rotterdam.nl/onderzoek

Gemeente Rotterdam

De basis op orde

Evaluatie-onderzoek Sociale Teams Rotterdam

Eindrapport



De basis op orde

Evaluatieonderzoek Sociale Teams Rotterdam

Eindrapport

© Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Project: 2013-B-0047

Postadres:
Postbus 21323
3001 AH Rotterdam

Telefoon: (010) 267 15 00
E-mail: onderzoek@rotterdam.nl
Website: www.rotterdam.nl/onderzoek
Twitter: @Onderzoek010

Alex Hekelaar, Frans Moors & Toine Wentink

Onderzoek en Business Intelligence (OBI)
Januari 2014

In opdracht van Gemeente Rotterdam,
cluster Maatschappelijke Ontwikkeling

Voorwoord

Met het aflopen van het project Sociale Teams beëindigen we met deze eindrapportage tevens het evaluatieonderzoek dat we ruim drie jaar geleden zijn gestart. Hiermee behoort de werkwijze van de Sociale Teams, alsmede de bijdrage die het onderzoek levert aan het vergroten van de effectiviteit van deze aanpak, echter geenszins tot het verleden.
Met ingang van 1 januari 2014 zijn de Sociale Teams opgegaan in de 'wijkteams volwassenen', de 'frontlijnorganisatie' van het nieuwe cluster Maatschappelijke Ontwikkeling (MO). Juist in de gebiedsgerichte aanpak zien we de uitgangspunten van het Sociaal Team terug: het bieden van een praktische, integrale (sectordoorbrekende) ondersteuning dicht bij de klant, gericht op het versterken van diens zelfredzaamheid.

De gebiedsgerichte aanpak in Rotterdam maakt deel van een landelijke ontwikkeling, waardoor de methode Sociale Teams in Rotterdam ook buiten deze regio haar relevantie heeft. Het gaat dan met name om de grote drie transities die in het sociaal domein plaatsvinden: de invoering van de Participatiewet, de transitie van de Jeugdzorg, en de overheveling van de AWBZ-begeleiding en persoonlijke verzorging naar de Wmo. Hieraan liggen dezelfde uitgangspunten ten grondslag als die van het Sociaal Team: eigen verantwoordelijkheid burger, ondersteuning en participatie dicht bij de burger op lokaal niveau en voorkomen is beter dan genezen (preventie).

Dit betekent echter niet dat de werkwijze van het Sociaal Team, gezien haar uitgangspunten, per definitie effectief is bij de aanpak van risico- en multiprobleemgezinnen. Al mocht dat zo zijn dan kan deze aanpak in een andere context mogelijk heel andere resultaten laten zien. Daarom is van belang inzicht te hebben in de klantgroepen waarvoor de aanpak van de Sociale Teams effectief is, welke elementen in de methodiek van de Sociale Teams bijdragen aan een succesvol resultaat, en aan welke randvoorwaarden daarvoor moet worden voldaan. Met dit onderzoek willen we een bijdrage leveren aan dit inzicht. Naast dat dit kan bijdragen aan de ontwikkeling van effectieve gebiedsorganisaties, wordt hiermee de basis gelegd voor een meer evidence based wijze van werken.

In de drie jaar dat we het onderzoeksproject Sociale Teams tot uitvoering hebben gebracht, hebben vele mensen een belangrijke bijdrage geleverd. In de eerste plaats bedanken we de gezinnen die veel tijd en energie hebben gestoken in het beantwoorden van al onze vragen. De leiding, beleidsmedewerkers en uitvoerende medewerkers van de Sociale Teams en Gebiedsteams zijn we zeer erkentelijk voor hun enthousiaste en actieve bijdragen aan het onderzoek. Bijzondere dank zijn we verschuldigd aan de opeenvolgende projectleiders Annemarie Leenaars en Vincent Peeters, de stafmedewerkers Agaath IJdo, Wladimir Maaskant en Rob Sonneveld, en de teamchefs Angelique Albers, Lydia Poelmans, Sibel Saki, Peter van Reem, Kalinka Schumacher en Sjoerd van der Zwaag.

De leden van de begeleidingscommissie danken we voor hun kritische commentaar op het onderzoeksproces en de rapportages. In de begeleidingscommissie hadden zitting: C. van Gerven (gemeente Rotterdam-cluster Maatschappelijke Ontwikkeling); M. Bool (Movisie), A. Leenaars (gemeente Rotterdam-cluster Maatschappelijke Ontwikkeling), Ir. W. Jansen (Gemeente Rotterdam-cluster Maatschappelijke Ontwikkeling), dr. E. Snel (Erasmus Universiteit Rotterdam), R. Sonneveld (gemeente Rotterdam - cluster Maatschappelijke Ontwikkeling) en Prof. dr. T.A. van Yperen (Nederlands Jeugdinstituut, Universiteit Utrecht).

Voorts hebben diverse collega's aan het onderzoek meegewerkt. Allereerst willen we collega-onderzoekers Laura Hoekstra en Jos Maaskant voor hun bijdrage aan de eerste onderzoeksfase en tussenrapportage en Fred Reelick voor zijn analysewerkzaamheden en -advies. Aan de stagiaires Ryan Balderramos en Vincent Wartena zijn we dank verschuldigd voor het uitvalonderzoek dat zij in het kader van hun afstuderen hebben verricht. Collega-onderzoeker Ivo Libregts en onderzoeksondersteuners Mounir Ouni en Rob Weggeman danken we voor hun bijdrage aan het veldwerk en hun kritische commentaar. Tenslotte zijn we dank verschuldigd aan Audrey Kinski voor de logistiek van het veldwerk.

Projectteam onderzoek Sociale Teams
December 2013

Inhoudsopgave

VOORWOORD **3**

INHOUDSOPGAVE **7**

0 MANAGEMENTSAMENVATTING **9**
0.1 Inleiding 9
0.2 Conclusies 10
0.3 Suggesties voor de verdere ontwikkeling van de methodiek Sociale Teams 15

1 ONDERZOEKSOPZET **20**
1.1 Inleiding 21
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen 21
1.3 Onderzoeksstrategie 22
1.4 Werkwijze 24
1.5 Indeling van het onderzoeksrapport 27

2 DE BASIS VAN 'DE BASIS OP ORDE': EEN LITERATUURONDERZOEK **29**
2.1 Inleiding 29
2.2 Probleemreductie 32
2.3 Integrale, gefaseerde aanpak 38
2.4 De weg naar zelfredzaamheid 44
2.5 Vraaggerichtheid en motivering 44
2.6 Systeemgerichtheid 47
2.7 Randvoorwaarden voor een effectieve interventie in multiprobleemgezinnen 49
2.8 Samenvatting 51

3 RESULTATEN **56**
3.1 Inleiding 57
3.2 Totale groep aangemelde gezinnen 57
3.3 Enquête onder de begeleide gezinnen 60
3.4 Tevredenheidsonderzoek ketenpartners 84
3.5 Samenvatting 92

