

Verslag Expertmeeting

Zorg voor multiprobleemgezinnen (MPG's)

| | |
|------------------|--|
| Datum: | 1 november 2016 van 09.00 tot 11.00 uur |
| Locatie: | kantoor TNO , Schipholweg 77 te Leiden |
| Organisator: | Academische Werkplaats Samen voor de Jeugd |
| Aanwezig | Zie de deelnemerslijst in de bijlage. |
| Gastorganisaties | TNO, Haagse Hogeschool |

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|----|
| Introductie | 2 |
| Doel van de expertmeeting..... | 2 |
| Onderzoek 1 Gezin, 1 Plan | 3 |
| inleiding..... | 3 |
| Resultaten van het onderzoek..... | 4 |
| Aanbevelingen n.a.v. het onderzoek 1G1P..... | 4 |
| Onderwijs | 4 |
| Praktijk | 5 |
| Beleid..... | 6 |
| Onderzoek..... | 6 |
| Onderzoek Zorg voor multiprobleemgezinnen..... | 7 |
| Inleiding..... | 7 |
| Resultaten van het onderzoek..... | 7 |
| Aanbevelingen | 8 |
| Onderwijs | 8 |
| Praktijk | 9 |
| Beleid..... | 10 |
| Onderzoek..... | 11 |

INTRODUCTIE

De academische werkplaats Samen voor de Jeugd (AWJ) verbetert de hulp en zorg aan jongeren door een unieke samenwerking tussen praktijk, beleid, onderwijs en onderzoek in de regio's Midden-Holland, Holland Rijnland en Haaglanden.

Door de samenwerking kunnen onderzoeksresultaten direct in de praktijk worden toegepast. Hulp aan kwetsbare jongeren wordt vaak aangeboden terwijl niet altijd duidelijk is of deze hulp wel effectief is. Door de Werkplaats worden vraag en aanbod beter op elkaar afgestemd en de zorg minder versnipperd. Het onderwijs bereidt toekomstige jeugdhulpverleners voor op de nieuwe werkwijze.

De Werkplaats kent een viertal "Samen" projecten:

Samen Opletten - Verbetering risicotaxatie en -management bij CJG's. Olv GGD Hollands Midden werd de GIZ methodiek ontwikkeld. Voor de zomer 2016 is hier een expertmeeting over gehouden in de vorm van een Projectgarage.

Samen Opvoeden – Onderzoek naar het beter bereiken van migrantengezinnen met opvoedingsproblemen. Eind november 2016 wordt hier een expertmeeting, in de vorm van een Projectgarage, georganiseerd.

Samen Optreden - 1 gezin, 1 plan en een onderzoek naar het zorggebruik van multiprobleemgezinnen. Voor u ligt het verslag van de expertmeeting van dit project.

Samen Opleiden - Onderwijs en implementatie van nieuwe kennis voor ontwikkeling en opvoeding. De Expertmeetings (Projectgarages) zijn op initiatief van dit project.

Deze expertmeeting gaat over het thema Samen Optrekken. Het betreft de zorg voor multiprobleemgezinnen. Op systematische wijze is de implementatie van de methode één gezin één plan in de regio's onderzocht. Bovendien is onderzoek gedaan naar het zorggebruik door multiprobleemgezinnen.

Voor meer informatie over deze onderzoeken kan contact worden opgenomen met de heer dr. Paul Kocken van TNO.

De expertmeeting is een bijeenkomst van experts uit zowel praktijk, beleid, onderwijs als onderzoek. Daarnaast is de onderzoekster en projectleider aanwezig.

DOEL VAN DE EXPERTMEETING

Het doel van de expertmeeting is om i) de opbrengsten van de onderzoeken te benoemen en met name om ii) mogelijkheden te formuleren om deze opbrengsten (verder) te benutten in de werkvelden praktijk, beleid, onderwijs en onderzoek.



De aanwezige experts worden gevraagd naar de (on)mogelijkheden voor de toekomst omtrent de twee onderzoeken. Zij zijn nadrukkelijk uitgenodigd hun vergezichten te schetsen, hun aanbevelingen voor het vervolg te formuleren, hun verbazing/verwondering uit te spreken en daar waar mogelijk en nodig aanbevelingen aan te vullen.

