, opvoedproblemen e.d.)
- met een zwakke regie daarover (gezinsonmacht)
- vaak van allochtone afkomst.

De praktijk

De praktijk van alledag laat zien, dat het vaak gaat over gezinnen die moeite hebben met gezinsmanagement, waarbij er problemen zijn op verschillende leefgebieden. Ze zijn vaak overbelast. Niet zelden zijn deze problemen intergenerationeel, bestaan dus al heel lang, en zijn ook ingesleten in de manier van denken, handelen en leven van het gezin. Er is vaak sprake van veel onrust, chaos en gevoelens van onmacht, omdat dingen iedere keer uit de hand dreigen te lopen. Binnen deze gezinnen is het in ieder geval in het belang van het aanwezige kind dat de onmacht niet uit de hand loopt en gevolgen krijgt voor de lichamelijke en/of geestelijke ontwikkelingen van het kind. Het is wenselijk daar vanuit de omgeving zicht op te hebben en te houden. Er van uitgaande dat iedere ouder het beste wil voor zijn kind is het belangrijk om in eerste instantie een goede aansluiting te vinden bij het gezin.

Gezinnen waar de problematiek niet meer goed te overzien is en waar ouders graag weer greep willen krijgen op de situatie van alledag zijn gebaat bij een duidelijke

zorgverlening. Deze wordt belichaamd door een hulpverlener die aansluit bij de hulpvraag van dit gezin / kind / ouder.

Vertrouwen en de wet

Degene die in het gezin komt moet in ieder geval het vertrouwen hebben van het gezin c.q. de ouders. Aansluiten, *'er zijn als dat nodig is'* en *'handen uit de mouwen als dat moet'*, zo zegt de presentiebenadering volgens de JPP-methodiek het (Van Lenteren, 2004). Dit vertrouwen kan op de proef worden gesteld als blijkt dat vanuit het oogpunt van het kind de situatie thuis niet meer veilig of toelaatbaar is. In veel gevallen weten de ouders zelf ook heel goed, dat het niet klopt wat er gebeurt, al zullen ze dit niet altijd meteen toegeven. Juridische afbakening en duidelijkheid over de wettelijke grenzen is nodig

Dit betekent dat het zowel bij alle betrokken organisaties als bij degene die de coördinatie van zorg daadwerkelijk uitvoert, duidelijk moet zijn wanneer de situatie binnen het gezin bedreigend is voor de ontwikkeling van kinderen en verdere stappen ondernomen moeten worden. In deze situaties is het van belang een duidelijke en directe lijn te hebben met Bureau Jeugdzorg voor het doen van een zorgmelding, of het gezin aan te melden bij het AMK.

In de wet op de jeugdzorg is duidelijk gesteld dat het belang van het kind vóór het belang van de ouder gaat. De (stief)ouder(s) zijn echter wel de partners waar mee gewerkt moet worden, waar de basis van het vertrouwen moet liggen. De hulpverlener moet daarnaast dwars door alle bureaucratische regels en procedures van de verschillende betrokken organisaties heen kunnen opereren. In Utrecht bedoelen ze hetzelfde als ze in het kader van de methodiek van actief casemanagement stellen, dat de hulpverlener creatief moet zijn (Van Herwaarden, 2006). Dit is nodig om het gezin zo weinig mogelijk te bemoeilijken bij het zoeken naar de eigen oplossingen. Hier komen we nog op terug, maar nu staan we eerst nog wat uitgebreider stil bij de doelgroep van coördinatie van zorg.

4. De doelgroep: voor wie is coördinatie van zorg bedoeld en nodig

Gezinnen waar sprake is van meerdere problemen op meerdere leefgebieden zijn doelgroep van coördinatie van zorg. Het zijn gezinnen die met meerdere instanties en hulpverleners (schuldsanering, huisvesting, verslaving, problemen op school) te maken hebben. Deze instanties bevinden zich zowel in de vrijwillige zorg als in de geïndiceerde (jeugd)zorg als in de dienstverlenende sector. Daarbij is een criterium dat duidelijk is dat de kinderen in hun ontwikkeling worden bedreigd en de ouders de grip op de (opvoedings-)situatie kwijt zijn. Een gezin dat zelf de regie kan hanteren behoort niet tot de doelgroep, behalve als er sprake is van kindermishandeling.

Coördinatie van zorg kan op een bepaald moment noodzakelijk worden in een gezin waar zich ingrijpende gebeurtenissen voordoen, waardoor men de grip dreigt te verliezen. Criterium is dan of de situatie voor de ontwikkeling van de kinderen schadelijk is.

Kwetsbare gezinnen waar sprake is van een verstandelijke handicap bij ouders hebben misschien coördinatie van zorg nodig, maar meer nog een langdurige vorm van stut- en steuncontact. Het is niet nodig de doelgroep strak in te kaderen. Cruciaal is de wens of de inschatting van de cliënt of van de hulpverlener of coördinatie van zorg een oplossing kan bieden voor de problemen.

Praktijk

Vanuit de praktijk is een aantal indicatoren voor risicogezinnen bekend:

- het zijn zorgmijders, ze verschijnen niet (regelmatig) op oproepen van de jeugdgezondheidszorg of andere zorgverleners, hoewel niet gesteld kan worden dat alle risicogezinnen zorgmijders zijn;
- er is opvoedingsonmacht geconstateerd door professionals die met kind (of oudere kinderen in het gezin) te maken hebben;
- schoolverzuim, contacten met leerplicht en/of justitie;
- schulden;
- vaak overbelaste gezinnen;
- de problemen zijn intergenerationeel.

Veel van deze gezinnen vragen niet expliciet om coördinatie van zorg. Soms worden hulpverleners tegen elkaar uitgespeeld of wordt de hulpverlener meegezogen in de problematiek en chaos van het gezin. Andere gezinnen zitten niet te wachten op hulp. Het kost de hulpverlener moeite om contact met deze gezinnen te onderhouden en een voet tussen de deur te krijgen en te houden.

Een meer toegespitst beeld ontstaat door te kijken naar de meldingen van gezinnen voor coördinatie van zorg. Zo voldoen de gezinnen, die in de Limburgse experimenten voor gezinscoaching in aanmerking komen, aan de volgende criteria (Wolfs, 2005):

- tenminste één minderjarig kind;
- bestaande hulp is onvoldoende effectief;
- bredere problematiek;
- onvoldoende in staat tot eigen regievoering.

Omvang van de doelgroep

Over de omvang van het aantal risicogezinnen is weinig met zekerheid te zeggen. Met alle kinderen en gezinnen is wel eens wat aan de hand. Maar meestal gaat dat na korte tijd - al of niet met wat zorg en steun - weer voorbij. Circa 15-20% heeft

wel eens een serieus probleem en 5 - 10% komt in de zorgverlening terecht bij Bureau Jeugdzorg, de kinderarts, de gehandicaptenzorg of de verslavingszorg. Van die zorggebruikers heeft een deel van de gezinnen te maken met meervoudige problematiek, waarbij kinderen fundamenteel en ernstig in de ontwikkeling worden bedreigd. Deze groep is niet groot: schattingen komen in de buurt van de 2% tot 5% (Zeijl c.s..2005). Onder allochtone groepen en in de grote steden kunnen deze percentages aanzienlijk afwijken. Het betekent wel dat ieder jaar tussen de 4000 en 10.000 kinderen geboren worden die het in hun leven bijzonder moeilijk zullen krijgen. In 2002 kregen 19.957 kinderen van 0-6 jaar geïndiceerde hulp als gevolg van ernstige problematiek met bijvoorbeeld een plaatsing in een instelling of pleeggezin. Ongeveer 6000 kinderen staan onder toezicht van de gezinsvoogdij. Daarnaast werden nog enkele duizenden kinderen behandeld in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hoewel de verschillende groepen enigszins overlappen, kan toch geschat worden dat jaarlijks zo'n 30.000 jonge kinderen (2,5% van de leeftijdsgroep) enige vorm van intensieve hulpverlening krijgen voor psychische- of gedragsproblemen of voor gezinsproblemen (Hermanns, 2005).

5. De stand van zaken in wetten, wetenschap en beleid

De coördinatie van zorg is een krachtenveld zonder kop of staart. Beleidsmatig en in de dagelijkse praktijk duikelen de initiatieven over elkaar heen. Politiek staat coördinatie van zorg hoog op de agenda sinds staatssecretaris Ross de gezinscoach heeft geïntroduceerd en de provincie Limburg als eerste met gezinscoaching is gaan experimenteren. Ook elders wordt volop geëxperimenteerd. Zonder veel samenhang worden allerhande activiteiten onder coördinatie van zorg geschaard, zoals in 2005 de impuls voor opvoed- en gezinsondersteuning nog weer eens duidelijk heeft gemaakt. We proberen daar enige orde in aan te brengen door vanuit de perspectieven van wetten, wetenschap en beleid een nadere analyse te maken.

5.1 Wat schrijft de wet voor

Coördinatie van zorg of activiteiten met een verwante terminologie (casemanagement, zorgcoördinatie, gezinscoaching) wordt in Nederland in tenminste vijf wetten expliciet genoemd. Die wettelijke bepalingen geven al een eerste aanduiding van de complexiteit van het vraagstuk. Wat wordt er in de verschillende wetten over gezegd.

1. Casemanagement volgens de Wet op de Jeugdzorg

In de nieuwe Wet op de Jeugdzorg (Wjz) staan de termen contactpersoon en coördinatie van zorg. De term casemanagement is alleen gebruikt in de Memories van Toelichting en van Antwoord. De Wjz schrijft voor dat iedere cliënt van het BJZ een contactpersoon krijgt toegewezen (Wjz, art. 13, lid 8). De contactpersoon informeert de cliënt, antwoordt op zijn vragen en zorgt op die manier voor continuïteit in de contacten tussen cliënt en Bureau Jeugdzorg. De contactpersoon is tevens de persoon die in voorkomende gevallen de (vrij toegankelijke) ambulante hulp verleent (toelichting bij motie Kalsbeek en Tonkens, 2003).

Wanneer er besloten wordt tot het 'ingaan' van een geïndiceerd traject krijgt de contactpersoon 'casemanagement-achtige' taken (Memorie van Toelichting, 2001). Hij motiveert de cliënt tot het tot gelding brengen van de aanspraak en bevordert dat de zorgaanbieder een samenhangend hulpverleningsplan opstelt: De zorgaanbieder moet volgens de wet met hem over dat plan overleggen. De contactpersoon volgt de verleende zorg en staat de cliënt actief bij (Wjz, art.10, lid 1 onder f, g en h)¹. Het ligt voor de hand dat casemanager en contactpersoon in principe dezelfde persoon zijn. Deze 'persoon' adviseert de cliënt ook na afloop van de geïndiceerde zorg over het vervolg en staat de cliënt bij bij het verkrijgen van nazorg (Wjz, art 10, lid 1 onder i). Ook bij een schriftelijke verwijzing (artikel 8, lid 1) dient hij de cliënt bij te staan bij het verkrijgen van de (lokale) zorg waarnaar verwezen wordt, de cliënt zo nodig te motiveren tot het gebruik maken van die zorg en de zorg te volgen (Wet op de Jeugdzorg, art.10, onder j).