4 WAT WERKT VOOR WIE? **97**
4.1 Inleiding 97
4.2 De interventietheorie 98
4.3 De resultaten: probleemreductie en bevordering van zelfredzaamheid 99
4.4 De mechanismen 108
4.5 Samenhang mechanismen en resultaten 120
4.6 Overige factoren 122
4.7 Bij wie werkt het Sociaal Team? 129
4.8 Samenvatting 131

LITERATUURLIJST **135**

BIJLAGE 1 RESPONSANALYSE 141
BIJLAGE 2 RESULTATEN **145**
BIJLAGE 3 MECHANISMEN VOLGENS DE INTERVENTIETHEORIE 149
BIJLAGE 4 OVERZICHT VAN DE CASUSSEN **151**

0 Managementsamenvatting

0.1 Inleiding

Het dienstencentrum Onderzoek en Business Intelligence van de gemeente Rotterdam heeft van oktober 2010 tot en met december 2013 onderzoek gedaan naar het project 'Sociale Teams'. Doel van het onderzoek is inzicht te bieden in de effecten en werkzame bestanddelen van de methodiek van de Sociale Teams. Op 1 september 2013 is na drie jaar het project Sociale Teams afgesloten. Daarmee is evenwel nog geen einde gekomen aan de toepassing van deze aanpak in Rotterdam. Met ingang van 1 januari 2014 zijn de Sociale Teams opgegaan in de 'wijkteams volwassenen', de 'frontlijnorganisatie' van het nieuwe cluster Maatschappelijke Ontwikkeling (MO).

Het doel van het project Sociale Teams is het ontwikkelen van een effectieve vroegtijdige, preventieve interventie in multiprobleemgezinnen (mpg). Het onderhavig onderzoek heeft tot doel deze ontwikkeling te ondersteunen. Om de aard en effectiviteit van de aanpak van de Sociale Teams te kunnen onderzoeken, is gekozen voor een onderzoeksstrategie geïnspireerd op de onderzoeksmethoden Theory of Change en Realistic Evaluation. Het onderzoek bestond uit twee fasen: in de eerste, exploratieve fase is de interventietheorie, die aan de aanpak van de Sociale Teams ten grondslag ligt, blootgelegd. Daarover is in 2011 een tussenrapportage verschenen. In de tweede fase is deze interventietheorie theoretisch en empirisch getoetst; deze toetsing staat centraal in de voorliggende eindrapportage.

In de theoretische toetsing is op basis van literatuuronderzoek vastgesteld in hoeverre de veronderstelde werkzame mechanismen in de interventietheorie van de Sociale Teams worden ondersteund door beschikbare kennis uit wetenschappelijk onderzoek of de beroepspraktijk. De empirische toetsing van de werkzame bestanddelen is gebaseerd op de resultaten van een casusonderzoek onder dertien deelnemende gezinnen en elf gezinnen die tussentijds zijn uitgevallen bij het Sociaal Team. Voor de resultaatmeting is op basis van een enquête onder 43 hoofden van gezinnen die bij het Sociaal Team in begeleiding zijn geweest, vastgesteld in hoeverre het Sociaal Team erin is geslaagd de beoogde doelen uit de interventietheorie te realiseren. Tenslotte is, middels een internetenquête, een tevredenheidsonderzoek gehouden onder 32 ketenpartners.
Op basis van de in de tussenrapportage gepubliceerde resultaten en het onderhavige onderzoek is vastgesteld welke condities of externe factoren van belang zijn voor een werkzame methodiek of interventiestrategie Sociale Teams. In deze samenvatting worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek beschreven.

0.2 Conclusies

0.2.1 Resultaat op hoofddoelstellingen

De twee hoofddoelen van de Sociale Teams zijn reductie van problemen binnen het gezin en bevordering van zelfredzaamheid. Wat betreft de *probleemreductie* boeken de Sociale Teams de meeste resultaten op financieel gebied: bij de onderzochte gezinnen is sprake van een gemiddelde toename van het gezinsinkomen en een gemiddelde vermindering van betalingsachterstanden van huur, water en energie. Daarnaast ervaren veel gezinnen dat hun financiële situatie is verbeterd. Bovendien ervaren ouders, na de interventie van het Sociaal Team, minder (fysieke) gezondheids- en opvoedingsproblemen. Voorts worden enige verbeteringen in de kwaliteit van de huisvesting en in de structurering van het huishouden gerapporteerd ('rust, reinheid en regelmaat'). Tenslotte zijn ook psychosociale ontwikkelingen bij de gezinnen waarneembaar: ontwikkeling van probleembewustzijn, acceptatie van hulpverlening door derden en, als indirecte effecten, vermindering van stress en toename van het zelfvertrouwen.

Daarentegen zien we weinig effect op de andere terreinen die de maatschappelijke positie bepalen, zoals verbetering van onderwijskwalificaties, taalvaardigheid en participatie in betaalde en onbetaalde activiteiten. De schuldenproblematiek blijkt hardnekkig. Ondanks dat hierbij hulp wordt geboden door het Sociaal Team en hierover in het algemeen tevredenheid heerst, nemen de schulden na de interventie vrijwel niet af. Een groot deel van de gezinnen geeft aan ook na de interventie nog hulp te willen. Waarschijnlijk is het ook onrealistisch om te verwachten dat schulden binnen de maximale begeleidingstermijn substantieel verminderen. Stabilisatie is een belangrijk doel en mogelijk het maximaal haalbare.

Ook op gebied van *zelfredzaamheid* is het Sociaal Team maar deels geslaagd in het realiseren van de beoogde interventiedoelen. Wel zijn bij veel gezinnen leereffecten geboekt wat betreft financieel-administratieve en bureaucratische vaardigheden. Daarnaast is in veel gevallen de basis voor inschakeling van professionele hulp verbeterd: men kent de sociale kaart beter, heeft meer inzicht in hoe formele organisaties of bureaucratieën functioneren, begrijpt de omgangsvormen beter en is meer zelfverzekerd in de omgang met 'instanties'. Tenslotte is versterking van het 'psychologisch kapitaal' waar te nemen: klanten ervaren een toename van zelfvertrouwen en van vertrouwen in het eigen probleemoplossend vermogen. Een versterking van het 'sociaal kapitaal' in de zin van activering of versterking van het eigen sociaal netwerk en een verbetering van de arbeidsmarktpositie is daarentegen als resultaat van de interventie niet waarneembaar.