De Werkplaats deed het onderzoek naar zorg voor multiprobleemgezinnen. Door middel van de Expertmeeting worden de aanbevelingen naar aanleiding van de onderzoeken verder aangescherpt. De Expertmeeting leidt tot een handreiking dat tegelijkertijd fungeert als het adviesdocument aan de partners in de regio. Verder draagt de expertmeeting bij aan een artikel waarin de opbrengsten van Samen voor de Jeugd worden beschreven.

ONDERZOEK 1 GEZIN, 1 PLAN

INLEIDING

Bij de start van haar werkzaamheden aan het onderzoek van Noortje Pannebakker werd nog gesproken over ‘moeilijke gezinnen die zich niet wilden houden aan de regels van de maatschappij’. Verder terugkijkend naar de jaren zestig, constateert Noortje dat destijds al werd geopperd dat gezinnen veel meer moesten worden gemotiveerd om zelfstandig te zijn. Dit zouden we heden ten dagen “Eigen Kracht” noemen. Kennelijk zijn “multiprobleemgezinnen” (MPG’s) al decennia lang een lastig sociaal vraagstuk. Dit onderzoek hoopt bij te dragen aan (verbeterde) hulp voor deze gezinnen.

Disclaimer: De resultaten van het onderzoek zijn nog voorlopig. Het onderzoek doet uitspraken over samenhangende verbanden en doet derhalve geen uitspraken over oorzaak-gevolg relaties.

In het onderzoek is deze definitie van een MPG gehanteerd:

“Een gezin met complexe en voortdurende problemen. De NJI heeft een richtlijn ontwikkeld en vult aan dat de problemen van sociaal economische en psychosociale aard zijn en problematiek minimaal bij zowel één ouder als één kind moet spelen.

Het onderzoek heeft de volgende relevantie:

1. Kinderen in MPG lopen een verhoogd risico op problemen en mishandeling;
2. De zorg aan MPG loopt op tot 86% van het budget van zorg voor jeugd.

Het onderzoek richtte zich op de volgende kernvragen:

- A. In hoeverre lukt het hulpverleners te werken in de geest van “Wrap Around Care” (WAC)? Ter toelichting: WAC is de vertaling die in dit onderzoek aan “1 Gezin, 1 Plan” (1G1P) is gegeven. In de regio zijn verschillende methodes gebruikt die allen de basisprincipes van WAC toepassen.
- B. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren van het werken met WAC?

In het onderzoek werden zelfrapportagevragenlijsten aangeboden waarin hulpverleners is gevraagd te reflecteren op hun ervaring in de afgelopen zes maanden met WAC.

RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

- A. In hoeverre lukt het hulpverleners te werken in de geest van Wrap Around Care (WAC)?
Hulpverleners zeggen in het algemeen dat samenwerken met andere hulpverleners en doelgericht werken hen best aardig lukt. De resultaten laten hierop een stabiele hoge score zien. Wat minder goed lukt, is het versterken van de eigen kracht van MPG. Hiervoor zijn weliswaar geen normen maar hulpverleners scoren lager score op dit onderdeel van WAC.
- B. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren van het werken met WAC?
Twee factoren blijken sterk van belang: i) de eigen effectiviteit van de hulpverlener. Heeft de hulpverlener zelf het idee dat hij/zij in staat is de methodiek naar behoren uit te voeren? ii) De wijze waarop de methodiek WAC is ingevoerd. Ter illustratie: in Den Haag werkt men met drie vaste teams met een vaste samenstelling. In de regio Hollands Midden worden hulpverleners pas bijeengebracht als een gezin in aanmerking komt voor WAC. Als hulpverlener moet je derhalve zelf initiatief nemen om WAC voor een gezin te organiseren. Dit is een andere implementatie-opgave dan werken in een constellatie waarin teams permanent zijn ingericht.
Andere bepalende factoren in het succesvol toepassen van WAC bleken te zijn:
- Relevantie voor gezinnen
 - Procedurele helderheid van WAC
 - Sociale steun van management en collega's
 - Houding t.o.v. WAC
 - Beschikbare tijd en praktische ondersteuning

AANBEVELINGEN N.A.V. HET ONDERZOEK 1G1P

ONDERWIJS

Zet in op eigen effectiviteit in onderwijsmodules voor bestaande en toekomstige hulpverleners.

Hulpverleners geven aan dat er veel aan kennisoverdracht wordt gedaan maar te weinig aan learning-on-the-job. Dat past ook goed bij de 'eigen effectiviteit'.