Bij de indicatie en de schriftelijke verwijzing dient Bureau Jeugdzorg ook aan te geven of coördinatie van de zorg noodzakelijk is (Wjz, art. 6, lid 2 en art. 8, lid 2). Dit speelt bij gezinnen met meervoudige problematiek die de greep kwijt zijn op de eigen situatie. Het is dan wenselijk dat één van de betrokken hulpverleners een coördinerende rol vervult en het gezin helpt het overzicht te houden. Deze

¹ Overigens: in die gevallen waarin een (huis)arts rechtstreeks naar de GGZ verwijst vanwege een redelijk vermoeden van ernstig psychische problematiek, betreft het geen GGZ-hulp op grond van een indicatie van Bureau Jeugdzorg en is er ook geen sprake van bovenstaande casemanagement-achtige taken van Bjjz (zie: brief VWS 29 november 2004).

functionaris moet bevorderen dat de hulpverlening in samenhang wordt aangeboden. Voor deze coördinatie van zorg is in de Kamerbesprekingen de term gezinscoach gebruikt (zie o.a. Brief staatssecretaris VWS, d.d. 3 juni 2003). De coördinatie van zorg ligt in principe bij een zorgaanbieder of een lokale instelling. Slechts bij hoge uitzondering kan Bureau Jeugdzorg zelf de coördinatie op zich nemen. En ook al wijst de praktijk soms anders uit, de bedoeling van de wet is dat de gezinscoach en casemanager dus niet 'samen kunnen vallen': de casemanager is de contactpersoon van Bureau Jeugdzorg, de gezinscoach komt in principe van buiten Bureau Jeugdzorg.

Verwarrend is dat de wet ook van coördinatie van zorg spreekt wanneer meerdere (provinciaal gefinancierde) zorgaanbieders of aanbieders van zorg bij de hulp betrokken zijn.² Zij dienen dan in het hulpverleningsplan aan te geven wie van hen de coördinatie van zorg op zich zal nemen (art.24 Wjz lid 3). Deze vorm van coördinatie kan ook zeer wel een gezin zonder meervoudige problematiek betreffen en hoeft niet in de indicatie vastgelegd te worden.

2. Zorgcoördinatie en casemanagement in de GGZ volgens de AWBZ

Activerende begeleiding vanuit de GGZ (art. 7 van het Besluit Zorgaanspraken) is gericht op herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek of op het omgaan met de gevolgen van de aandoening, beperking of handicap. Onder activerende begeleiding valt ook casemanagement. Het is bedoeld voor specifieke doelgroepen die met een veelheid van problemen te maken hebben, zoals thuiswonende psychiatrische patiënten, zelfstandig wonende verslaafden en kinderen van verslaafde ouders. Casemanagement houdt een actieve en intensieve hulpverleningsrol in voor de casemanager. Casemanagement in de GGZ is dus geen ondersteunende en volgende functie zoals die in de Wet op de Jeugdzorg. Het lijkt wel op de gezinscoach.

In de GGZ bestaat ook de term zorg- of behandelcoördinator. Daarmee doelt men op de functionaris van de zorgaanbieder, die de zorg voor de cliënt intern coördineert en die het behandelaanspreekpunt voor de cliënt is.

3. Zorgcoördinatie volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Voor de jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar is een basistakenpakket opgesteld (Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, 7 mei 2002), waarin sprake is van zorgcoördinatie:

'Zorgcoördinatie is noodzakelijk in die gevallen waarin behalve door de jeugdgezondheidszorg ook door andere zorgsectoren tegelijkertijd of achtereenvolgend zorg wordt verleend. Gezien de frequente contacten en de laagdrempeligheid kan de jeugdgezondheidszorg in veel gevallen als zorgcoördinator optreden. Kenmerkend is in dit geval het individuele karakter van de contacten van de jeugdgezondheidszorg met de aanpalende zorgsectoren. Bij elk individueel kind kunnen deze contacten kwalitatief en kwantitatief verschillen. In veel gevallen zal bovenbedoelde zorgcoördinatie volgen op een verwijzing vanuit de jeugdgezondheidszorg. Het evalueren van een verwijzing kan ook als een vorm van zorgcoördinatie worden gezien. Onder individuele zorgcoördinatie kunnen ook activiteiten gerekend worden die tot doel hebben ouders c.q. kinderen van wie het vermoeden

² De wet kent provinciaal gefinancierde zorgaanbieders en andere aanbieders van Zorg (Wet op de Jeugdzorg art. 1 onder g en h).

bestaat dat zij een bepaald verhoogd risico hebben op te sporen en weer in contact te brengen met de reguliere zorgverlening van de jeugdgezondheidszorg'.

Het basistakenpakket spreekt dus niet over casemanagement. Zorgcoördinatie in de jeugdgezondheidszorg is een coördinerende activiteit met andere instellingen op casuïstiekniveau. Deze taak lijkt een mix te zijn van coördinatie van zorg uit de Wet op de jeugdzorg en de casemanagement-achtige, volgende taken die Bureau Jeugdzorg heeft als zij schriftelijk verwijst naar een andere instelling. In de JGZ leeft de opvatting dat de zorgcoördinator de zorgverlening, zoals die door de diverse zorgverleners wordt verleend, coördineert, maar zelf geen intensieve begeleiding geeft aan het gezin (Z-org/GGD Nederland, 2006).

4. Casusregie in het jeugdstrafrecht: Raad en jeugdreclassering

De Raad voor de Kinderbescherming voert de regie in de jeugdreclassering en coördineert en begeleidt de taakstraffen. De Raad heeft de casusregie in de jeugdstrafrechtsketen, zo heeft het Ministerie van Justitie in 1994 vastgesteld. Een van die regie-elementen is het volgen en bijsturen van zaken naar de jeugdreclassering, zodat de aanwijzingsbevoegdheid invulling krijgt.

5. Regie in de zorgstructuren binnen het onderwijs

In de onderwijswetten (WPO, WVO en WEC) wordt ervan uit gegaan dat bij kinderen die door leerproblemen, gedragsproblemen of andere psychische, lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen vastlopen in het onderwijs de ouders de regisseur zijn. De regie en coördinatie bij de gang door de interne zorgstructuren, naar speciaal basisonderwijs, praktijkonderwijs of leerwegondersteunend onderwijs of naar een van de vier regionale expertise centra kan door de ouders zelf gedaan worden.

6. Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning die op 1 januari 2007 in werking gaat treden, heeft als doel dat iedereen in de maatschappij mee kan doen. Deze wet legt de verantwoordelijkheid voor die participatie bij burgers, bedrijven en maatschappelijke organisaties. Zij moeten de initiatieven nemen om te zorgen dat niemand op onnodige drempels stuit in de maatschappij. De overheid blijft op afstand. De gemeenten krijgen met de Wmo twee opdrachten:

- Het voeren van algemeen beleid gericht op bevordering van zelfredzaam van burgers, hun maatschappelijke participatie en de leefbaarheid van de woonomgeving. Zogeheten inclusief beleid.
- Het leveren van individueel geïndiceerde voorzieningen van maatschappelijke zorg aan mensen die daarop aangewezen zijn. Dit zijn op het individu en diens persoonlijke omstandigheden afgestemde voorzieningen, gericht op de bevordering van zijn zelfredzaamheid.

De vijf gemeentelijke functies van opvoed- en gezinsondersteuning, waaronder ook de coördinatie van zorg, waren aanvankelijk benoemd als prestatievelden van de Wmo, maar zijn nu alleen terug te vinden in de Memorie van Toelichting.

5.2 Wat zegt de wetenschap

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de functie van coördinatie van zorg. Van den Braak en Konijn (2006) concluderen uit een review van internationale overzichtstudies (Kroon, 1996; Bedell c.s., 2000) en specifiek (inter)nationaal

onderzoek (Burns, Hoagwood en Mrazek, 1999; Konijn, De Graaf en Van den Berg, 2004), dat:

- Multiprobleemgezinnen vaak de vaardigheden missen om zich temidden van allerlei problemen zelfstandig staande te houden. Hun draagkracht is structureel te gering. Zij hebben vaak behoefte aan langdurige 'stut- en steuncontacten', en aan langdurige 'onderhoudshulp'. Voor deze gezinnen is een intensieve en methodische vorm van cliëntondersteuning nodig.
- Casemanagement onder volwassenen met psychiatrische problemen alleen goede resultaten oplevert als de coördinerende taak wordt gecombineerd met hulpverlening.
- Het Assertive Community Treatment model (ACT) heeft resultaat als casemanagement dankzij de volgende essentiële ingrediënten:
 - Actieve benadering van cliënten, frequent contact tussen cliënt en casemanager.
 - Hulpverlening zelf uitvoeren, aan huis en met een focus op praktische problemen.
 - Teambenadering waarin casemanagers een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor alle cliënten van het programma.
 - Langdurige betrokkenheid met cliënten.
 - 7x24-uurs bereikbaarheid.
 - Caseload van 15 cliënten.
- De hulp voor multiprobleemgezinnen van licht verstandelijk gehandicapten komt overeen met ACT. Concreet gaat het om (Konijn, De Graaf en Van den Berg, 2004):
 - coördinatie van diverse vormen van hulp en speciaal onderwijs;
 - regie;
 - ondersteuning van jeugdigen bij opgroeien;
 - begeleiden van ouders bij opvoeding;
 - ondersteuning van cliënten bij hulpvraagverduidelijking;
 - ondersteuning bij verzilvering indicatiebesluit;
 - hulp in crisissituatie;
 - langdurige hulp moet mogelijk zijn (hoeft niet altijd even intensief).

Kortdurendheid van hulp levert een knelpunt op voor multiprobleem gezinnen. Dat is ook bij de evaluatie van de gezinscoaches in Limburg geconstateerd. 'De zorg is tegenwoordig sterk georiënteerd op kortdurende hulp, terwijl de doelgroep gezinnen die baat kunnen hebben bij een gezinscoach veel meer langdurige onderhoudshulp nodig hebben' (Mehlkopf & Troisfontaine, 2004).

De keuze voor één concept van of visie op cliëntbegeleiding van multiprobleemgezinnen is onvermijdelijk. Deze visie dient consequent in de wet- en regelgeving te worden verwerkt. Voor de regionale samenwerking in de praktijk is het belangrijk dat de partners van eenzelfde visie van cliëntondersteuning uitgaan (Konijn, De Graaf & Van den Berg, 2004). Daarbij horen bevoegdheden en verantwoordelijkheden, waardoor verantwoording mogelijk wordt.

Inventgroep

De Invent Groep (Hermanns c.s., 2005), die in opdracht van de staatssecretaris van VWS adviseert over signalering van risicokinderen, stelt dat het belangrijk is, dat er altijd één coördinator beschikbaar is. Dit is dan de enige die communiceert met kind en ouders, een interventie bespreekt en afsprekt en daarna eventuele andere professionals hierover informeert dan wel inschakelt. Een dergelijke coördinator

functioneert met deze taken op dezelfde wijze als een huisarts, een eerst verantwoordelijk verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg, de hoofdbehandelaar in een ziekenhuis, de casemanager in de ouderenzorg en de mentor in het voortgezet onderwijs. In het lokale veld is de beschikbaarheid van 'dit loopvermogen' van de coördinator – 'degene die achter alles en iedereen aangaat' - van essentieel belang. In de visie van de Inventgroep dient de gemeentelijke taak coördinatie zo vorm gegeven te worden dat lokaal – b.v. in het Ouder- en Kindcentrum - deze coördinator voortdurend beschikbaar is. In situaties waarin het accent van de hulpverlening tijdelijk in de meer gespecialiseerde zorg komt te liggen (bijvoorbeeld de jeugdzorg of de geestelijke gezondheidszorg) komt de centrale coördinerende taak daar te liggen. De coördinator van het OKC blijft echter op de achtergrond aanwezig en neemt de coördinatie weer over als de gespecialiseerde zorg stopt.

5.3 Landelijk en provinciaal beleid

Coördinatie van zorg is behalve in wetgeving ook onderwerp van beleid. Op landelijk niveau is coördinatie van zorg een manifest thema van Operatie JONG. In dat kader is in 13 gemeenten een pilot gestart met als doel invulling te geven aan de regie in de jeugdketen. Onderscheid wordt gemaakt tussen de regie op bestuurlijk niveau en de regie op uitvoeringsniveau. Met regie op bestuurlijk niveau wordt bedoeld de regie door de gemeente op de uitvoerende instellingen. Regie op de uitvoering is gedefinieerd als ...