0.2.2 Mechanismen

In het onderzoek is voor vijf thema's die de uitgangspunten van de methodiek van de Sociale Teams vormen, nagegaan in hoeverre ze worden ondersteund door bevindingen in wetenschappelijk onderzoek en/of praktijkkennis, en in hoeverre zij succesvol zijn gebleken in de praktijk van de interventie door de Sociale Teams. Hieronder wordt per mechanisme de bevindingen weergegeven.

a. Door beïnvloeding van het gezin kunnen de ontwikkelingskansen van een kind worden bevorderd

Het was niet mogelijk om dit mechanisme empirisch te toetsen. Daarvoor is ander, langduriger empirisch onderzoek nodig naar de effecten van dit type interventies. In de literatuur zijn evenwel de nodige aanwijzingen te vinden voor de werkzaamheid van dit mechanisme. Er bestaat consensus over het uitgangspunt dat risicofactoren in een gezin kunnen worden gecompenseerd door beschermende factoren. Interventies die het zelfvertrouwen van de ouders bevorderen, hun competenties versterken, zelfzorg ondersteunen en netwerkopbouw en sociale redzaamheid bevorderen, kunnen de risico's van kinderen in (multiprobleem)gezinnen daardoor verkleinen.

b. Vroegsignalering en een integrale, gefaseerde werkwijze

Het nut van vroegsignalering wordt breed ondersteund in de literatuur. Interventies op jonge leeftijd hebben meer effect op de ontwikkelingskansen van kinderen dan op latere leeftijd. Het was niet mogelijk om dit mechanisme empirisch te toetsen. Het is ook de vraag of de Sociale Teams in dit perspectief tijdig betrokken raken bij kinderen. Enerzijds gaat het veelal inderdaad om gezinnen met jonge kinderen. Anderzijds betreft het gezinnen met nogal eens een lange geschiedenis van problemen en hulpverlening.
Er is weinig direct wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van het uitgangspunt dat problemen op verschillende leefgebieden tegelijkertijd aangepakt moeten worden. Hoewel de praktijk van de Sociale Teams een nogal gedifferentieerd beeld laat zien wat betreft het integraal werken, zijn die gevallen waarin dat wél gebeurt vaker succesvol. Het 'meervoudig kijken' en 'meervoudig werken' (al dan niet in samenwerking met andere ondersteuners) is dus een belangrijk werkzaam bestanddeel van de methodiek.
Tenslotte is geen theoretisch en empirisch bewijs te vinden voor de werking van de fasegewijze aanpak (de zogenoemde ABC-aanpak: stabilisatie-ontwikkeling-participatie). Wel blijkt dat het eerst oplossen van (urgente) praktische zaken vertrouwen kan wekken en het gezin kan motiveren middels concrete successen. Daarnaast kan dit stress bij het gezin verminderen waardoor het gezinsklimaat verbetert en er ruimte ontstaat voor verandering.

c. Vraaggerichtheid en motivering

In de literatuur bestaat, zoals eerder gememoreerd, grote overeenstemming over het uitgangspunt dat de relatie van de hulpverlener met de klant ('de alliance') van essentieel belang is voor het slagen van de interventie. Uit het uitvalonderzoek blijkt dat een verschil in inzichten, verwachtingen en definities van de situatie tussen klant en medewerker van het Sociaal Team telkens ten grondslag ligt aan voortijdige beëindiging. Hoewel de opvatting dat hulpverlening vraaggericht moet zijn in de hulpverleningspraktijk vrijwel onomstreden is, blijkt er weinig wetenschappelijk bewijs voor te bestaan dat een vraaggerichte werkwijze ook daadwerkelijk bijdraagt aan de effectiviteit van een interventie. Wel wordt blijkens onderzoek vraaggericht werken vaak door ouders en kinderen hoog gewaardeerd. In deze waardering lijkt de schakel te liggen: een vraaggerichte houding van de hulpverlener verhoogt de motivatie van de klant, waardoor deze betere resultaten haalt. Ook uit het casusonderzoek blijkt dat vraaggericht werken een belangrijke voorwaarde is voor succes. Maatwerk en 'alliance' tussen hulpverlener en gezin zijn daarbij van belang. Bij betrekkelijk zelfredzame en gemotiveerde klanten werkt het om de regie vooral bij de klant zelf te leggen. Bij andere -minder zelfredzame en gemotiveerde- gezinnen kan het juist werken om de regie uit handen te nemen en zoveel mogelijk waarborgen om het gezin heen te organiseren. Er zijn geen effectieve motiveringsstrategieën gevonden die geworteld zijn in de uitvoeringspraktijk van de Sociale Teams. Daarvoor geeft die praktijk een te diffuus beeld te zien en wordt, in het algemeen, motivering te weinig als een (strategisch) handelingsdoel benaderd.

d. Competentiegericht leren

Voor het uitgangspunt dat ouders zelfredzamer kunnen worden door het aanleren van vaardigheden is wetenschappelijke onderbouwing te vinden in de sociale leertheorie van Bandura. Hierin zijn drie elementen in het leerproces van kinderen en volwassenen van belang: positieve ervaring door zelf doen, aanmoediging door positieve feedback en zien slagen van anderen in een vergelijkbare situatie. De eerste twee elementen zien we duidelijk terug in de werkwijze van het Sociaal Team. De laatste niet: mogelijk kan de effectiviteit van de aanpak worden vergroot door ook aan dat element aandacht te besteden. Of de elementen aanslaan is overigens sterk afhankelijk van de selfefficacy van de lerende: in hoeverre is deze van oordeel dat hij/zij succesvol zou kunnen zijn in het verrichten van de taak? In de praktijk blijkt het wegnemen van stress een belangrijke factor: het leren omgaan met stressvolle situaties draagt bij aan de opbouw van selfefficacy, terwijl opbouw van selfefficacy weer leidt tot grotere leerbaarheid als het gaat om het aanleren van nieuwe vaardigheden. De aanpak van het Sociaal Team blijkt vooral gericht te zijn en effect te hebben op enkele specifieke vaardigheden (financieel, administratief, bureaucratisch). Daarnaast blijkt wel dat door de interventie stress bij de ouder(s) vaak vermindert en het zelfvertrouwen toeneemt. Zodoende ontstaat meer 'ruimte' om ook andere vaardigheden te verbeteren.

e. Systeemgerichtheid

Er is in de literatuur bewijs te vinden voor de werking van de systeemgerichte aanpak zowel in enge (gezinssysteem) als in ruimere zin (bredere sociaal netwerk, sociaal kapitaal). In de praktijk is echter nauwelijks sprake van een systeemgerichte aanpak en daarmee kon de werkzaamheid hiervan niet empirisch worden getoetst.
Wel blijkt uit ons empirisch onderzoek dat het Sociaal Team een belangrijke brugfunctie vervult tussen de klant en professionele hulpbronnen. Het kan gaan om verbetering van de kant van de organisaties en hun werkwijze, het communiceren met organisaties, vermindering van wantrouwen en onzekerheid ten opzichte van 'instanties'.



0.2.3 Externe factoren

Uit het onderzoek komt een aantal factoren naar voren dat van invloed is op de uitkomsten van de interventie, maar geen deel uitmaken van de interventietheorie. Deze zogenaamde externe factoren zijn gerelateerd aan de klant, aan het Sociaal Team en aan de institutionele samenwerking rond multiprobleemgezinnen.