Andere voor implementatie relevante factoren die in onderwijs aan de orde kunnen komen, zijn: time management, steun leren vragen, en de attitude ten aanzien van het betrekken van gezinnen bij WAC.

Rust middle-management toe, om medewerkers (hulpverleners) te ondersteunen en begeleiden bij het toepassen van WAC. Middle-management kan een rol spelen door bijvoorbeeld medewerkers te vragen hoe zij WAC toepassen en welke uitdagingen zich daarbij voordoen. Dit lijkt momenteel geen gesprek te zijn tussen management en hulpverleners.

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Aanbevolen wordt hulpverleners uitvoerig te trainen in het model van WAC.** De ervaring leert dat het goed implementeren van een model als WAC, zodat professionals het kunnen toepassen,

gemiddeld 40 weken duurt. Bij de start is vooral een (theoretische) training nodig. Het gaat dan om kennis van de methode WAC.

Bij professionals is behoefte aan on-the-job-training. Het is voor hen noodzakelijk te leren luisteren, de juiste vragen te stellen, juiste beslissingen te nemen, de juiste attitude aan te nemen en om het “fingerspitzengefühl” te leren. Professionals geven aan vooral te willen leren door middel van te werken met hun eigen casuïstiek. On-the-job-training door middel van bijvoorbeeld intervisie.

2. **Vergroot de eigen effectiviteit van hulpverleners niet alleen door te leren hoe te handelen, maar ook wanneer het zijn maximale effect heeft bereikt.** Niet alle casuïstiek is 100% oplosbaar. Voor professionals is het van belang dat zij ook leren te accepteren (en herkennen) als in een specifieke casus een maximum is bereikt.

PRAKTIJK

Werk de methodiek WAC verder uit: met name het onderdeel “het versterken van eigen kracht”. Er zijn géén (of nauwelijks) handvatten hoe dit kan worden gedaan noch wordt uitgelegd wat ‘eigen kracht’ precies betekent. Dit wordt door de onderzoekster als een gemiste kans ervaren: “Als medewerkers niet weten hoe ze moeten werken, is de kans groot dat ze niet werken zoals de ontwikkelaar het heeft bedacht.”

Werk in de WAC methodiek uit hoe verschillende waardes zich tot elkaar verhouden. Hulpverleners geven aan dat zij WAC een ingewikkelde methodiek vinden. Er wordt veel vrijgelaten waardoor het telkens aan de hulpverleners is daarin keuzes te maken. Bijvoorbeeld: “De opgave is om regelmatig contact te houden met het gezin. Hoe en wanneer wordt aan de hulpverlener zelf overgelaten.” Een hulpverlener vatte dit als volgt samen: “De opgave is om het sociaal netwerk van het gezin te betrekken. Stel de hulpverlener vraagt het gezin: “Zullen we samen je sociaal netwerk betrekken? Het gezin antwoordt met ‘Neen, dank u.’ Ben je dan als hulpverlener goed bezig? Je betreft het gezin bij beslissingen en dat geeft hen het gevoel van eigen regie. Of is het niet weten te activeren van dat sociale netwerk juist een falen?”

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Besteed aandacht aan vraag gestuurd werken.** WAC is een model, een visie op integrale zorg waarbij bestaande methodieken en interventies op basis van de hulpvraag kunnen worden ingezet.

Eigen Kracht ontwikkelen begint door zoveel als mogelijk aan te sluiten bij de vraag van het gezin. Om tot die vraag te komen is in het begin een forse tijdsinvestering nodig om een relatie met het gezin op te bouwen. Door veel te investeren in empowerment en door de nadruk te leggen op het opdoen van positieve ervaringen, leert de praktijk dat Eigen Kracht van het gezin zich ontwikkelt. Daarbij wordt opgemerkt dat dit een heel langzaam proces is. De ervaring leert dat een voorwaarde is dat de professional goed verbonden blijft met het gezin en tijdig de juiste specialisten weet in te zetten wanneer nodig. Het gezin heeft dan op lange termijn minder hulp nodig. Daarna zie je ook dat een gezin meer kan opbouwen aan Eigen Kracht en het sociale

netwerk kan inzetten. Dit vergt echter dat hulpverleners goed getraind zijn/worden in het model WAC. Zie ook de aanbevelingen m.b.t. "Onderwijs".