'aanwijzen welke instanties in de dagelijkse praktijk de verantwoordelijkheid hebben om te zorgen, dat datgene gebeurt dat nodig is om de uitval van afzonderlijke jeugdigen te voorkomen. Deze instanties voeren de regie op de samenwerking van de uitvoerende instanties ten aanzien van individuele jeugdigen door het voortouw te nemen bij het formuleren van het resultaat van de hele jeugdketen en de benodigde inspanningen van de afzonderlijke ketenpartners' (JONG-overeenkomst).

Daarbij geeft het kabinet er de voorkeur aan om de uitvoerende regie over voorschoolse jeugdigen bij het consultatiebureau te leggen, in de schoolperiode bij het onderwijs en bij uitval dan wel na de schoolperiode bij de regionale meldcentra. Vanuit de betrokken partijen wordt daar wisselend op gereageerd. De jeugdgezondheidszorg opteert op basis van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg voor een doorgaande lijn met de JGZ als continue uitvoeringsregisseur. Zorgcoördinatie bestaat voor de JGZ uit (Z-org/GGD Nederland, 2006):

- Zorgen dat over alle kinderen informatie bekend is
- Voor risicokinderen zorg regelen en zorgen dat ze niet 'buiten de boot vallen'
- Nagaan bij gezinnen met complexe problematiek welke zorgverleners er contact mee hebben
- Zorgverlening op elkaar afstemmen
- Het gezin informeren en betrekken in die afstemming
- Empowerend werken en aansluiten bij het gezin.

De Wet op de Jeugdzorg, die 1 januari 2005 in werking is getreden, geeft de positie van Bureau Jeugdzorg helder weer. Het lokale veld is de primaire plek voor vrij toegankelijke opvoed- en opgroeiondersteuning. Voor de zwaardere vormen van hulp is er de geïndiceerde jeugdzorg. Bureau Jeugdzorg heeft een spilfunctie en zorgt voor een goede werkrelatie met de voorliggende voorzieningen en de

geïndiceerde zorg. Komt er een melding bij Bureau Jeugdzorg binnen, dan zorgt zij dat de juiste hulp wordt aangeboden.

Voor het lokale veld benoemden VWS, IPO, VNG, Justitie en MO-groep in het kader van de Wet op de jeugdzorg vijf functies van opgroei-, opvoed- en gezinsondersteuning, te weten:

1. Informatie en advies
2. Signalering
3. Toeleiding naar het (gemeentelijk)hulpaanbod
4. Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening)
5. Coördinatie van zorg op lokaal niveau

Recentelijk heeft het ministerie van VWS de toepassing van onder meer de functie coördinatie van zorg voorzien van een beleidsmatige en financiële impuls door de 4 grote steden en 47 grotere gemeenten in staat te stellen op deze functie plannen ter versterking of verbetering van de functie in te dienen (Impuls opvoed- en gezinsondersteuning). Coördinatie van zorg is door 29 van de 47 gemeenten aangemeld als een te versterken gemeentelijke functie. Zij dienden 39 plannen in, gebruikmakend van 27 verschillende aanpakken, waarvan van 19 aanpakken een methodische beschrijving beschikbaar is en waarvan sprake is van overdraagbaarheid (Prinsen c.s., 2005). Ze zijn opgesomd in hoofdstuk 6.

Deze verschillende aanpakken van coördinatie van zorg sluiten aan bij de bestaande gemeentelijke praktijken en lokale verhoudingen. Gemeenten bouwen daar op voort. Wel lijkt in veel gevallen een keus gemaakt voor een aanpak, die coördinatie van zorg combineert met een meer outreachende aanpak als vervolg van de keten die begint met signalering.

Limburg

Provincies zijn ook in de weer met de verbetering van de coördinatie van zorg. Meerdere provincies (Limburg, Zuid Holland, Gelderland, Flevoland, Drente, Overijssel) zetten in op gezinscoaching. In de provincie Limburg liep vanaf 2003 het experiment Programma Gezinscoaching Limburg. Het werd uitgevoerd door dertien meldpunten en liep door tot midden 2005. De resultaten bepleiten een specifieke aanpak – b.v. door een meldpunt of middels gezinscoaching – in de vorm van samenhangende zorg voor multiproblemegezinnen.

‘Geen nieuwe institutie en procedures, maar hulpverleners die dwars door alle verbanden uitzoeken hoe een gezin geholpen kan worden’ (Van Lieshout, 2005).

En dan met name voor die gezinnen voor wie de lat van de gangbare hulpverlening te hoog ligt en die langduriger `stut en steun´ nodig hebben. Deze Limburgse aanpak is in zeven stappen als volgt te karakteriseren:

1. Erkenning van onvoldoende organisatie en samenwerking in de hulp aan multiproblemegezinnen.
2. Organiseren van samenhang en samenwerking tussen signalerende en signaalontvangende instellingen.
3. Verbeteren – o.a. door protocollering – van toegang tot informatie en informatieuitwisseling.
4. Samenhangende zorg realiseren, b.v. vanuit een meldpunt.
5. Organiseren van hulp onder het motto ‘één gezin, één plan, één team’.

6. Gezin als actieve partij betrekken. Gezinscoach toevoegen als gezin die rol niet zonder ondersteuning kan vervullen.
7. Een gezinscoach benoemen, die het vertrouwen van het gezin geniet.

Gelderland

Met Limburg vergelijkbare uitkomsten zien we bij experimenten elders.

‘Gezinscoaching is niet altijd de oplossing voor gezinnen met meervoudige problematiek. Veel gezinnen blijken geholpen met een lichtere vorm van coördinatie van zorg’.

Dit is één van de conclusies uit het Gelderse experiment met gezinscoaching en coördinatie van zorg (Bos, 2005). Drie Gelderse regio's (Midden-IJssel, Achterhoek en Tiel) hebben meegedaan aan het experiment om gezinscoaching in praktijk te brengen en uit te proberen. Het experiment heeft zich uiteindelijk voor een groot deel gericht op de afstemming en samenwerking tussen instellingen omdat daar de knelpunten zaten die de effectiviteit en efficiency van de hulp aan de doelgroep in de weg stonden. Uit het experiment is een Gelders model voor coördinatie van zorg en gezinscoaching voortgekomen, dat er in essentie als volgt uitziet:

- Ieder gezin dat valt onder de doelgroep, is in beeld.
- Het mag niet meer zo zijn dat er meer dan drie zorgverleners in een gezin actief zijn die dit niet van elkaar weten.
- Coördinatie van zorg is geregeld waar dat nodig is. Ze gaan daarbij uit van wat in Gelderland fase 2 van coördinatie van zorg wordt genoemd: zorgverleners gaan met elkaar in gesprek en trachten de aanpak op elkaar af te stemmen.
- Coördinatie van zorg geschiedt bij voorkeur met het gezin, maar instemming van het gezin is geen voorwaarde. Daar waar het gezin niet meewerkt en coördinatie van zorg toch nodig is, wordt om het gezin heen gewerkt.
- Gemeenten kunnen in hun jeugdbeleid geschakeld aan de jeugdzorg ervoor kiezen om te sturen op intensievere varianten van coördinatie van zorg, zoals gezinscoaching (het zogenaamde ‘opplussen’).
- Bureau Jeugdzorg kan indiceren voor ‘plusvarianten’ die vervolgens door de zorgaanbieders worden uitgevoerd.

In dit Gelderse model zijn een aantal gradaties van coördinatie van zorg te onderscheiden, te weten:

- Fase 0: Zorgverleners weten van elkaar dat ze actief zijn in een gezin, maar er vindt verder geen afstemming plaats.
- Fase 1: Zorgverleners gaan met elkaar in gesprek en informeren elkaar vrijblijvend over hun aanpak.
- Fase 2: Zorgverleners gaan met elkaar in gesprek en trachten de aanpak op elkaar af te stemmen.
- Fase 3: Zorgverleners maken samen afspraken over de zorgverlening (één plan) voor de cliënt.
- Fase 4: Zorgverleners maken samen afspraken over de zorgverlening (één plan) met de cliënt. Het is zowel voor gezin als voor hulpverleners niet nodig om een gezinscoach aan te wijzen.
- Fase 5: Gezinscoaching: zorgverleners maken samen afspraken over de zorgverlening (één plan) met de cliënt. Eén van de zorgverleners treedt op als vertrouwenspersoon naar het gezin, coördineert en bewaakt het plan en

spreekt andere zorgverleners aan op hun verantwoordelijkheden. Dat is de gezinscoach.

De provincie Gelderland maakt met gemeenten middels de regionale convenanten over de aansluiting tussen het jeugdzorgbeleid en het lokaal preventief jeugdbeleid de afspraak om dit basismodel minimaal te realiseren. De provincie stuurt daarbij Bureau Jeugdzorg en de jeugdzorginstellingen aan (geïndiceerde zorg). Gemeenten voeren regie over de voorliggende voorzieningen.

Groningen

Alle provincies versterken de samenwerking onderwijs-jeugdzorg. De provincie Groningen stelt in haar Groninger verbeterprogramma 2005-2007:

Er is behoefte aan zorgcoördinatie als een gezin (jeugdige/ouder) te maken heeft met meerdere hulpverleners of zorginstellingen. De zorgcoördinatie wordt in de meeste gevallen ad hoc en per cliënt(systeem) afgesproken. De instelling die de meeste contacten met een gezin heeft en/of de beste toegang voert de zorgcoördinatie uit. Gemeenten hebben hierover geen vaste afspraken met instellingen. De huidige werkwijze voldoet matig, er is sprake van zorg over het bereik en het hulpaanbod voor multi-probleem gezinnen.

Het bereiken van gezinnen met meervoudige problematiek blijkt in de praktijk een groot knelpunt te zijn. Er moet onderscheid gemaakt worden in:

- a. gezinnen die wel hulp willen maar waarvoor geen hulp (op korte termijn) beschikbaar is, en*
- b. gezinnen die niet openstaan voor (de bestaande) hulp. Het is van belang om de afstand naar deze gezinnen te overbruggen en een aanbod te ontwikkelen of uit te breiden waarmee deze gezinnen naar hun eigen beleving geholpen worden.*

De provincie komt in actie en wil de omvang van de doelgroepen onderzoeken, wat de mogelijkheden zijn om het huidige aanbod voor multi probleem gezinnen te verbeteren en onderzoeken of een drang- en dwangaanbod ontwikkeld kan of moet worden in samenwerking met de jeugdbescherming.