Klantkenmerken

Op basis van het casusonderzoek is vastgesteld dat het Sociaal Team het meeste succes boekt bij de zogenaamde lichte en zware casussen, minder met de tussengroep. Lichte casussen zijn relatief zelfredzaam, zijn goed gemotiveerd om hun problemen aan te pakken, hebben zelfinzicht en kunnen een relatief grote rol in het traject spelen. De

‘zware’ casussen zijn daarentegen niet zelfredzaam, niet altijd sterk gemotiveerd en niet in staat om een rol in het traject te spelen of althans maar zeer bescheiden. Een belangrijke verklaring hiervoor kan worden gevonden in het meer voor de hand liggen van de interventiestrategie bij dergelijke casussen. In casussen waarin de aard en ernst van de problematiek, alsmede de motivatie en de zelfredzaamheid van de klant moeilijker zijn te doorgronden, is de interventiestrategie minder duidelijk en het resultaat navenant. Onderzoek onder uitvallers uit de trajecten van de Sociale Teams levert een complementair beeld op: uitval is vaak te verklaren uit de onopgeloste ‘mismatch’ van verwachtingen, normen en waarden en definiëring van situaties tussen klant en medewerker.

Organisatie Sociale Team

Uit de onderzoeksliteratuur blijken de volgende elementen in de organisatie van belang: goede monitoring, supervisie en coaching, een draaglijke caseload en veiligheid voor de hulpverlener. Als het gaat om de functievereisten is van belang dat de hulpverlener enthousiast en betrokken is, en onder meer goede sociale en communicatieve vaardigheden en doorzettingsvermogen heeft. Volgens ketenpartners is ook deskundigheid in de zin van kennis van procedures (bijvoorbeeld aanvraag WWB, bijzondere bijstand en schuldhulpverlening) en van de ontwikkelings- en opvoedingsproblematiek van kinderen van belang. Er is geen empirisch onderzoek gedaan naar de invloed van de organisatie van het Sociaal Team op de werking van de interventie.

Institutionele samenwerking rond multiprobleemgezinnen

Er zijn aanwijzingen in de onderzoeksliteratuur dat voor het slagen van een interventie bij multiprobleemgezinnen er een goede samenwerking dient te zijn tussen alle betrokken instellingen. Een voorwaarde hiervoor is het gezamenlijk opstellen van een probleemanalyse en plan van aanpak. Het plan van aanpak moet breed zijn, een inzet leveren op alle leefgebieden en uitgevoerd worden door één professional die de regie heeft verantwoordelijk is voor het gezin.
Er is geen gericht onderzoek gedaan naar de werking van deze conditie op het verloop van de interventie in de praktijk. Uit het casusonderzoek wordt evenwel duidelijk dat inbedding van de interventie ST in een breder professioneel netwerk van belang is voor het slagen hiervan. Vaak blijkt namelijk afstemming met andere professionele organisaties of functionarissen van belang. Daar waar die samenwerking goed is georganiseerd levert dat ook een belangrijke bijdrage aan de resultaten van het Sociaal Team. Vanuit het casusonderzoek blijkt dat het Sociaal Team een belangrijke brugfunctie vervult tussen het gezin en de hulpverlening. En ook volgens de ketenpartners zorgt het Sociaal Team voor betere aansluiting van de gezinnen op de hulpverlening en op de backoffice. De coderegeling en het feit dat backoffice deel uitmaakt van dezelfde organisatie als het Sociaal Team zou volgens de samenwerkingspartners een positief effect hebben op de resultaten die met de gezinnen worden behaald.

Vormgeving werkproces

Algemeen werkzame factoren en werkzame factoren die specifiek van toepassing zijn op multiprobleemgezinnen, en die niet zijn opgenomen in de interventietheorie, zijn: een goede structurering van de interventie (heldere doelstelling, planning en fasering), de uitvoering van de interventie zoals deze eerder is vastgelegd in een protocol of draaiboek, intensieve en langdurige begeleiding bij multiprobleemgezinnen en een hulpverlening die (met name bij aanvang) praktisch van aard is. Uit het casusonderzoek komt, hierop aansluitend, het belang van een goede assessment naar boven met twee belangrijke kenmerken. Ten eerste zou het assessment zich niet moeten beperken tot 'problemen', maar ook elementen als kwaliteiten, bevordering van zelfredzaamheid, leerprocessen en motivatie moeten bevatten. Ten tweede, assessment is een leerproces voor zowel hulpverlener als klant, dat gedurende de interventie nieuwe inzichten kan bieden en aanleiding kan geven tot veranderingen in doelstellingen en aanpak.
Een andere factor is het toepassen van maatvoering. Aan de ene kant zijn duidelijkheid en consistentie in aanpak vereist. Maar van de andere kant moet de aanpak ook goed aansluiten bij de vragen, motivatie en mogelijkheden van de klant – en is het van belang dat de aanpak of de interventiestrategie op basis van voortschrijdend inzicht kan worden aangepast. Ketenpartners noemen de intensieve aanpak, goede bereikbaarheid en het feit dat de interventie dicht bij de gezinnen (thuis) plaatsvindt als belangrijke werkzame ingrediënten en voorwaarden voor het slagen van de interventie. Het feit dat de interventie een lange adem vergt om tot succes te leiden wordt bevestigd in de enquête. Een succesvol traject duurt meestal langer dan zes maanden, gemiddeld tien maanden.

0.3 Suggesties voor de verdere ontwikkeling van de methodiek Sociale Teams

Binnen het bestaande aanbod van hulpverlening rond risicogezinnen vervult het Sociaal Team een belangrijke functie. Die meerwaarde zit met name in de brugfunctie die het Sociaal Team vervult tussen de klant en de hulpverlening, het (leren) op orde brengen van de financiën en het creëren van 'ruimte' voor de aanpak van problemen in en het vergroten van de zelfredzaamheid van het gezin. Tegelijkertijd constateren we belangrijke tekortkomingen in de wijze waarop de methode is onderbouwd en wordt uitgevoerd. Daarom doen we een aantal suggesties voor de verdere ontwikkeling van een effectieve interventie Sociale Teams. Deze suggesties hebben betrekking op de interventie en de condities waaronder deze plaatsvindt.

0.3.1 Belangrijkste verbeterpunten interventie Sociaal Team

Uitgaande van wat in theorie kan werken maar niet (voldoende) wordt toegepast door het Sociaal Team kan een aantal verbeterpunten worden geformuleerd waarmee de meerwaarde en effectiviteit van de interventie ST waarschijnlijk kan worden vergroot.

Aandacht vergroten sociaal, cultureel en psychologisch kapitaal

Meer directe aandacht zou kunnen worden besteed aan het vergroten van het sociaal kapitaal (persoonlijk netwerk, participatie), cultureel kapitaal (opvoedvaardigheden, cultuur en stijlen, onderwijsniveau, taalvaardigheid) en psychologisch kapitaal (veerkracht, coping) van ouders.