2. **Zowel op beleidsniveau als op praktijkniveau is behoefte aan duidelijkheid over wat Eigen Kracht nu precies is.** Door Movisie is een onderscheid gemaakt tussen Eigen Kracht ("zelf kunnen") en Zelfredzaamheid ("samen kunnen"). Veel gemeenten worstelen met de vraag of zij moeten streven naar Eigen Kracht of Zelfredzaamheid. Duidelijkheid is nodig over wat qua doelstelling wordt beoogd.

BELEID

Bij de implementatie van WAC op lokaal niveau is het aan te bevelen de gevonden factoren van het succes van WAC in het implementatieplan te verwerken.

Denk goed na over de organisatie van de implementatie van 1 Gezin 1 Plan. Een werkwijze met vaste teams is immers, zo blijkt uit de resultaten, niet per definitie meer werkzaam.

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Focus bij de implementatie van WAC op de kernelementen.** Misschien bevat het model WAC wel teveel elementen en is het voor de professional te moeilijk om het allemaal uit te voeren. Aanbevolen wordt om de implementatie van een model als WAC te vereenvoudigen door elementen voorlopig los van elkaar te zien en professionals ervaring op te laten doen door te focussen op kernelementen.
2. **Geef aandacht aan de caseload van hulpverleners.** Een belangrijke speler in de implementatie / het toepassen van WAC is het middle-management. "Het is niet mogelijk als hulpverlener op deze manier twintig gezinnen te behandelen. Dit aantal moet echt naar beneden. Leidinggevenden moeten daarom goed weten en snappen wat deze methode inhoudt en wat een WAC model vraagt van hulpverleners."
3. **Geef aandacht aan financiële prikkels.** De vraag wordt gesteld of financiële prikkels moeten en kunnen worden ingebouwd. Door middel van inkoopcontracten gebeurt dat al naar tevredenheid van enkele zorgaanbieders. De werkzame ingrediënten daarin zijn dat complexe gezinnen die een WAC aanpak nodig hebben daar additionele financiering voor kunnen aanvragen. "Dergelijke afspraken zijn geen wondermiddel maar het is meer dan niets."
Bij de implementatie van het WAC model wordt niet heel sterk afgerekend op behaalde resultaten. De financiële prikkels zijn beperkt en daar wordt dus ook maar beperkt op gestuurd. Niettemin zijn er volop mogelijkheden te sturen op een versterking in de uitvoering en daarmee een efficiëntere aanpak. Veel organisaties worden afgerekend op outcome. Voor MPG's moet deze outcome nog worden geformuleerd.

ONDERZOEK

Onderzoek de implementatie en effecten van waarde gedreven innovaties als WAC, want dat vraagt om andere benadering (bijv observatie). Denk aan de organisatie en de effecten.

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Meet naast de lange termijn effecten ook het bereiken van korte termijndoelen.** Leg de lat niet te hoog.
2. **Niet alleen ouders en jongeren, maar ook professionals moeten eigen kracht ontwikkelen.** Sommigen moeten erkennen dat zij ergens niet goed in zijn, en het dan kunnen overlaten aan collega's in het multidisciplinaire team.

ONDERZOEK ZORG VOOR MULTIPROBLEEMGEZINNEN

INLEIDING

In de zorg voor jeugd is veel te doen rond multiprobleemgezinnen. Dit zijn gezinnen waarin sprake is van meervoudige en complexe problematiek. Uit onderzoek blijkt dat een groot deel van de zorg voor jeugd zich richt op deze gezinnen. De richtlijn multiprobleemgezinnen stelt dat professionals het verlenen van zorg aan hen vaak als moeilijk ervaren.

Zorg voor multiprobleemgezinnen zou beter en goedkoper kunnen als het mogelijk zou zijn deze gezinnen tijdig te herkennen. Door de complexe situatie waarin het gezin zich bevindt, lopen kinderen meer risico op gedrags- en emotionele problemen. Er is dus nog veel te winnen: overeenstemming over de beste aanpak voor deze gezinnen en jeugdigen zou een stap in de goede richting zijn om dit intergenerationele sociale vraagstuk op te lossen.

De Academische Werkplaats Samen voor de Jeugd onderzocht in de stad Den Haag en regio Hollands Midden welke factoren samenhangen met het zorggebruik van ouder en kind in probleemgezinnen. Dit biedt inzicht om deze gezinnen tijdig(er) te herkennen en hun zorggebruik beter te begrijpen. Het onderzoek kent dan ook de volgende onderzoeksvraag: Welke achtergrondkenmerken, gezinskenmerken en ervaren problemen maken dat multiprobleemgezinnen zorg gebruiken?

RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Het zorggebruik van het kind hangt samen met:

- Meer ervaren problemen (psychosociale problemen kind en opvoedzorgen ouder). Het zorggebruik van het kind hangt samen met de ervaren problemen bij het kind en de opvoeding. Dit beeld komt ook in ander onderzoek naar zorggebruik naar voren: problemen maken dat je zorg zoekt.
- Meer ervaren sociale steun van vrienden en familie. Hoe meer sociale steun van vrienden en familie, hoe vaker een kind in zorg is. Steun van de partner hangt hier niet mee samen. Dit is een opvallende bevinding en lijkt in strijd met de inzet op het activeren van het netwerk van een gezin, bijvoorbeeld door netwerkberaad. Een verklaring voor deze bevinding kan zijn dat gezinnen die goed om hulp weten te vragen, zoals aan vrienden en familie, ook sneller de weg vinden naar en in de zorg.

- Een hogere leeftijd van het kind (enkel voor gebruik van zorg in het sociale domein). Ook de leeftijd van het kind hangt samen met zorggebruik: hoe ouder, hoe vaker het gebruik maakt van psychosociale zorg. In de praktijk richt het aanbod in het sociale domein zich meer op oudere kinderen (4+).

Het zorggebruik van de ouder hangt samen met:

- Meemaken van meer ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals inbraak of scheiding. Dit lijkt iets te zeggen over de belastbaarheid van de ouders.

Het zorggebruik van ouder én kind hangt samen met:

- Zorggebruik. De resultaten laten verder zien dat zorggebruik binnen een gezin samenhangt: als de ouder in zorg is, zal het kind ook vaker in zorg zijn en andersom.

AANBEVELINGEN

ONDERWIJS

Zet in op het stimuleren van de brede blik van een hulpverlener. Laat een professional verder kijken dan alleen het probleem van het kind om te zien of multi-problematiek aanwezig is in het gezin. De professional dient breder te kijken. Hoewel niet baanbrekend is het goed deze aanbeveling opnieuw te benadrukken.

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Besteed in het onderwijs meer aandacht aan de autonome positie van de zorgprofessional.** Er is ondernemerschap nodig, een zelfverzekerdheid om als hulpverlener niet alleen hulp te verlenen maar ook hulp mogelijk te maken (via bijvoorbeeld eigen kracht of het sociale netwerk). Bij jongere zorgprofessionals is goed waar te nemen dat zij al een bredere blik hebben en beschikken over kennis van generalistische tools. Ter illustratie wordt het voorbeeld gegeven van de Hogeschool Utrecht waar studenten in opdrachten worden ingedeeld naar type persoonlijkheid (bijvoorbeeld: ondernemers, levensgenieters) en dan studieopdrachten krijgen die aansluiten bij het type persoonlijkheid.
2. **Besteed in het onderwijs aandacht aan het verantwoordelijkheidsgevoel van de zorgprofessional.** Daar waar zorg geknipt is in delen en partjes staat het verantwoordelijkheidsgevoel onder druk. Erkend wordt dat er grenzen zijn aan het bereik van het verantwoordelijkheidsgevoel. Niettemin is het besef van verantwoordelijkheid en waar die start en eindigt een thema waar beginnende zorgprofessionals mee te maken krijgen. Het onderwijs zou daarom aandacht kunnen besteden aan dit onderwerp.
3. **Het onderwijs kan startende zorgprofessionals voorbereiden door de implicaties van veranderingen voor een cliënt meer voor het voetlicht te brengen.** Een veranderingstraject voor een persoon kan een ingrijpende gebeurtenis zijn. Als zorgprofessional is inzicht in het proces van

de verandering en het begrip van de impact op persoonlijk niveau van belang. Hierdoor realiseert men wat een verandering voor een cliënt betekent.

4. **Goed luisteren is te leren en verdient aandacht in de opleiding.** “Leren luisteren” (communicatie) is een kritisch element in het verlenen van zorg. De effectiviteit in zorgverlening is gebaat bij belangstelling die voorbij gaat aan plichtmatige belangstelling. Dit geldt zeker bij tieners die een goede relatie sterk waarderen.