Gideonsgemeenten

Een groep wethouders uit Rotterdam, Eindhoven, Almelo, Almere, Delft, Oude IJsselstreek en Urk – verenigd in de 'Gideonsgemeenten' - stelde onlangs dat opvoed- en opgroeiondersteuning een visie op integraal jeugdbeleid vereist, een lokale (netwerk)voorziening vergt, versterking van de lokale regie, goede basisvoorzieningen, en voor hulp en verwijzing een 'huisarts-specialistenmodel'. Om op lokaal niveau de verantwoordelijkheid voor opvoed- en opgroeiondersteuning te kunnen dragen is hun motto 'Lokaal wat lokaal kan, regionaal wat regionaal moet' (De Wit c.s., 2006). Gemeenten doen er goed aan in te investeren in visie- en beleidsontwikkeling alvorens het vraagstuk van lokale regie aan te pakken. Om een goede inbedding van opvoed- en opgroeiondersteuning in het integraal jeugdbeleid op alle niveaus te realiseren baseren zij zich op de rechten van kinderen, jongeren en ouders. Kinderen en jongeren hebben recht op bescherming, op optimale voorwaarden voor hun ontwikkeling en dus op kwaliteit in de opvoeding. Ze hebben recht op ondersteuning bij hun opgroeien. Ouders zijn eerstverantwoordelijken voor de opvoeding en hebben recht op

opvoedondersteuning, die direct en gemakkelijk toegankelijk moet zijn. Uiteindelijk wegen de rechten van kinderen zwaarder dan de rechten van ouders. Zij streven naar een sluitend systeem van algemene basisvoorzieningen, zowel in de onderwijsketen als in de zorg- en welzijnketen. De zorg voor die voorzieningen en de kwaliteit ervan is van groot maatschappelijk belang. Dergelijke basisvoorzieningen als jeugdgezondheidszorg (0-19), kinderopvang, peuterspeelzalen, scholen en leerplicht/RMC zijn belangrijke vindplaatsen. Al deze instellingen moeten verplicht worden een meldcode te hanteren. De uitvoering van de preventieve functies informatie en advies, signalering, toeleiding, licht pedagogische hulp, zorgcoördinatie moet aan kwaliteitseisen voldoen en moeten stevig worden verankerd in relevante wet- en regelgeving. Op gemeentelijk niveau kan een Centrum voor Jeugd en Gezin, dat fungeert als een één loket-voorziening in de nabijheid van ouders, kinderen en jongeren, als meldpunt dienen voor risicosignalen. Het doel is dat het even herkenbaar en gemakkelijk toegankelijk wordt als het consultatiebureau nu. Het Centrum is verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van de vijf lokale functies, waaronder coördinatie van zorg. In de Nota Gezinsbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006) krijgt dit centrum evenzeer een centrale positie toebedeeld. Het is een netwerkorganisatie die stevig verankerd is in het veld van lokale basisvoorzieningen. Voor de indicatietrajecten wordt een huisarts-specialistenmodel ingevoerd. Bij de overgang van niet-geïndiceerde naar geïndiceerde ondersteuning moet niet de cliënt de grens over, maar de ondersteuning. In meer algemene zin staat of valt een effectief jeugdbeleid met de aanwezigheid van een signaleringssysteem waar signalen vanuit verschillende domeinen met elkaar in verband worden gebracht, regietoedeling plaatsvindt en de uitvoering van een plan van aanpak wordt gemonitord. Tenslotte bepleiten deze wethouders dat voor een dergelijk integraal jeugdbeleid de politieke verantwoordelijkheid bij één wethouder komt te liggen, waardoor ook een sterke regie is te realiseren evenals doorzettingsmacht op lokaal en regionaal niveau.

6. Experimenten en knelpunten in de lokale praktijk

In de lokale praktijk vinden allerlei experimenten en toepassingen van coördinatie van zorg plaats. Zoals in hoofdstuk 5 al vermeld is er met de gezinscoach geëxperimenteerd in gemeenten in Limburg, Zuid-Holland, Gelderland, Drente, Overijssel, Flevoland, Noord Brabant en door het Leger des Heils (Bos, 2005; Mehlkopf en Troisfontaine, 2004, Bransen c.s., 2003). In de regio's Amsterdam en Dordrecht en de provincie Drente is men bezig geweest goede en samenhangende hulp en zorg te organiseren aan gezinnen met kinderen met licht verstandelijke beperkingen, waaronder veel gezinnen met meervoudige problemen (Konijn, De Graaf en van den Berg, 2004). Daarbij viel vooral de behoefte aan langdurige, levensbrede stut-en-steun contacten op bij de vaak chronische en complexe problematiek. De gemeente Eindhoven experimenteerde met gezinscoaching vanuit het Jeugd Preventie Programma (Hogervorst, 2004; Van Lenteren, 2004), terwijl de gemeente Enschede de integrale aanpak van multiprobleemgezinnen introduceerde. Binnen de gemeente Gouda is er een direct en systematisch contact gelegd tussen de schuldsanering en maatschappelijk werk. In 95% van de gevallen waar gezinnen om schuldsanering vragen is sprake van meervoudige problematiek. De jeugdgezondheidszorg in Flevoland geeft invulling aan haar plaats in de keten en werkt aan samenhang van signalering, toeleiding en interventies uitgaande van een koppeling tussen openbare gezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg en openbare orde (Van Leeuwen, 2005).

Coördinatoren van zorg komen we in allerlei beroepsgroepen en bij allerlei instellingen tegen: in basisvoorzieningen als de jeugdgezondheidszorg, het onderwijs en het (school)maatschappelijk werk, onder huisartsen, bij de gezinsvoogdij en de gezinsverzorging, bij MEE, Bureau Jeugdzorg, in de GGZ en bij de Raad voor de Kinderbescherming. Hieronder bespreken we ter illustratie hoe er in het onderwijs en in het kader van de impuls opvoed- en gezinsondersteuning met coördinatie van zorg wordt omgegaan en welke knelpunten de lokale praktijk laat zien.

Onderwijs

Het (school)maatschappelijk werk is lokaal met een inhaalslag bezig en associeert zich sterk met het onderwijs, terwijl datzelfde onderwijs zich op vier manieren verbonden weet met de zorg (Van Lieshout, van Veen c.s., 2005):

- Schoolmaatschappelijk werk op school
- Consultatieteams op schoolniveau
- Een loket voor WSNS en jeugdzorg
- Multidisciplinair team verbonden aan WSNS

Bij het zoeken naar de meest passende vorm van samenwerking tussen het basisonderwijs en de jeugdzorginstellingen in de regio ligt de start natuurlijk bij de vraag naar de behoefte van het onderwijs in de regio, dus de problematieken waarmee scholen geconfronteerd worden. Vervolgens is de regionale start- en streefsituatie een belangrijk uitgangspunt. Deze gegevens dienen te leiden tot een vorm van samenwerking die hierbij past. Het gaat dus om een oplossing op maat van de regio. Maar het is ook weer niet nodig het wiel opnieuw uit te vinden. Er zijn landelijk voorbeelden van samenwerking beschikbaar, die als inspiratiebron of werkmodel kunnen fungeren en vervolgens 'op maat gemaakt' kunnen worden.

De hierboven gemaakte rubricering geeft modellen op hoofdlijnen aan. In de praktijk is de variatie groter. Soms wordt er uitdrukkelijk voor één van deze modellen gekozen, soms betreft het een combinatie van verschillende modellen of een tussenvorm. Bij de eerste twee modellen wordt de samenwerking op het niveau van de school georganiseerd. Bij de laatste twee wordt gekozen voor een bovenschoolse organisatie van de samenwerking met externe zorginstellingen. Op veel plaatsen wordt gekozen voor twee varianten, zoals schoolmaatschappelijk werk op schoolniveau en daarnaast een bovenschoolse vorm van samenwerking. Dit sluit in de regel prima op elkaar aan. In andere regio's is één van de varianten al een enorme stap vooruit en om die reden doeltreffend. Deze samenwerking onderwijs-zorg zal uiteraard een nauwe verbinding moeten hebben of krijgen met coördinatie van zorg en er op termijn mogelijk mee samenvallen.

Vormen van coördinatie van zorg in de impuls opvoed- en gezinsondersteuning

Soms zijn experimenten met coördinatie van zorg geïnitieerd vanuit de gemeente, soms in de vorm van en vanuit al jarenlang functionerende samenwerkingsverbanden tussen instellingen. Soms gestart naar aanleiding van een incident of een extreem slecht afgelopen inadequate zorg, soms vanuit planmatig opgezet intersectoraal beleid. Vaak vormt de dood van een jong kind daartoe de aanleiding. Het overlijden van het meisje Savanna is daar maar werkelijk één – publicitair uitgemolken – voorbeeld van. Het beeld van het ontbreken van coördinatie van zorg is beslist onjuist. We onderscheiden in een quick scan 27 activiteiten, waarmee gemeenten onder meer in het kader van de impuls voor opvoed- en gezinsondersteuning coördinatie van zorg beogen, waarvan er 19 methodisch zijn beschreven en overdraagbaar zijn (Prinsen c.s., 2005):

1. Gezinscoach
2. Zorgcoördinator
3. Multidisciplinair team (Dordrecht)
4. Weer Samen Naar School-team
5. Casemanager
6. Coördinator van zorg (speciale functionaris of reguliere hulpverlener als GGV, MW, JGZ, MEE)
7. Buurtnetwerk 0-12 jaar
8. Familieberaad of family conference (Overijssel)
9. Vangnet Jeugd
10. Integrale aanpak van multiprobleemgezinnen (Enschede)
11. 10 voor de toekomst
12. Transferverpleegkundige
13. Zorgadviesteam of zorgteam of jeugdadviesteam
14. Eigen kracht conferentie
15. Integrale vroeghulp
16. VTO-team
17. Scenarioteams Brabant (geweld, seksuele kindermishandeling)
18. Consultatieteam op school
19. OKC
20. Brede School
21. Risicoteam OKC
22. JONG-centrum
23. Bemoeizorg

24. Meld- en coördinatie-punt (multiprobleemgezin)
25. Ketenmanagement
26. Basiszorg Kwetsbare Kinderen
27. Schoolmaatschappelijk werk basisonderwijs

Knelpunten op het lokale niveau

Met de Wet op de jeugdzorg is er een eerste stap gezet in het verduidelijken van het lokale werkveld in aansluiting met de jeugdzorg. De vijfde gemeentelijke functie-die van coördinatie van zorg- biedt de voorliggende voorzieningen de mogelijkheid tot extra interventie en begeleiding van gezinnen met specifieke en meervoudige opvoedings- en opgroei-problemen. Hiermee probeert men te voorkomen dat problemen ernstiger vormen aannemen, zodat de jeugdzorg alsnog nodig zou zijn. De realiseerbaarheid van dat streven loopt echter gevaar door allerlei knelpunten die gemeenten en professionals in de uitvoering tegenkomen (Hogervorst, 2004; Van Lieshout c.s., 2005; Bos, 2005; Wolfs, 2005). De belangrijkste zijn:

- Beperkte sturingsmogelijkheden en te weinig bevoegdheden: soms ervaren gemeenten, dat ze weinig invloed hebben op het inhoudelijke werk van de dienstverlenende instanties.
- Gebrek aan zicht op de hulpvraag. Het is soms moeilijk zicht te krijgen op de problematiek. Vaak is de afstand tussen ambtenaren en het werkveld groot en moeten de ambtenaren af gaan op de informatie die ze vanuit het werkveld krijgen over de doelgroep.
* Nog steeds zijn er her en der wachtlijsten bij de Bureau's Jeugdzorg, waardoor de hulpverlening stagneert. Door de wachtlijsten bij Bureau Jeugdzorg wordt de druk op de voorliggende voorzieningen groter. Daar probeert men de gezinnen toch zo goed mogelijk te steunen tot ze kunnen worden overgedragen. Maar dat brengt dan vaak wel extra belasting zowel in werklust als in financieel opzicht met zich mee.
- De aansluiting van Bureau Jeugdzorg met de lokale voorzieningen is soms gebrekkig georganiseerd. Overdracht van informatie over gezinnen vindt niet altijd goed plaats of de informatie wordt onvoldoende gebruikt. Daarnaast ervaren cliënten de stap van een lokale voorziening naar Bureau Jeugdzorg als een grote stap in tegenstelling tot de laagdrempelige ondersteuning bij bijvoorbeeld het consultatiebureau.
- Op veel plaatsen loopt de samenwerking tussen organisaties niet geweldig. Men ziet vaak een breuk tussen preventieve zorg en geïndiceerde zorg. Er wordt wel doorverwezen, maar er is vaak weinig contact en uitwisseling van informatie. Soms spelen er statuskwesies. Bijvoorbeeld een interventie als Homestart of een voorziening als de gespecialiseerde gezinszorg worden niet voor vol aangezien. Informatie die vanuit deze bronnen wordt aangeleverd, is vaak eenrichtingsverkeer of wordt zelfs helemaal niet serieus genomen. Terwijl het juist wel deze hulpverleners (professional of vrijwilliger) zijn, die het echte contact met het gezin hebben.
- Verschil in taalgebruik: zowel in de wetgeving als door de diverse hulpverlenende instanties worden begrippen als casemanager, gezinscoach, zorgcoördinatie, coördinatie van zorg verschillend geïnterpreteerd. Dat geeft veel onnodige verwarring.
- Ook is nog wel eens een gebrek aan kwaliteit in het geding. Het komt regelmatig voor dat werknemers niet weten wat de taken en

verantwoordelijkheden van andere organisaties zijn. Het gevolg is dat ze dan ook niet doorverwijzen of iemand aanmelden.