Strategische, systematische en volledig integrale werkwijze

De integrale werkwijze kan beschouwd worden als een werkzaam mechanisme, zij het dat deze niet altijd goed wordt toegepast. In de huidige situatie is de integrale werkwijze vooral 'probleemgericht' en minder op versterking van motivatie en aspecten van zelfredzaamheid (competenties, sociaal netwerk, psychologisch kapitaal). Naast integrale casussen zijn er ook veel voorbeelden van werken 'in compartimenten'. Bij het inventariseren van de situatie in het gezin, de probleemanalyse, de diagnose en het stellen van doelen en wijzen om die te behalen dient meer aandacht te worden besteed aan de onderlinge samenhang van de risico- en beschermende factoren die ten grondslag liggen aan de huidige situatie. Daarnaast dienen de verschillende onderdelen (probleemanalyse, diagnose, doelen en aanpak) in het handelingsplan en bij de uitvoering van de interventie op logische wijze samen te hangen. Veelal is er wel zicht op de diversiteit van problemen in het gezin, maar ontbreekt een analyse van de samenhang tussen problemen, het ontstaan van problemen en bijvoorbeeld 'coping strategies' van de klant – hoe is die tot nu toe met de problemen omgegaan?

Individuele flexibele aanpak (maatwerk)

Wanneer het gaat om het bevorderen van zelfredzaamheid is het belangrijk dat de mogelijkheden van het gezin, zoals de leerbaarheid in ogenschouw worden genomen. Belangrijk onderdeel daarbij is de verhouding draagkracht-draaglast in het gezin, en de selfefficacy en stressniveau van de ouders. Het bepalen van de verhouding waarin zaken voor of door het gezin geregeld dienen te worden is niet tevoren te bepalen en blijft gedurende het gehele traject individueel maatwerk.

Vroegsignalering

In de literatuur is voldoende bewijs te vinden dat een vroegtijdige interventie effectiever is, in die zin dat een interventie voor kinderen op jonge leeftijd meer effect heeft op de ontwikkelingskansen dan een interventie op latere leeftijd. Dit zou gezien de aard en duur van problematiek (en hulpverleningsgeschiedenis) van de klanten van het Sociaal Team een belangrijk aandachtspunt moeten zijn bij de ontwikkeling van de interventie.

Geen vaste fasering

Volgens het ABC model zou de aanpak zich eerst (moeten) richten op materiële problemen en het huishouden op orde. Pas daarna zou er ruimte zijn, omdat er minder stressfactoren zijn, voor de aanpak van ontwikkelingsproblemen (bij kinderen en ouders, de opvoeding) en vervolgens kan men zich gaan richten op maatschappelijke participatie.

Hoewel dit mechanisme soms en op onderdelen zich voordoet in de praktijk, is er onvoldoende theoretisch en empirisch bewijs te vinden voor de werking van dit model. Zo kan het in de praktijk nodig zijn om zaken zoals financiële en psychische problematiek tegelijkertijd aan te pakken. Weliswaar kan een concreet (en soms snel) resultaat bijdragen aan vertrouwen en motivatie (en uitblijven van resultaat tot tegenovergestelde) van een klant, maar dat staat los van volgorde waarin men werkt. Ook voor stressreductie is de ABC-volgorde niet per definitie van belang. Het is weliswaar zo dat praktische hulp tot stressreductie kan leiden en vervolgens tot betere verhoudingen in een gezin. Echter, dit is conditioneel. Het mechanisme werkt op zichzelf alleen als er geen andere grote (bijvoorbeeld psychische problemen of gezinsconflicten) zijn. Anders moet daar flankerend ondersteuning op georganiseerd worden en dus sprake zijn van een gelijktijdige aanpak.

0.3.2 Belangrijkste voorwaarden voor de implementatie van de methodiek

Om tot een effectieve implementatie te komen van de methodiek van de Sociale Teams in een organisatie, zoals bijvoorbeeld de wijkteams, zijn de volgende randvoorwaarden van belang:

Match

De formele doelgroep van de Sociale Teams zijn kwetsbare gezinnen, gezinnen met risico op probleemcumulatie, met kinderen jonger dan 18 jaar die nog niet al te diep in de problemen zijn geraakt. In het onderzoek zijn er echter geen aanwijzingen gevonden voor het feit dat alleen gezinnen met een lichte problematiek met succes door het Sociaal Team geholpen zouden kunnen worden. Succes wordt in belangrijke mate mede bepaald door de motivatie van de klant en de mate waarin het Sociaal Team in staat is de aansluiting tussen het gezin en de benodigde hulpverlening tot stand te brengen. Er zijn aanwijzingen dat het Sociaal team vooral problemen heeft met de doelgroep gezinnen in de middencategorie tussen licht en zwaar. Dat zijn de gezinnen waar onduidelijkheid bestaat over de aard en ernst van de problematiek, alsmede de motivatie en zelfredzaamheid van de klant moeilijker zijn te doorgronden. Bij deze groep is de interventiestrategie minder duidelijk en het resultaat navenant.
In plaats van verregaande in- en uitsluitende doelgroepcriteria te stellen om gezinnen bij voorbaat te selecteren is het zinvoller te kijken hoe het Sociaal Team kan bijdragen aan het tot stand brengen van een succesvolle match tussen klant en hulpverlening en naar de specifieke hulpverleningsrol die het ST bij de verschillende klantgroepen kan vervullen. Zo zal bij de rol die het Sociaal Team speelt bij gezinnen die kampen met zware, chronische problemen en die daarbij ook nog eens moeilijk leerbaar zijn, het zwaartepunt liggen op het tot stand brengen van de aansluiting tussen het gezin en de gespecialiseerde hulpverlening. Terwijl bij gezinnen die goed leerbaar zijn en vooral kampen met acute problemen het Sociaal Team vooral zal moeten focussen op het oplossen van de crisissituatie en het gezin te leren hoe dit soort situaties in de toekomst te voorkomen. Van belang is dat er meer kennis komt bij de uitvoerders over welke

aanpak, bij welk type gezin ervoor zorgt dat problemen zoveel mogelijk worden gereduceerd en het gezin zo zelfredzaam mogelijk wordt in de toekomst. Dat stelt eisen aan de organisatie en vormgeving van het uitvoeringsproces van het Sociaal Team.