PRAKTIJK

Ontwikkel een framework van risicofactoren dat helpt bij het identificeren van MPG's bij de start van een zorgtraject voor hulp-op-maat.

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Heb oog voor de onderliggende hulpvraag van een gezin en zet de hulp stap voor stap in.**
In de praktijk komt het voor dat een gezin bij een zorgaanbieder binnenkomt met één specifieke hulpvraag. Professionals zien dan al vaak onderliggende problematiek maar hebben in dat stadium nog niet het vertrouwen van het gezin (de ouders) om breder aan de slag te gaan. Soms leidt dit tot een lange lijst van zorgvragen. Dat kan soms een aantal sessies duren voordat dat vertrouwen er wel is en het werkelijke verhaal wordt verteld.
Vaak waren de veronderstellingen van de professionals juist en bleken diverse risicosignalen later inderdaad een indicatie voor een multiprobleemgezin. Daarbij wordt direct opgemerkt dat er nog wel een verschil is tussen wat je ziet, wat je vermoedt en wat je als zorg ingezet krijgt. Om zorgmijders te bereiken is het soms zoeken naar een goede ingang naar hulp. Voor gezinnen is het vaak niet makkelijk om zorg te accepteren. Het kan helpen een ingang te kiezen via het kind omdat je ouders daarop kunt aanspreken.
2. **Besteed aandacht aan de vraag waarom een cliënt niet ontvankelijk is voor de geboden hulp.**
Het komt voor dat professionals het na twee gesprekken met de ouders opgeven. Het lijkt er op dat dan nog te weinig wordt doorgedacht waarom de cliënt niet ontvankelijk is voor de geboden hulp. Ter illustratie wordt het voorbeeld gegeven van een ouder met een verstandelijke beperking die stelselmatig is overvraagd en bediend is. Op enig moment stond de persoon in kwestie alleen nog maar bekend als iemand in volledige weerstand. Er lijkt een te grote focus op aanbod en niet op een vraaggerichte werkwijze.
Op het moment dus dat een MPG zorg begint te mijden en door zorgprofessionals niet (tijdig) wordt onderkend dat er onderliggende problematiek speelt, ontstaat een barrière om te komen tot de juiste zorg. Bijna altijd is de oorzaak hiervan dat de diagnose / de analyse niet correct is gesteld door de zorgprofessional.
3. **Een continue gesprek met zorgprofessionals over wanneer een gezin weer zonder WAC kan, is nodig.** Een framework voorziet idealiter niet alleen in de beschrijving van een definitie of voorspelling van een MPG maar beschrijft ook wanneer een gezin niet langer aan de criteria voldoet. Zorgprofessionals zijn ambitieus en nemen niet altijd genoeg met een 7 als het ook een 9 kan zijn. Echter, soms vindt een gezin een 7 al genoeg en kan het vooruit. De hulp kan dan eerder (voorlopig) worden afgesloten.

BELEID

Een beleid gericht op het identificeren en volgen van multiprobleemgezinnen en het vaststellen van effecten van geboden hulp, draagt mogelijk bij aan vermindering van de problematiek van multiprobleemgezinnen.

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Maak het verantwoordelijkheidsgevoel van een professional voor een gezin mogelijk.** De zorg waarbij harder gelopen moet worden (als voorbeelden worden genoemd specialistische en outreachende zorg) blijkt nog een kwetsbaar element te zijn in WAC. Die extra aandacht staat vaak niet in de opdracht omschreven en valt buiten de 'gebaande paden'.

Er ontstaat een discussie over hoe ver het verantwoordelijkheidsgevoel van een hulpverlener mag gaan. Als zorgverlening stopt omdat deze is volbracht, zijn er professionals die af en toe toch nog de vinger aan de pols houden in het gezin. Zij doen dit min of meer in hun vrije tijd. Zo zijn er die op het juiste moment, bijvoorbeeld bij de schoolkeuze van een kind, het gezin alsnog weer binnenstappen om de schoolkeuze ten goede te beïnvloeden.

In dit verband wordt een initiatief genoemd van de levensloopbegeleiding voor autistische jongeren. Dan wordt gedurende langere tijd dezelfde hulpverlener ingezet. Wellicht dat dit ook voor MPG een werkzaam ingrediënt kan zijn.