- Omgaan met privacy: soms lijken privacybelangen boven het belang van het kind staan. Men wil wel de informatie van de andere partij ontvangen, maar zelf niets loslaten onder het mom van privacybescherming.
- Een knelpunt van geheel andere orde is, dat afstemming niet tot het primaire werkproces en tot de vastgelegde taken wordt gerekend, waardoor coördinatietijd al snel als 'extra tijd' wordt gezien.

Wat gemeenten wel kunnen en hoe ze dat kunnen aanpakken komt in het volgende hoofdstuk aan bod.

7. De aanpak

7.1 Werkzame factoren

De laatste jaren is er binnen gemeenten al veel gebeurd in de opzet en ontwikkeling van het lokaal preventieve jeugdbeleid. Er zijn initiatieven ontwikkeld om vorm te geven aan de samenwerking tussen organisaties, onder meer in zorgstructuren, netwerken en andere overlegvormen waarbij organisaties gedeelde zorg rond cliënten kunnen inbrengen in een gezamenlijk overleg. Wat in de praktijk noodzakelijk is, is de vervolgstap: het samenwerken in het daadwerkelijk in afstemming uitvoeren van de zorg.

Om de functie coördinatie van zorg goed te kunnen regelen is kennis van de werkzame factoren nodig. Wat gebeurt er nu daadwerkelijk bij aanpakken die resultaat hebben? Hoe heeft de betreffende gemeente het vraagstuk opgepakt, gekeken vanuit verschillende factoren die meetellen? Denk hierbij aan: visie, organisatievormen, zorginhoud, kwaliteit en professionaliteit. De werkzame factoren zijn te beschouwen als voorwaarden. Uit de theoretische noties en de gesignaleerde praktijkontwikkelingen in de eerdere hoofdstukken concluderen wij, dat om coördinatie van zorg kansrijk te organiseren, instellingen en hun gemeente aan de volgende voorwaarden moeten beantwoorden:

1. Het hebben van een eenduidige begripsdefiniëring en visie. De begrippen coördinatie van zorg en de doelgroep daarvan zijn helder. Gemeente en organisaties hebben een duidelijke visie over de samenwerking 'buiten de eigen institutionele grenzen'.
2. Samenhang in sturings- of beleidsregie en uitvoeringsregie.
3. Voor de gemeente zijn de taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en deskundigheid van de betrokken organisaties duidelijk en omgekeerd voor de organisaties zijn de taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en deskundigheid van de gemeente helder.
4. Samenhangende organisatie en inzet: lokale organisaties hebben zich vastgelegd op hun commitment m.b.t. de samenwerking binnen de gemeentegrenzen dan wel in regionaal verband.
5. Er bestaat bereidheid tot samenwerking én bereidheid tot acceptatieplicht, als men deelneemt aan een samenwerkingsverband waarin de coördinatie van zorg wordt geregeld en afgesproken. Daarenboven moet voor de coördinator van zorg doorzettingsmacht geregeld zijn, zodat zorg afdwingbaar is bij zowel gezinnen als de zorgaanbieders.
6. Samenhang in signalering en registratie: in de signaleringsfunctie van deze gezinnen is voor alle betrokkenen duidelijk wanneer er gesproken wordt over een multi-probleem dan wel risicogezin. Criteria zijn vastgesteld en voor alle betrokken organisaties helder.
7. Voldoende financiële armslag.

7.2 Uitvoering van coördinatie van zorg

Coördinatie van zorg wordt bij voorkeur uitgevoerd door iemand die al werkzaamheden doet voor en bekend is bij de cliënt. Een onbekende nieuwe persoon (regelneef) die verder geen hulp of diensten biedt zal het nodige vertrouwen van de cliënt niet krijgen. Daarentegen wordt ook wel als voorwaarde gesteld dat de coördinator van zorg een onafhankelijk persoon is die geen belang heeft bij een van de partijen. Deze twee eisen staan voortdurend op gespannen voet

met elkaar en vereisen in elke complexe probleemsituatie een nieuwe afweging over wat 'het sterkst moet wegen'.

Coördinatie van zorg is momenteel zeker niet voorbehouden aan een bepaalde beroepsgroep.

Wanneer er sprake is van meerdere problemen maar niet, nog niet of niet meer van geïndiceerde jeugdzorg voert een medewerker van een lokale instelling voor maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg of welzijnswerk de coördinatie van de zorg uit. Dit is een professional, tenzij een vrijwilliger (vanuit een professionele of persoonlijke setting) de enige is die het vertrouwen van het gezin geniet. In principe kunnen vele personen de functie uitvoeren.

Bureau Jeugdzorg bepaalt in geval van ernstige opgroei- en opvoedproblemen wie het beste de coördinatie op zich kan nemen. Dat kan de hulpverlener vanuit de geïndiceerde jeugdzorg zijn wanneer er sprake is van geïndiceerde jeugdzorg naast andere hulp-, zorg- en dienstverlening aan het gezin. Of bij een justitieel traject de gezinsvoogd. In de praktijk zien we overigens ook wel een lokale gezinscoach opereren naast de gezinsvoogd.

Professionals - en ook vrijwilligers voor zover die deze rol kunnen vervullen - die de coördinatie van zorg op zich nemen komen voor een aantal lastige vragen te staan:

- In het gezin of buiten het gezin om werken
- Verantwoordelijkheid laten en nemen, naar het gezin en naar zorgverleners
- Vertrouwen of beschermen
- Gezin versus samenleving: welke norm is bepalend
- Activeren of overnemen* Openheid of privacy
- Betrokkenheid versus afstand nemen
- Sturen en gestuurd worden, doen of laten

Voor elk van de dilemma's zullen – in theorie en in de praktijk - oplossingen gezocht moeten worden en juist dat maakt deze taak voorlopig nog tot pionierswerk.

7.3 Van licht naar zwaar: coördinatie van zorg in gradaties

Coördinatie van zorg hoeft niet altijd met dezelfde kracht ingezet te worden. Het heeft niet altijd dezelfde zwaarte. De functie kan qua uitvoering onderscheiden worden in drie oplopende niveau's van 'licht' naar 'zwaar'. Voor de oplopende gradaties in zwaarte geldt dat elk niveau verdergaande coördinatie van de zorg vanuit instellingen vraagt en verdergaande participatie van het gezin.

In figuur 1 is voor de instellingen en het gezin per niveau aangegeven, wat op dat niveau gevraagd wordt.

Instellingen

Gezin

<p>Niveau 1:</p> <ol style="list-style-type: none">Hulpverleners weten van elkaar dat ze in hetzelfde gezin bezig zijn. Ieder heeft het eigen contact met de cliënt, eigen doelen en eigen verantwoordelijkheid.Ze wisselen vrijblijvend informatie uit over de cliënt en houden elkaar op de hoogte van doelen en voortgang. <p>Organisatievormen:</p> <ul style="list-style-type: none">- ad hoc netwerkbijeenkomsten met een initiatiefnemer (zoals consultatiebureau, intern leerlingbegeleider onderwijs);- vaste netwerkbijeenkomsten met een voorzitter/coördinator;- een initiatiefnemer heeft bilateraal contact met elke afzonderlijke bij de cliënt betrokken instelling/hulpverlener en maakt afspraken om in het belang van het gezin tot afstemming van de zorg te komen. Dit wordt bijvoorbeeld wel eens door een de Home-Start vrijwilliger gedaan op verzoek van ouders.	<p>Niveau 1:</p> <p>Alle interventies worden in beeld gebracht, waarbij de initiatiefnemer de contactpersoon voor het gezin is. Deze informeert en activeert het gezin, probeert tot afstemming te komen met de behoeften en vragen van het gezin: kijken wat het gezin zelf als probleem ervaart en of hier op kan worden aangesloten. (<i>activeringsmodel</i>)</p>
<p>Niveau 2:</p> <ol style="list-style-type: none">Er vindt niet alleen uitwisseling maar ook bundeling en afstemming van doelen en strategie plaats. Er ontstaat eenduidigheid in de adviezen aan het gezin. Ieder werkt verder vanuit eigen deskundigheid, opvattingen, mogelijkheden en verantwoordelijkheid met de client, maar pleegt geen interventies die niet samen zijn afgesproken. (<i>netwerkmodel</i>)Men betreft in het netwerk ook hulp/dienstverleners die niet direct tot de gangbare reikwijdte van het netwerk horen, ook verderop in de keten (<i>schakel- of ketenmodel</i>).Er is min of meer één plan, maar niemand is (eind)verantwoordelijk.	<p>Niveau 2:</p> <p>Er ontstaat een plan voor het gezin: adviezen worden gebundeld. Er is met ieders goedvinden één persoon die het meeste contact met de cliënt heeft en die namens de samenwerkende partijen de communicatie tussen cliënt en netwerk onderhoudt. Voorbeeld: een goed lopend buurtnetwerk.</p>

<p>Niveau 3:</p> <p>a. Eén gezin, één plan, één team. Dit houdt in dat opnieuw doelen vastgesteld worden, afspraken wie de doelen gaat uitvoeren en een plan maken met bindende afspraken. Er is een coördinator van zorg die verantwoordelijk is voor het plan en de uitvoering.</p> <p>b. De instellingen gaan een samenwerkingsstructuur aan waarin ze hun toegangen bundelen (loket- of multifunctioneel model) en waarin ze de zorg integraal aanpakken door voor de cliënt waar nodig één plan en/of één team in te zetten. Een voorbeeld is het OKC (Ouder-Kind-Centrum) in de jeugdgezondheidszorg.</p>	<p>Niveau 3:</p> <p>Er is een plan met het gezin. De ondersteuning van het gezin staat voorop en men versterkt de krachten van het gezin zodat het zelf de hulp kan verwerven die het wil en zodat het die hulp zelf kan afstemmen. De cliënt heeft dan de regie. (empowermentmodel)</p> <p>In die gevallen dat er extra ondersteuning van het gezin nodig is omdat het gezin de situatie niet meer overziet wordt een van de betrokkenen door het gezin aangewezen om als gezinscoach te fungeren (of met instemming van het gezin door derden aangewezen). Gezinscoaching is een specifieke vorm van coördinatie van zorg.</p>
--	---

Het niveau waarop instellingen samenwerken en het niveau waarop voor of met het gezin wordt gewerkt lopen ongeveer parallel, maar dat is niet persé noodzakelijk. Vooral op niveau 3 wordt veel van het gezin gevraagd, terwijl in dergelijke situaties geregeld juist sprake zal zijn van onmacht en zelfs onwil in plaats van betrokkenheid.

7.4 Taken en verantwoordelijkheid van de coördinator van zorg

De coördinator van zorg heeft taken naar het gezin en naar de professionals en hun instellingen. In alle gevallen zijn die taken gebaseerd op bevoegdheden, vloeien daar specifieke verantwoordelijkheden uit voort en vraagt dat een specifieke deskundigheid van de coördinator.