Organisatie

Met betrekking tot de organisatie is het van belang om te zorgen voor goede monitoring (registratiesysteem), supervisie en coaching, een draaglijke caseload en veiligheid voor de hulpverlener. Als het gaat om de functievereisten is van belang dat de hulpverlener enthousiast en betrokken is, onder meer goede sociale en communicatieve vaardigheden en doorzettingsvermogen heeft en deskundig is met betrekking tot: de (aanpak) van de doelgroep, sociale kaart, regelingen en (aanvraag)procedures (bijvoorbeeld aanvraag WWB en bijzondere bijstand) en de ontwikkeling- en opvoedingsproblematiek van kinderen. Het zal duidelijk zijn dat stagiaires niet aan al deze functievereisten voldoen. Het is vooral bij deze groep medewerkers van belang dat er voldoende begeleiding en ondersteuning vanuit de organisatie wordt geboden en gekeken wordt naar de mate waarin de stagiair(e) qua hulpverleningskwaliteiten 'matcht' met hetgeen de cliënt nodig heeft. Voor de effectiviteit van de methodiek is het in meer algemene zin van belang dat er gebruik wordt gemaakt van de competenties en ervaringen van uitvoerders en ketenpartners. Men moet de ruimte krijgen om (van elkaar) te leren over 'wat het beste werkt bij welk gezin'. Dat vraagt wel het consequent vastleggen van doelen, werkwijzen en resultaten en een goede communicatie tussen uitvoering, methodiekontwikkeling en staf door middel van feedback en intervisie. De uitvoerders dienen te worden ondersteund door een Handboek, formulieren, registratiesystemen, opleidingen en cursussen die aansluiten bij hun behoeften in de praktijk.

Uitvoeringsproces

In het uitvoeringsproces zijn vooral de kwaliteit van het assessment, flexibiliteit en individueel maatwerk, de maximale duur van het traject en de institutionele samenwerking van belang. Bij het assessment dient niet alleen naar problemen gekeken te worden, maar ook naar de motivatie en zelfredzaamheid (competenties, sociaal netwerk, psychologisch kapitaal en ontwikkelingsmogelijkheden). Om ervoor te zorgen dat er een goede match tot stand komt tussen de klant en de begeleider en de klant gemotiveerd wordt en blijft voor het traject is het van belang dat er voldoende ruimte wordt geboden aan de uitvoerende professional om, binnen de algemene richtinggevende principes, vraaggericht te werken en om op basis van eigen deskundigheid een individueel, flexibel traject op maat te bieden aan klanten. Succesvolle trajecten duren bij het Sociaal Team gemiddeld ruim tien maanden; 67% van de succesvolle trajecten duurt langer dan de standaard begeleidingsduur van maximaal zes maanden. Het is van belang dat de maximale duur van de trajecten langer is dan de standaard zes maanden die het Sociaal Team hanteerde. Vervolgens is van belang dat de benodigde flexibiliteit bestaat al naargelang de behoeften en mogelijkheden van de

klant, in de duur en intensiviteit waarmee het Sociaal Team bij de begeleiding is betrokken.

Institutionele samenwerking rond de klant

Meer aandacht voor de organisatie van goede institutionele samenwerking op casusniveau lijkt gewenst. Er zijn goede voorbeelden, maar vaak ook wordt 'langs elkaar heen gewerkt'. Belangrijke aandachtspunten voor samenwerking zijn de ontwikkeling van een gezamenlijke interventiestrategie en afspraken over de casusregie.


Michelle

1 Onderzoeksopzet

1.1 Inleiding

Het dienstencentrum Onderzoek en Business Intelligence van de gemeente Rotterdam heeft onderzoek gedaan naar het project 'Sociale Teams' (september 2010 - september 2013). De Sociale Teams zijn met ingang van 1 januari 2013 meegegaan in de ontwikkeling van de gebiedsteams, de "frontlijnorganisatie" van het nieuwe cluster Maatschappelijke Ontwikkeling (Maatschappelijke Ontwikkeling), en maken vanaf januari 2014 deel uit van de Wijkteams Volwassenen. De resultaten van het project Sociale Teams zullen bij deze ontwikkeling kunnen worden gebruikt.

Doel van het project Sociale Teams is het ontwikkelen van een effectieve vroegtijdige, preventieve aanpak van multiprobleemgezinnen. Het onderzoek dat het project vergezelt, heeft tot doel deze ontwikkeling te ondersteunen. Daarvoor wordt inzicht geboden in de resultaten van het project. Daarnaast is de methodiek zoals die in de praktijk wordt uitgevoerd geëxpliciteerd middels een interventietheorie (exploratieve fase), die vervolgens empirisch en theoretisch is getoetst (toetsingsfase). Deze toetsing staat centraal in deze eindrapportage.

De eerste, exploratieve fase van het onderzoek werd in 2011 afgerond. Een uitgebreide beschrijving hiervan is te vinden in de tussenrapportage (Hekelaar e.a., september 2011)[1]. Hiermee werd de basis gelegd voor verbeteringen in de uitvoering van het project Sociale Teams en voor de tweede, zogenaamde toetsende fase van het onderzoek. De theoretische en empirische toetsing van de eerder ontwikkelde interventietheorie heeft vervolgens in 2012 en 2013 plaatsgevonden.

1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

De centrale probleemstelling van het gehele onderzoek (2010-2013) luidt:

Werkt de methodiek van de "Sociale Teams", voor welke groepen en onder welke condities?

[1] Hekelaar, A., L. Hoekstra, J. Maaskant, F. Moors en T. Wentink (september 2011). De basis op orde. Tussenrapportage onderzoek Sociale Teams. SoZaWe-SWA: Rotterdam.

Deze vraag kan uiteengelegd worden in vijf hoofdvragen die in het onderzoek worden beantwoord:

1. Hoe kan de methodiek van de Sociale Teams het beste worden beschreven; wat zijn haar kenmerkende elementen (doelen, doelgroepen, mechanismen)?
2. In hoeverre is er theoretisch bewijs voor de werking van de beoogde mechanismen? Grijpt de aanpak zoals beschreven in op factoren waarvan uit onderzoek is gebleken dat die samenhangen met de beoogde doelen? Worden er technieken gebruikt die in de literatuur als 'bewezen effectief' bekend staan?
3. In hoeverre worden de beoogde doelen gerealiseerd? Welke onverwachte resultaten doen zich voor?
4. Hoe zijn de resultaten tot stand gekomen? In hoeverre doen de beoogde mechanismen zich in de praktijk voor?
5. Welke condities moeten worden vervuld voor een werkzame methodiek of interventiestrategie? (o.a. wijze van regievoering (proces- en casusregie), organisatie teams, samenwerking met backoffice en ketenpartners). In het bijzonder gaat het daarbij om de vraag wat de gevolgen zijn van het feit dat de Sociale Teams deel uitmaken van dezelfde gemeentelijke organisatie als de backoffice.

Onder een methodiek verstaan we een systematische manier van werken om een bepaald doel te bereiken.

De eerste onderzoeksvraag is in de exploratieve fase beantwoord (interventietheorie). De overige onderzoeksvragen vergen een evaluatie van het proces van de interventie van de Sociale Teams alsmede van de door de interventie behaalde resultaten. Het onderzoek moet met andere woorden bestaan uit een proces- en een resultaatanalyse. Om de interventietheorie theoretisch te 'toetsen' (onderzoeksvraag 2) dient uit andere onderzoeken te worden geput.