2. **Wat nu aan financiën wordt uitgegeven kan effectiever worden ingezet.** Met name door een betere diagnose / analyse, door een breder gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel, krijg je die gezinnen in de WAC die daar thuishoren. Dat geeft wellicht niet direct een lagere besteding maar leidt wel tot een beter resultaat met minder foutieve diagnoses en minder niet-effectieve zorg. Gesteld wordt dat het noodzakelijk is kritisch te blijven kijken aan wie WAC wordt aangeboden. Het vermoeden bestaat dat er gezinnen zijn die de WAC krijgen maar die niet (langer) nodig hebben. Ook hier liggen mogelijkheden te komen tot een efficiëntere zorg en een besparing in de zorgkosten.

3. **Sociale steun uit de omgeving is van belang voor zorggebruik door MPG's.** "Hoe meer sociale steun van vrienden en familie, hoe vaker een kind in zorg is" luidt één van de conclusies. Het is niet duidelijk wat de betekenis is van deze uitkomst voor gemeenten (inkoop van zorg). Zorgprofessionals zetten immers in de praktijk in op het versterken van eigen kracht en zelfredzaamheid in combinatie met de sociale omgeving. De keerzijde van het gevonden verband is echter dat als er geen sociale steun is in een gezin, er dan minder kans op zorggebruik is. Het gevonden verband is geen oorzaak-gevolg verband. Mogelijk dat bij gezinnen die gebruik maken van zorg, de hulpverlening erin is geslaagd steun in de omgeving te mobiliseren. In de academische werkplaats in Groningen is een instromingscohort (in de jeugdhulp) onderzocht (één jaar lang). Daaruit blijkt dat de kans dat wordt ingestroomd in jeugdhulp aanzienlijk groter is als er geen of lage mate van sociale steun aanwezig is. Het verschil is dat in dat onderzoek naar de hele instroom wordt gekeken en niet zozeer naar multiprobleemgezinnen. Voor gemeenten is derhalve van belang goed te definiëren wat succesfactoren zijn. Een gezin dat

zorg afneemt is wellicht het bereikte succes in tegenstelling tot het gezin dat géén zorg afneemt (maar daar significant beter mee af zou zijn).

ONDERZOEK

Verder onderzoek is nodig naar zorggebruik van MPG's (longitudinaal). Waarom blijven MPG's in zorg?

Verder onderzoek is nodig naar de invloed van sociale steun op zorggebruik.

In reactie op is het volgende gesteld:

1. **Verricht onderzoek naar het effectief vroegtijdig vaststellen wat er speelt in een gezin.** “Heel vaak hebben we niet snel door wat er in een gezin aan de hand is.” Het is nuttig casussen te onderzoeken en na te gaan waarom het mis is gegaan. Is bijvoorbeeld tijdig de juiste diagnose gesteld? Zijn MPG's die uit de zorg vallen kritische consumenten omdat ze niet de zorg kregen die ze wilden of nodig hadden? Het kwalitatief onderzoeken van de oorzaken kan nieuwe inzichten opleveren.

=====

Verslag door Bernard Korfker, 31 januari 2017

Reacties op het concept verslag door deelnemers zijn in deze versie verwerkt.

Deelnemers

| Naam | Functie/bedrijf |
|---------------------|---|
| Menno Reijneveld | Hoogleraar sociale geneeskunde UMCG, projectleider werkplaats jeugd Groningen (C4Youth) en promotor |
| Petra de Jong | Beleidsmedewerker centrum voor jeugd en gezin Gouda vanuit de GGD Hollands Midden |
| Joost Genabeek | Senior onderzoeker TNO, projectleider proeftuin aanpak multiprobleemgezinnen Amsterdam |
| Janna Eilander | Promovenda onderzoek functioneren sociale wijkteams Curium-LUMC |
| Frouke Sondejker | Senior Nederlands Jeugd Instituut |
| Paulien Blom | Beleidsmedewerker regionale aanpakken Hollands Midden vanuit de GGD Hollands Midden |
| Jannet Doeleman | Directeur Wrap Around Care Nederland |
| Noortje Pannebakker | Onderzoeker TNO en promovenda onderzoek |
| Paul Kocken | Senior onderzoeker TNO/LUMC en projectleider onderzoek |
| Madelief Bertens | Haagse Hogeschool, project Samen Opleiden |
| Bernard Korfker | Optredend als moderator van de expertmeeting werkzaam in opdracht van de Haagse Hogeschool |