T.a.v. het gezin

De coördinator van zorg is iemand die gemakkelijk contact krijgt en houdt met het gezin. Hij helpt hen het overzicht te houden, verheldert de hulpvragen, ordent de situatie. Hij zorgt dat er in overleg met de cliënt een plan van zorg komt met concrete afspraken. Hij werkt op een manier die vertrouwen wekt door wat hij doet en door zijn manier van bejegening. Hij laat het gezin in zijn waarde, laat de gezinsleden zelf oplossingen zoeken binnen hun eigen mogelijkheden en hun eigen netwerk. Als het nodig is voert de coördinator van zorg zelf praktische ondersteuning uit vanuit zijn of haar eigen discipline.

T.a.v. instellingen

De coördinator van zorg is pro-actief: neemt het voortouw tot het formuleren van het resultaat van de hele keten en de benodigde inspanningen van de partners daarin. Een coördinator van zorg heeft de taak te zorgen dat de hulpverlening in samenhang wordt aangeboden en daarmee de verantwoordelijkheid om de (overige) hulpverlenende instellingen aan te sturen en aan te spreken op het nakomen van afspraken. De instelling die de coördinator van zorg levert is daar

verantwoordelijk voor, maar moet dan ook wel de bevoegdheden hebben. Hier is feitelijk een juridisch kader voor nodig dat er op dit moment niet is. Wettelijk afdwingen van activiteiten die volgens de coördinator van zorg nodig zijn is niet mogelijk. De coördinator moet werken met goodwill, goede onderlinge afspraken eventueel vastgelegd in een convenant. Een andere optie is de structuur van de samenwerking veranderen (loket- of multifunctioneel model)

Voorwaarden: voor coördinatie van zorg op deze manier is speelruimte nodig, de functionaris moet kokers kunnen doorbreken. Dat wil uiteindelijk zeggen dat hij zich niet altijd aan de regels kan houden die in verschillende instellingen gelden. Echter als men er ook na goed overleg niet uitkomt zijn daar zoals gezegd weinig mogelijkheden voor.

De taken naar gezinnen en instellingen zijn op grond van verschillende modelmatige opvattingen over samenwerking en coördinatie vorm te geven (Blokland c.s., 2003). We onderscheiden:

- Het activeringsmodel: in dit model ligt de nadruk op het activeren van het gezin in combinatie met versterken van de afstemming tussen zorgverleners.
- Het schakel- of ketenmodel: hierin ligt de nadruk op het verbeteren van de samenhang en afstemming van de zorg tussen de verschillende aanbieders van zorg, zowel in basisvoorzieningen als verderop in de keten, zo veel mogelijk in de nabijheid van het kind of het gezin.
- Het empowerment-model: in dit model staat de ondersteuning van het gezin voorop en het versterken van de krachten van het gezin, zodat het zelf de hulp kan verwerven die ze wil en zorgt in samenwerking met de zorgaanbieders, dat die zorg is afgestemd.
- Het loket- of multifunctionele model: de nadruk ligt op een samenwerkingsstructuur van instellingen ten behoeve van een integrale aanpak van de zorg met inbegrip van het vergroten van de toegankelijkheid aan alle kinderen en ouders in problematische of zorgwekkende situaties, maar ook in meer alledaagse omstandigheden.
- Het outreachende model: in dit model ligt de nadruk op de versterking van het bereik van de zorg, ook bij gezinnen die er toe neigen hulp af te wijzen of die daadwerkelijk zorg mijden.

7.5 Professionele competenties

Het werken met multi-probleemgezinnen, is bijna vanzelfsprekend het werken 'over de grenzen'. De problematiek van deze gezinnen vraagt bij uitstek een outreachende benadering. Erop uit! Contacten leggen, aansluiten bij het gezin, toetsen van eigen waarden en normen en een basishouding van respect voor andersdenkenden, andere culturen, andere opvattingen en andere meningen. Dit geldt voor de contacten zowel met gezinnen als met de andere organisaties.

De coördinator van zorg moet voorts inschatten om welk type gezin het gaat: een leerbare gezin of een gezin voor wie stabiliseren het meest haalbare is: de zogenaamde 'stut- en steun contacten'.

Binnen de 'professionaliteit' hoort ook het kennen van de eigen grenzen. Wanneer is de situatie onhoudbaar en kan de hulpverlener de veiligheid van het kind niet meer garanderen. Of komt er steeds meer zicht op de daadwerkelijke onderliggende problematiek en is een doorverwijzing naar de GGZ / psychiatrie aan de orde. De hulpverlener die vanuit de functie coördinatie van zorg hulp gaat verlenen in een multi-probleemgezin (al dan niet als gezinscoach) moet geschoold zijn in

verschillende aspecten van het werken met moeilijke gezinnen en complexe hulpvragen:

Voor het gezin staat hun vraag centraal, men wil niet van het kastje naar de muur gestuurd worden. De hulpverlener geeft verduidelijking van de hulpvragen die er liggen binnen een gezin, coördineert, structureert en werkt samen met de ouders. Gezinnen hebben behoefte aan iemand die bij hun cultuur en waarden- en normenpatroon kan aansluiten. Iemand die structuur en ordening schept, maar ook het gezin in zijn waarde laat, eigen oplossingen laat zoeken binnen de eigen mogelijkheden en het eigen netwerk en als het moet zelf bereid is om de handen uit de mouwen te steken.

Voor de cliënt zal de basis van vertrouwen schuilen in het feit of dat men zich gehoord en gewaardeerd voelt. Met name bij multi-probleem gezinnen is het van essentieel belang dat men écht contact maakt met het gezin. Die soms intensieve wijze van contactlegging staat nog wel eens op gespannen voet met de noodzaak binnen de hulpverlening om steeds meer te werken met procedures, afspraken, methoden en protocollen. Gesprekken zijn vaak gebonden aan een tijdslimiet, huisbezoeken ook. Maar het is al vaker aangetoond dat het contact met deze gezinnen vooral bestaat uit de juiste wijze van contact leggen, krijgen en behouden, 'er zijn' voor de betrokkenen en dat is niet altijd te koppelen aan de hoeveelheid tijd en aantal huisbezoeken. Dat maakt dat het belangrijk is dat de betrokken hulpverlener gefaciliteerd wordt door de eigen (en de overige) organisaties om voldoende te kunnen investeren in het gezin.

Coördinatie van zorg is geen nieuwe functie, maar een taak die toegevoegd kan worden aan bestaande functies. De taak houdt in het structureren van hulp, op samenhang en samenwerking en op continuïteit in de hulp aan gezinnen met meervoudige problematiek. Het is enerzijds gericht op aansturing van hulp en zorg van de voorliggende voorzieningen, anderzijds gericht op de daadwerkelijke begeleiding van het gezin. De kennis, houding en vaardigheden waar een coördinator van zorg over dient te beschikken, zijn in alle gevallen:

Kennis en ervaring:

- Goede kennis van aanbod in het lokale veld
- Kennis van het juridische kader (daar waar gedwongen hulpverlening uiteindelijk noodzakelijk zal zijn)
- Kennis en zicht op de doorverwijzing naar de geïndiceerde zorg / Bureau Jeugdzorg, maar ook de achterliggende voorzieningen
- Ervaring met crishulpverlening

Houding:

- Vraaggerichte werkhouding: visie en attitude
- Werken en handelen vanuit een basishouding van respect voor de ander

Vaardigheden:

- In staat een vertrouwensrelatie op te bouwen
- Uitstekende communicatieve vaardigheden. Mogelijkheden om te schakelen naar verschillende niveaus
- Duidelijk zijn over eigen positie en waar nodig grenzen aangeven
- In staat zijn in een moeilijke situatie, anderen te motiveren om in beweging te komen

- Inschatting kunnen maken van het 'lerend' vermogen van het gezin
- In staat zijn om aan te sluiten bij de normen en waarden van dit gezin, 'handen uit de mouwen'
- Een helicopterview en analytische denkvermogen bezitten

Broeken en Talma (2004) beschreven de competenties van de lokaal werkende gezinscoach en kwamen tot de conclusie, dat ze dicht bij de competenties van een intensieve pedagogische thuishulpverlener liggen. Competenties verwijzen naar individuele vermogens. Bij de gezinscoach kan in feite een tweedeling gemaakt worden: basishouding en functiegerelateerde competenties. Specifieke competenties zijn:

Competentiegebied vertrouwensband opbouwen en onderhouden:

- de gezinscoach is in staat om in te voegen en aan te sluitend;
- de gezinscoach is in staat om vertrouwen te winnen door een professionele en deskundige werkwijze.

Competentiegebied de gezinsleden activeren en versterken:

- de gezinscoach is in staat om het zelfvertrouwen van de gezinsleden te versterken;
- de gezinscoach is in staat om de praktische, pedagogische en relationele vaardigheden van de gezinsleden uit te breiden.

Competentiegebied praktische hulp bieden:

- de gezinscoach is in staat om het gezin te helpen het huishouden op orde te krijgen;
- de gezinscoach is in staat om de weg te wijzen naar allerlei instanties en regelgevingen

Competentiegebied adequaat inspringen op crisissituaties:

- de gezinscoach is in staat om grenzen te trekken;
- de gezinscoach is in staat om bij huiselijk geweld daadkrachtig op te treden

Competentiegebied netwerk opbouwen en coördineren:

- de gezinscoach is in staat om het formele netwerk te coördineren en de regiefunctie op zich te nemen;
- de gezinscoach is in staat om transparant te werken;
- de gezinscoach is in staat om het informele netwerk op te bouwen en te versterken

De competenties kunnen gekoppeld worden aan de drie rollen: (1) de aannemer, (2) de regisseur, en (3) de coach. In de onderstaande tabel is deze koppeling zichtbaar gemaakt:

Competentiegebied		Rol
Competentiegebied A	Vertrouwensband opbouwen en onderhouden	Aannemer Regisseur Coach
Competentiegebied B	De gezinsleden activeren en versterken	Coach
Competentiegebied C	Praktische hulp bieden	Aannemer
Competentiegebied D	Adequaate inspringen op crisissituaties	Regisseur
Competentiegebied E	Netwerk opbouwen en coördineren	Regisseur

De overkoepelende competentie is dat de gezinscoach moet kunnen switchen tussen de verschillende rollen en perspectieven, en hierbij ook hun communicatiestijl op aanpassen. Bij de rol van de coach hoort bijvoorbeeld een vragend taalgebruik, terwijl bij de rol van aannemer en regisseur meer een regelende en soms confronterende taal hoort.

De gezinscoach is als het ware een intensieve pedagogische thuishulpverlener plus (IPT-er +). De IPT-er richt zich vooral op opvoedingsproblemen. De gezinscoach heeft een andere doelgroep (multiprobleemgezinnen) waar vaak veel meer aan de hand is dan alleen opvoedingsproblemen en heeft dan ook een bredere insteek. Daarnaast zijn er meestal meerdere hulpverleners actief en kan sprake zijn van afstemmingsproblemen. Specifieke competentiegebieden van de gezinscoach zijn praktische hulp bieden, adequaat inspelen op crisissituaties en een netwerk opbouwen en coördineren. De competentiegebieden 'vertrouwensband opbouwen en onderhouden' en 'de gezinsleden activeren en versterken' zijn niet specifiek, maar hebben wel een extra dimensie voor de gezinscoach. Doordat de gezinscoach vaak te maken heeft met een outreachende vorm van hulpverlening, is het opbouwen van een vertrouwensband vaak moeilijker maar ook extra van belang. En wat betreft het activeren en versterken van de gezinsleden richt de gezinscoach zich naast opvoedkundige en communicatieve vaardigheden ook op basale praktische vaardigheden.