1.3 Onderzoeksstrategie

Omdat geen quasi-experimenteel design kon worden toegepast én omdat het onderzoeksdoel specifiek inzicht in de werkzame bestanddelen van de interventiepraktijk vereist, is gezocht naar een alternatieve strategie om zicht te krijgen op effectiviteit van de interventie en de factoren die de effectiviteit beïnvloeden. We hebben gekozen voor een combinatie van de volgende onderzoeksmethoden: Theory of Change[2] (ToC) en Realistic Evaluation[3] (RE). Voor een uitgebreide beschrijving van de toepassing van deze

[2] Weiss, C. (1972, 1995) in Tudjman e.a. (december 2010).
[3] Pawson, P. en R. Tilly (1997)

methodieken in het onderzoek naar de Sociale Teams verwijzen we naar Hekelaar e.a. (september 2011). In het kort komt het erop neer dat wordt nagegaan wat de inhoudelijke veronderstellingen achter een interventie zijn én dat wordt nagegaan of deze achterliggende assumpties (of veranderingstheorieën) realistisch zijn (Tudjman e.a., december 2010)[4]. Daarbij gaat het om assumpties over hoe en waarom activiteiten (interventies) gaan leiden tot de beoogde kortere termijn resultaten en langere termijn effecten (long term outcome).

Het ToC-proces kan in vijf stappen worden onderscheiden:

1. werken met alle betrokkenen om de veranderingstheorie van de interventie te verwoorden;
2. de veranderingstheorie uiteenrafelen in een serie einddoelen en tussentijdse uitkomsten waartoe de interventie zou moeten leiden (backwards mapping);
3. verduidelijken hoe externe (of contextuele) factoren zowel de interventie als de uitkomsten daarvan kunnen beïnvloeden;
4. indicatoren vaststellen waarmee de uitgevoerde interventies en de uitkomsten daarvan kunnen worden gemeten. Het kan hier om kwantitatieve of kwalitatieve gegevens gaan, waarmee bereik van de doelgroep en verwezenlijking van de doelstellingen kan worden vastgesteld;
5. De gegevens van de metingen analyseren in termen van de achterliggende interventietheorie.

In de eerste fase van het onderzoek zijn stappen 1, 2 en 3 doorlopen (Hekelaar e.a. september 2011). In de tweede fase van het onderzoek hebben we eerst de indicatoren gezocht waarmee de doelrealisatie en het al of niet voordoen van de beoogde mechanismen kan worden bepaald. De volgende stap bestond uit de analyse van de resultaten/effecten (resultaatanalyse) van de Sociale Teams en de wijze waarop die tot stand zijn gekomen (procesanalyse). Naast deze empirische toets is de interventietheorie getoetst aan bestaande wetenschappelijke inzichten (theoretische toetsing). Op basis hiervan zijn aanbevelingen gedaan ter verbetering van de methodiek en de organisatie van het werkproces.

Door te werken vanuit de uitgangspunten van de "*beleids*theorie gedreven" onderzoeksmethoden Realistic Evaluation and Theory of Change en het toepassen van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden (triangulatie) is de validiteit of geldigheid van het onderzoek geoptimaliseerd.

[4] Tudjman e.a. (december 2010). *Gezinsbegeleiding achter de voordeur. Een evaluatie volgens de methode Theory of Change*. Movisie/ EUR: Utrecht/ Rotterdam.

1.4 Werkwijze

De onderzoeksvragen zijn beantwoord middels een literatuuronderzoek, een bestandsanalyse, een deelnemersenquête met meerdere meetmomenten, een enquête onder de ketenpartners en een casusonderzoek onder de deelnemers en uitvallers.

1.4.1 Literatuuronderzoek

Op basis van de belangrijkste inzichten uit de wetenschappelijke literatuur m.b.t. (de aanpak van) risicogezinnen is bepaald in hoeverre de uitgangspunten (werkhypothesen) in de methodiek van het Sociaal Team aannemelijk zijn. We hebben ons daarbij voornamelijk gericht op wetenschappelijke inzichten m.b.t. de aanpak van risico- en multiprobleemgezinnen en de factoren die van invloed zijn, in het bijzonder de materiële basis in het gezin, op het gezinsfunctioneren en de ontwikkeling van het kind.

1.4.2 Bestandsanalyse

Om de resultaten (output) in kaart te brengen was aanvankelijk het plan om ons in eerste instantie te richten op de eigen registraties van de Sociale Teams zoals vastgelegd in MensCentraal, en waar nodig dit aan te vullen met gegevens uit de enquête. Helaas bleek dit door betrouwbaarheid- en validiteitsproblemen geen optie. Zo zijn bepaalde kerngegevens in MensCentraal zoals de (veranderingen) in de zwaarte van de problematiek op de leefgebieden en de klanttevredenheid[5] in de praktijk niet bruikbaar voor onderzoek. Het is daardoor niet mogelijk op basis van MensCentraal de effectiviteit (output) van de interventie ST vast te stellen.
De analyse van MensCentraal was daarom vooral gericht op het in kwantitatieve zin in kaart brengen van het werkproces, zoals het aantal en soort aanmeldingen, de duur van de trajecten en de formele resultaten (output).

1.4.3 Enquête deelnemers

Middels een enquête onder de deelnemers is vastgesteld in hoeverre de beoogde outcome (effecten) zijn gerealiseerd. Bij dit laatste gaat het om de mate waarin de situatie van de gezinnen op de drie leefgebieden waar het Sociaal Team zich richt, is verbeterd en de gezinnen meer zelfredzaam zijn geworden. Deze doelen, maar ook 'tussendoelen' zoals het vergroten van motivatie en competenties zijn vervolgens nader uitgewerkt tot op het niveau van concrete vragen (geoperationaliseerd). Door in principe drie metingen te doen – tot drie maanden na aanvang van de begeleiding (nulmeting), na zes en na negen maanden - zouden veranderingen in problematiek en zelfredzaamheid vastgesteld kunnen worden gedurende het begeleidings- én het nazorgtraject. In de praktijk is echter door een te lage respons van een derde meting afgezien.