7.6 Organiseren van de keten

Het organiseren van de keten is het aspect van coördinatie van zorg waarvoor het meest lastig eenduidige aanwijzingen zijn te geven. Dit onderdeel is moeilijk te omschrijven en uit te voeren. Dat wijst de praktijk in gemeenten ook uit. Immers, als het zo eenvoudig zou zijn om alles met een goede organisatie, een duidelijke structuur en vastlegging van taken en verantwoordelijkheden te regelen dan was dat waarschijnlijk al lang gebeurd. En was er al veel eerder een eenduidig organisatie- en coördinatiemodel gepresenteerd. Maar zo zit de werkelijkheid niet in elkaar. Het opzetten, ontwikkelen en organiseren van grotere samenwerkingsverbanden zijn processen die tijd kosten en vaak al werkende weg ontwikkeld worden. Iedere gemeente heeft zijn eigen lokale zorgvoorzieningen, zijn eigen overlegvormen en netwerkstructuren. En heeft vooral ook zijn eigen historie daarin. Eén uitkomst uit de Operatie JONG mag daarbij inmiddels als richtinggevend worden meegegeven: voortdurend en op alle niveau's moet onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds beleids- of aansturingsregie en anderzijds uitvoeringsregie in de ketensamenwerking. En beide regievragen moeten adequaat beantwoord zijn om ketenregie te realiseren.

Allereerst is het belangrijk om een liefst simpele structuur aan te brengen in de zorgketen en vooral op de schakel- of overlapmomenten. Breng voor de beleidsregie duidelijk en inzichtelijk in kaart wie wat doet en waar de verantwoordelijkheden liggen, aan de hand van bijvoorbeeld de volgende vragen:

- Wie signaleren er en hoe wordt de kwaliteit daarvan geregeld?
- Is geregeld waar signaleerders met hun signalen naar toe moeten en weten en gebruiken zij dat? Bijvoorbeeld een meldpunt of een netwerk. Welke lokale instelling is verantwoordelijk voor het meldpunt voor signalen waarbij de vraag (ook) coördinatie van zorg betreft?

- Het meldpunt of netwerk moet de mogelijkheden hebben om meer informatie te verzamelen (b.v. uit netwerken) en op het signaal in te gaan. Dit laatste kan variëren van consultatie aan signaleerder, verwijzingsmogelijkheden tot coördinatie van zorg.
- Er is geregeld dat er terugkoppeling van het meldpunt naar de signaleerder en het gezin plaatsvindt.

Meestal is het aanbrengen van structuur ook het in kaart brengen van de bestaande overlegvormen. In gemeentes bestaan vaak verschillende overlegvormen, waarin risicogezinnen op casusniveau besproken worden. Denk hierbij b.v. aan de zorgadviesteams binnen het onderwijs, de netwerken jeugdhulpverlening, de scenarioteams³ of justitiële casuoverleggen. Kortom een scala aan overlegvormen, waarbij op een of andere manier de zorg rondom een gezin al met meerdere betrokken organisaties besproken wordt. Voor de aansturing is het belangrijk om die verschillende al dan niet gezamenlijke overlegvormen te stroomlijnen, in samenhang met elkaar te brengen en goede afspraken te maken over de uitvoeringsregie. Daarbij zij opgemerkt dat organisaties in de dagelijkse praktijk onderling al veel moeten afstemmen en er zal gebruik worden gemaakt van onconventionele methodes. Uitvoerders op de werkvloer zullen elkaar op een andere manier vinden dan datgene dat gemandateerd is via het management en ieder zal daar zijn eigen weg in moeten zien te vinden.

Ketenregie is het organiseren en ontwikkelen van (betere) dienstverlening op een dusdanige wijze dat de cliënt dit in de praktijk ook als zodanig ervaart. Ketenregie verbindt de partners aan de wensen van de cliënt doordat zij van tevoren afspraken maken over het gewenste resultaat.

Dit kan als de gemeente de (potentiële) ketenpartners kan verleiden tot betere afstemming van hun activiteiten en het hulpaanbod.

Om ketenpartners met elkaar te verbinden is minimaal nodig:

- ontmoetingen en persoonlijke contacten (elkaar kennen!)
- concrete afspraken maken met elkaar (elkaar vertrouwen!)
- leren en kennisuitwisseling (elkaar begrijpen!)
- goede onderlinge communicatie en informatie-uitwisseling (elkaar verstaan!)
- beleid en aansturing verbinden met uitvoering (elkaar stimuleren!)

Ketensamenwerking wordt vaak opgepakt als samenwerking tussen organisaties. Echter, in ketens die volledig ontwikkeld zijn opereren de partners niet langer in termen van (het belang van de eigen) organisaties, maar stellen zij functies centraal: activiteiten in de keten die samen het primaire proces vormen. Door uit te gaan van de functies kunnen ketens flexibel worden georganiseerd. Verschillende activiteiten worden voor iedere doelgroep of voor iedere cliënt op een andere manier gecombineerd tot een traject van coördinatie van zorg.

Er moeten voorzieningen of samenwerkingsverbanden komen die ervoor zorgen dat de keten daadwerkelijk aan de vraag kan voldoen. Het voorbeeld van de Integrale Vroeghulpteams voor kinderen met (lichamelijke, verstandelijke en emotionele) beperkingen kan als voorbeeld dienen (Willems, 2005). Daarbij worden afspraken gemaakt over:

³ Methodiek, ontwikkeld en uitgewerkt in Brabant, waar kinderen/gezinnen met vermoeden van (seksuele) kindermishandeling besproken worden in het scenarioteam. In het scenarioteam zitten deskundigen uit drie invalshoeken van hulpverlening en interventie; de civielrechtelijke, de stafrechtelijke en de vrijwillige. Onderzoek vanuit het PIT (Verhoeven en Van Wanrooy, 2000).

- behandelingswijzen
- dossieroverdracht en uitwisseling van informatie
- terugkoppeling van resultaten en verwijzingen
- eventueel gezamenlijke inkoop van materieel
- opleiding van personeel.

Gemeenten hebben een aansturingverantwoordelijkheid. Om de gewenste resultaten te bepalen moeten zij zicht hebben op de vraag van de klanten (eventueel per gebied of doelgroep) en het aanbod van de lokale organisaties. Ze moeten zicht hebben op de werkzaamheden in de keten (wie doet wat), het bereik, de kwaliteitseisen en de kwantitatieve verantwoording. Zij gebruiken hierbij de epidemiologische cijfers en zorgen voor monitoring.

Om de regietaak op te nemen in het beleidskader moeten gemeentes een beleidscyclus opstellen van ontwikkeling, toetsing, implementatie, planning en control. Alleen hiermee kan er worden gestuurd op relevante informatie die in een cyclische vorm wordt aangeleverd en opnieuw opgepakt. In het eerste deel van zijn sturingsadvies *'Koersen op het kind'* verschaft van Eijck (2006) daartoe een kader. Uit de gemeentelijke praktijk volgen in hoofdstuk 8 tenslotte nog enkele voorbeelden ter illustratie daarvan.

8. Praktijkvoorbeelden

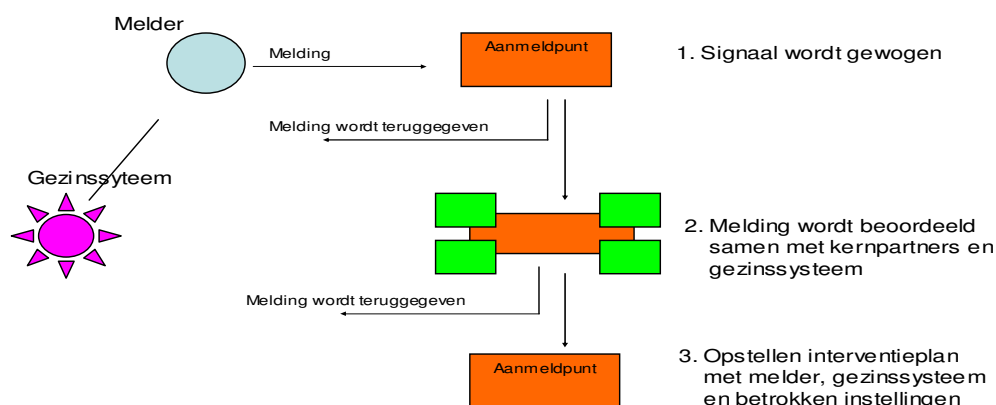
8.1 Gezinscoach in Limburg: een taak, geen functie

Naar het voorbeeld van de recent afgesloten pilot gezinscoaching in Limburg, wordt de gezinscoach gezien als een taak en geen functie. De inzet van een gezinscoach is een methodische uitwerking van de coördinatie van zorg. Dit betekent dat de gezinscoach zowel de coördinatie van zorg in een gezin op zich kan nemen als daadwerkelijk hulpverleners.

De basisvisie onder het Limburgse model is de vertrouwensbasis van het gezin in de betrokken hulpverlener -gezinscoach (Mehlkopf en Troisfontaine, 2005). Daarom kiest het gezin de gezinscoach zelf. Het vertrouwen bepaalt een groot deel de sleutel van het succes. Dat betekent dat iedereen in de omgeving van het gezin, die het vertrouwen heeft van dit gezin, in principe als gezinscoach kan worden aangewezen. Dit houdt in dat iedere hulpverlener die op dat moment binnen het gezin betrokken is, gezinscoach kan worden, maar ook een buurvrouw of familielid. Dit laatste kan alleen het geval zijn als de betrokken persoon uit het netwerk een gesprekspartner kan zijn voor de hulpverleners.

Verder uitgangspunt van de coördinatie van zorg rond de melding van multi-probleemgezinnen is het ontwikkelen van een meldpunt, waarbij criteria zijn opgezet.

1. het gezin moet woonachtig zijn in het werkgebied van het meldpunt.
2. het gezin telt minstens een minderjarig kind.
3. er moet sprake zijn van meervoudige problematiek
4. de bestaande hulp in het gezin heeft onvoldoende effect.
5. het gezin is onvoldoende in staat om zelf de regie over de hulpverlening te voeren.



Inmiddels zijn op meerder plekken in het land pilots opgezet met deze, of een andere vorm van meldpunten. De basisvisie uit Limburg wordt hier echter ook gehanteerd: het gezin kiest zelf zijn hulpverlener en participeert in een overleg samen met de kernpartners.

8.2 Gezinscoach in Tilburg: een functie met taken

In Tilburg wordt er gewerkt met een team gezinscoaches, waar de gezinscoach wordt ingezet als een aparte functie. Hier loopt een pilotproject van vijf jaar op initiatief van de gemeente. Dit project is gestart met vijf gezinscoaches waarvan er twee gekoppeld zijn aan de netwerken jeugdhulpverlening.

Uitgangspunt van het project is inzet van de gezinscoach binnen de bestaande netwerken op de volgende drie functies:

- a. **Preventie;** in situaties waarbij er (vanuit de netwerken jeugdhulpverlening) bezorgdheid is over het gezin maar nog geen duidelijke vraag ligt en/of er geen toegang tot het gezin verkregen kan worden. Vaak is nog niet duidelijk welke organisatie het beste ingezet kan worden. De gezinscoach kan de signalen en informatie verzamelen en contact zoeken met het gezin. Hier is een outreachende hulpverlening aan de orde, een vorm van bemoeizorg.
- b. **Zorg; (voor multiproblemegezinnen);** een gezinscoach ondersteunt de gezinnen die op meerdere leefgebieden problemen hebben en die problemen op eigen kracht niet meer kunnen oplossen. Door tijdig het gezin te ondersteunen en/of hulpverlening te coördineren zorgt de gezinscoach voor een adequate aanpak van de problematiek, (het op gang komen van) gerichte ondersteuning/hulpverlening en versterking van de zelfredzaamheid van het gezin. Een goede keten aanpak is hier onontbeerlijk.
- c. **Nazorg;** waarbij de gezinscoach wordt ingezet t.b.v. consolidatie en ondersteuning om het gezin in de toekomst voldoende zelfredzaam te laten blijven.

Doel van het project is dat door de inzet van gezinscoach (zo kort als mogelijk, zo lang als nodig) gezinnen weer zoveel mogelijk op eigen kracht kunnen functioneren en hun verantwoordelijkheden kunnen (blijven) waarmaken.

Ook vanuit Tilburg is het uitgangspunt de ketenbenadering. Het onderscheid met andere lopende projecten is dat men hier specifiek heeft gekozen voor een apart team, dat wel met eigen taken en bevoegdheden 'over de instellingsgrenzen heen' kan opereren. Er is sprake van doorzettingsmacht naar de aanbieders toe. Zoals het project in Tilburg is beschreven en lokaal is uitgezet is de coördinator van de netwerken iemand die door de gemeente is aangesteld, met de bevoegdheid om een gezin eventueel door te sluisen naar een gezinscoach, die vervolgens zowel de regie als de uitvoeringaspecten op zich neemt.

8.3 Zorgcoördinatie door de jeugdgezondheidszorg in Almere

Vanuit de Zorggroep Almere is de zorgcoördinatie georganiseerd op basis van de volgende definiëring van risicokinderen: kinderen van ouders die onvoldoende de zorg voor hun kind(eren) waarmaken, wegens pedagogische onmacht, verslaving, psychiatrie, geweld, criminaliteit, financiële problemen, ernstige relatieproblemen en kinderen die gebruik maken van de hulpverlening, zoals geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, gezinsvoogdij, jeugdreclassering, justitiële inrichtingen enz. (Van Leeuwen, 2005).

De Zorggroep Almere acht die zorgcoördinatie een specifieke taak voor de jeugdgezondheidszorg om de volgende redenen:

- Er is contact met ieder gezin met kinderen van 0-19 jaar
- De JGZ beschikt over een dossier van ieder kind van 0-19 jaar
- Zorgcoördinatie is een taak die expliciet genoemd staat in het 'Besluit Jeugdgezondheidszorg'

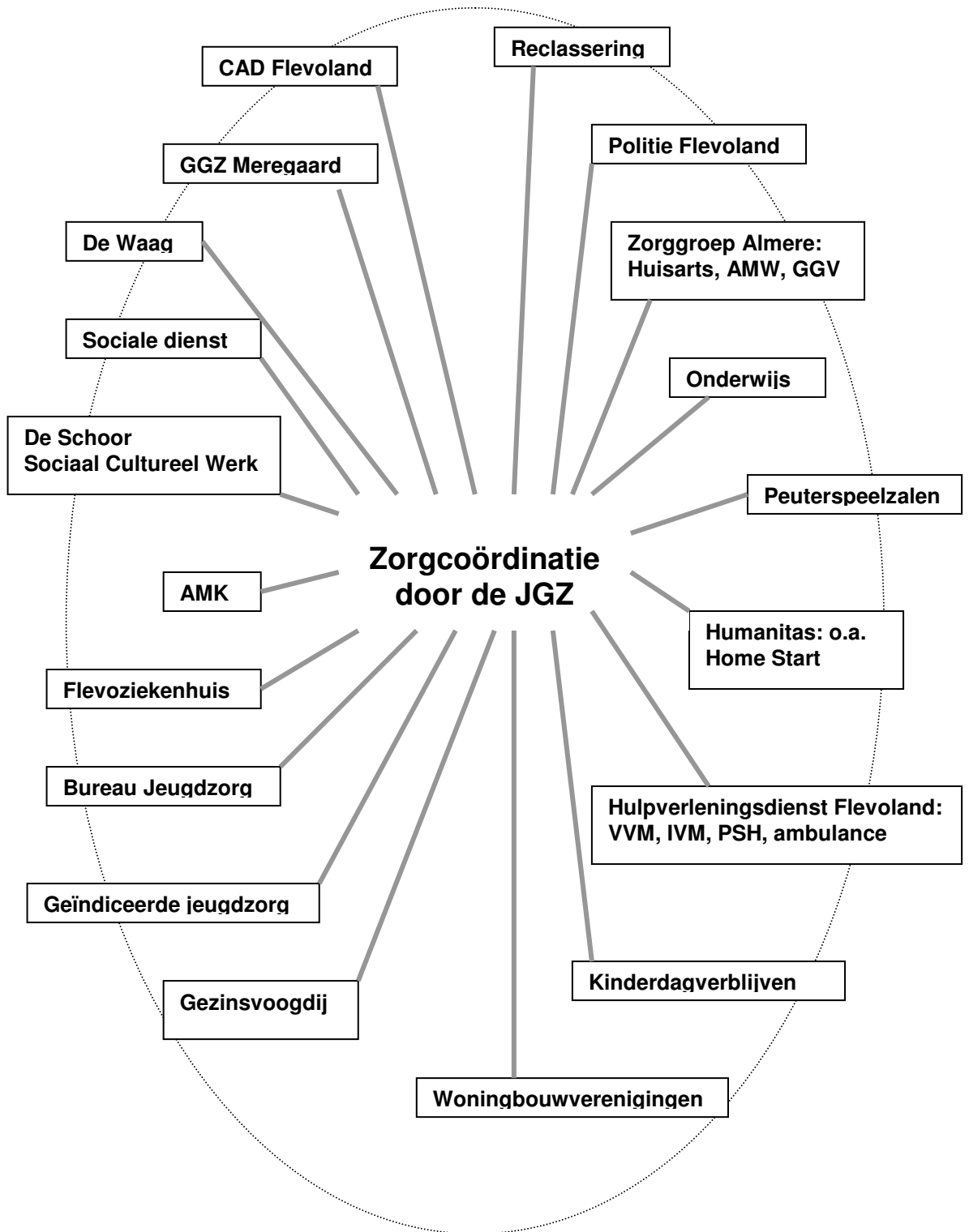
- De JGZ is gelegitimeerd om zorgcoördinatie uit te voeren en heeft naar ouders en kinderen een grote laagdrempeligheid

Als uitgangspunten heeft men geformuleerd:

1. De hoeveelheid aanwezige risicofactoren bepaalt de intensiviteit van de zorgcoördinatie door de JGZ.
2. Iedereen die beroepsmatig met kinderen en ouders werkt en vermoedt of constateert dat de ontwikkeling van het kind bedreigd wordt, informeert met medeweten van de ouder(s) en van het kind (ouder dan 12 jaar) de JGZ.

Concreet doet de JGZ in die zorgcoördinatie het volgende. Er is contact met het gezin, telefonisch of in een huisbezoek. Het kind wordt besproken in netwerkcontacten. Er wordt een ronde tafelbespreking met ketenpartners georganiseerd. Op casusniveau gaat het om inventariseren, registreren, motiveren, ondersteunen, volgen, vinger aan de pols, controleren en afstemmen. Indien nodig wordt er een melding bij het AMK of de politie gedaan. Dat alles in nauwe samenwerking en afstemming met de ketenpartners, die zijn genoemd in het schema op de volgende pagina, en met behoud van de communicatie met het gezin. En daarmee is het plaatje compleet.

Betrokken partijen in Almere



Literatuur

- Bedell, J.R., N. Cohen, A. Sullivan. Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Mental Health Journal*, 36(2):179-94, 2000.
- Blokland, G., Prinsen, B., Kok, C. en J. van Wijngaarden. De jeugd heeft de toekomst. Preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen, maatwerk van de GGD. Utrecht: NIZW / GGD Nederland, 2003.
- Boelen, K. Pilotplan jeugdnetwerkstructuur 0-12 Hengelo-Zuid. Hengelo: Gemeente Hengelo, 2004.
- Bos, J. Eindrapport Experiment Gezinscoaching Gelderland. Arnhem: Spectrum CMO, 2005.
- Bos, J. Model voor coördinatie van zorg en gezinscoaching en handvatten voor implementatie. Arnhem: Spectrum CMO, 2005.
- Bransen, E., M. Planije en J. Wolf. `10'voor Toekomst; een project van het Leger des Heils voor multi-problemegezinnen. Utrecht: Trimbos instituut, 2003.
- Braak, J. van den en C. Konijn. (On)mogelijkheden van casemanagement voor multiproblemegezinnen : Babylonische spraakverwarring belemmert adequate zorg. *Nederlands tijdschrift voor jeugdzorg*, jrg. 10, nr. 1, p. 18-27, 2006.
- Broeken, R. en M. Talma. Profiel van de gezinscoach. Utrecht: NIZW, 2004.
- Burns, B.J., K. Hoagwood & P.J. Mrazel. Effective treatment for Mental Disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (4), 199-253, 1999.
- Eijck, S. van . Koersen op het kind. Sturingsadvies deel 1. Den Haag: Operatie JONG.
- Hermanns, J., Öry, F. en G. Schrijvers. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Utrecht: Rijksuniversiteit, Julius Centrum, 2005.
- Herwaarden, Y. van. Binnenkomen en samen verder. Methodiekbeschrijving voor actief casemanagement. Utrecht: Gemeente Utrecht DMO / Stade, 2006.
- Hogervorst, C. Gezinscoach in multiproblemegezinnen; evaluatie JPP-nazorg. Bio-rapport nr. 975, Eindhoven: Gemeente Eindhoven, 2004.
- Konijn, C., M. de Graaf en G. van den Berg. Betere toegang tot zorg en speciaal onderwijs. Eindrapport LVG-pilots, Utrecht: NIZW, 2004.
- Kroon, H. Groeiende zorg, ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronische psychiatrische patiënten Utrecht: NcGv, 1996.
- Leeuwen, M. van. Kansen voor de JGZ in het lokaal jeugdbeleid. Utrecht: GGD Nederland, 2005.
- Lenteren, C. van. Gezinscoach JPP. Utrecht: Collegio, 2004.
- Lieshout, M. van, P. Mehlkopf en S. Troisfontaine. Dwars door alle verbanden. Gezinscoaching voor multiprobleme gezinnen. Apeldoorn: Garant, 2005.
- Lieshout, M. van, D. van Veen, M. Bosdriesz en B. van Kessel. Schoolvoorbeelden van samenwerking met externe instellingen. Utrecht: NIZW, 2005.
- Mehlkopf, P. en Troisfontaine, S. Gezinscoach voorbeeld van (te) snel beleid, *Tijdschrift voor jeugdzorg*. 2004 Jaargang 8 nr4/5., p. 214-219, 2004.
- Mehlkopf, P. en S. Troisfontaine. Dwars door alle verbanden. Eindresultaat project gezinscoaching. Maastricht: Provincie Limburg, 2005.
- Prinsen, B., Blokland, G., e.a. Beginnen in gezinnen. Impuls aan drie gemeentelijke functies van opvoed- en gezinsondersteuning. Utrecht: NIZW, 2005.
- Schaafsma, K. e.a. Het banen van een pad; methodische beschrijving van gezinscoaching. Apeldoorn: Garant, 2005.

- Verhoeven, W en E. van Wanrooy. Meersporenhulp na misbruik: Methodisch hulpverleners na kindermishandeling en seksueel misbruik en mensen met een verstandelijke handicap. Tilburg. Provinciaal Incestteam Noord-Brabant (PIT), 2000.
- VWS. Opvoed- en opgroeiondersteuning. De rol van de gemeente in het licht van de Wet op de jeugdzorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en Sport, 2004.
- VWS. Nota Gezinsbeleid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en Sport, 2006.
- Willems-Goethals, A. Loket Vroeghulp Kind en Jeugd. Tilburg, 2005.
- Wit, C. de (red.) Opvoed- en opgroeiondersteuning als lokale basisvoorziening. Den Bosch: KPC / Gideonsgemeenten, 2006.
- Wolfs, O. Gezinscoaching: coördinatie van zorg aan multiprobleemgezinnen; de oogst van twee jaar experimenteren in Limburg. Maastricht: Provincie Limburg, 2005.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. en M. Reijneveld. Kinderen in Nederland. Den Haag / Leiden: Sociaal Cultureel Planbureau / TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
- Z-org en GGD Nederland. Zorgcoördinatie in de jeugdgezondheidszorg. Discussienota. Bunnik / Utrecht, 2006.