---

[5] Gemeente Rotterdam (29 september 2011). *Handboek Sociale Teams*. Rotterdam: Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Er is gekozen voor vragen die gebruikt worden in onderzoeken gericht op multiprobleemgezinnen (zoals de Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders (VGFO)), bijstandsgroepen (armoedeonderzoeken), eenoudergezinnen (opvoedingsstrategieën), groepen met lichamelijke en/of psychische gezondheidsproblemen[6] en in klanttevredenheidsonderzoeken[7]. Met uitzondering van de VGFO zijn deze vragenlijsten al vele jaren bij bijstandsgroepen toegepast. Daarnaast is een aantal vragen geformuleerd die betrekking hebben op de tevredenheid met het Sociaal Team en het (zelf)vertrouwen. In het enquêteformulier zijn items te vinden over een aantal praktische zaken (zoals werk, financiën (rondkomen), scholing, gezondheid, woonruimte, huishouden), kennis en gebruik van voorzieningen en regelingen, en sociale participatie. De vragen zijn concreet, bleken in de praktijk goed te werken en sluiten aan bij de praktische doelen en werkwijze van het Sociaal Team. De vragen hebben zich qua bruikbaarheid in de onderzoekspraktijk van O&BI ruimschoots bewezen. Veelgebruikte schalen zoals SDQ en EMPO bleken te algemeen/ abstract, hadden te weinig een directe relatie met de doelen en werkwijze van de ST en zijn daarom niet opgenomen in de enquête.
Voordat we de definitieve vragenlijst hebben toegepast, hebben we een eerdere versie uitgetest bij een vijftal gezinnen en vervolgens aangepast. Bij de tweede meting hebben we de vragen die tot doel hebben de situatie op verschillende momenten te meten en te kunnen vergelijken onveranderd gelaten, specifieke vragen over de aanleiding van het traject achterwege gelaten en vragen over de (tevredenheid met de) resultaten van het traject en de toekomstverwachtingen toegevoegd.

De verwachting was dat het toesturen van de enquêteformulieren onvoldoende bruikbare respons zou opleveren, onder meer vanwege een gebrek aan taalvaardigheid, cognitieve vermogens, bureaucratische vaardigheden en vertrouwen in (gemeentelijke) instanties bij risicogezinnen. Daarom is besloten de enquête mondeling bij de mensen thuis af te nemen en de onderzoeksgroep te benaderen via de coaches van het Sociaal Team. De vragenlijst is door de interviewers, zonder bijzijn van de medewerkers van het Sociaal Team, afgenomen. Dit om het risico op sociaal wenselijke antwoorden te beperken.

1.4.4 Enquête ketenpartners

Om meer inzicht te krijgen in het verloop van het zogenaamde secundaire proces en zodoende in de condities voor een goed werkende interventie van de Sociale Teams, is naast de informatie die de bestandsanalyse en de casusonderzoeken hiervoor leveren, een tevredenheidsonderzoek (internetenquête) gehouden onder de medewerkers van de

[6] Hiervoor is gebruik gemaakt van onderdelen van het meetinstrument dat gebruikt wordt voor de nu lopende evaluatie van het Rotterdamse re-integratieproject ExIT.

[7] In het bijzonder het meetinstrument voor de periodieke klanttevredenheidsonderzoeken die onder klanten van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente Rotterdam zijn gehouden.

verschillende instellingen die rond de gezinnen met het Sociaal Team samenwerken (bijv. maatschappelijk werk (AMW, SMW), schuldhulpverlening (KBR), DOSA, CJG, Meldpunt huisuitzetting (MPH), woningcorporaties). Centraal daarbij stonden de ervaringen, wensen en behoeften van de ketenpartners ten aanzien van de werkwijze en organisatie van het Sociaal Team.

1.4.5 Casusonderzoek

Deelnemers

Het onderzoek is gericht op gezinnen waarvan de begeleiding daadwerkelijk is gestart en de begeleider het aannemelijk achtte dat de klant tot het eind van het beoogde traject in begeleiding zou blijven bij het Sociaal Team. In de praktijk kunnen trajecten natuurlijk korter en langer dan 6 maanden duren. Dit valt echter tevoren niet in te schatten en daardoor kon hier vooraf in het onderzoek geen rekening mee gehouden worden.
Door middel van dossieronderzoek en analyse van de registraties in MensCentraal, gesprekken met de opvoeder(s) en de bij het gezin betrokken medewerkers van het Sociaal Team zijn de veranderingsprocessen en de gezinssituatie op verschillende momenten in het begeleidingstraject in kaart gebracht. In totaal zijn 13 casussen geanalyseerd.
Eenheid van analyse is het gezin. Voor de selectie van gezinnen was representativiteit geen doel. Van belang is het in beeld kunnen brengen van de variëteit aan mechanismen en veranderingsprocessen. We streven naar analytische (in plaats van een statistische) generalisatie[8]. Dat wil zeggen dat aan de hand van een aantal cases wordt bezien of de (beleids-)theorie wordt ondersteund, dan wel wijziging behoeft.

Uitvallers

Bij een deel van de gezinnen stopt het interventieproces voordat de beoogde resultaten zijn bereikt. Voor een verkenning van de ‘grenzen van de methodiek’ levert onderzoek onder deze ‘uitvallers’ vaak buitengewoon relevante informatie op. Daarbij heeft ook het uitvalonderzoek tot doel gerichte aanbevelingen te kunnen doen waarmee de Sociale Teams en (hierop volgende) vergelijkbare interventies de uitval kunnen reduceren. Door middel van interviews met de betrokken gezinsleden en bij de gezinnen betrokken hulpverleners wordt zicht geboden op de achtergronden en redenen van uitval. In totaal zijn 12 gezinnen en hun ondersteuners van het Sociaal Team geïnterviewd.

[8] Yin, R.K. (1989) Case study research. Design and methods.

1.5 Indeling van het onderzoeksrapport

In het volgende hoofdstuk vindt de theoretische toetsing plaats van de interventietheorie. Eerst worden de belangrijkste theoretische uitgangspunten van de interventietheorie uiteengezet en vervolgens getoetst aan inzichten uit de onderzoeksliteratuur en de beroepspraktijk. In hoofdstuk 3 wordt de interventietheorie empirisch getoetst door op basis van de resultaten uit de enquêtes en bestandsanalyses (MensCentraal) te bepalen in hoeverre de beoogde doelen zijn bereikt en welke condities daarbij van belang blijken te zijn. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 met behulp van het casusonderzoek empirisch vastgesteld in hoeverre de beoogde mechanismen uit de interventietheorie zich in de praktijk daadwerkelijk voordoen.



2 De basis van ‘de basis op orde’: een literatuuronderzoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre de veronderstelde werkzaamheid van de mechanismen in de interventietheorie van de Sociale Teams wordt ondersteund door wetenschappelijke bevindingen, dan wel succesvolle praktijkervaringen. Kortweg: in hoeverre is de interventie van de Sociale Teams *evidence based*, dan wel *practice based*? Kennisopbouw in het sociale domein is er immers bij gebaat dat beide vormen van kennisontwikkeling een rol spelen in de (door)ontwikkeling van een interventie.[9] Om dit na te gaan is bekeken op welke bevindingen in onderzoek en/of praktijk de grondslagen van de interventie zijn gebaseerd. Het gaat hier overigens niet om een uitputtende theoretische toetsing van de methodische uitgangspunten van de Sociale Teams, maar meer om het beantwoorden van de vraag of de methodische uitgangspunten werken of kunnen werken bij risico- of multiprobleemgezinnen. Er is daarbij vooral aandacht voor de terreinen waar de Sociale Teams zich in de praktijk op richten: financiën, zelfredzaamheid en aansluiting op de hulpverlening.

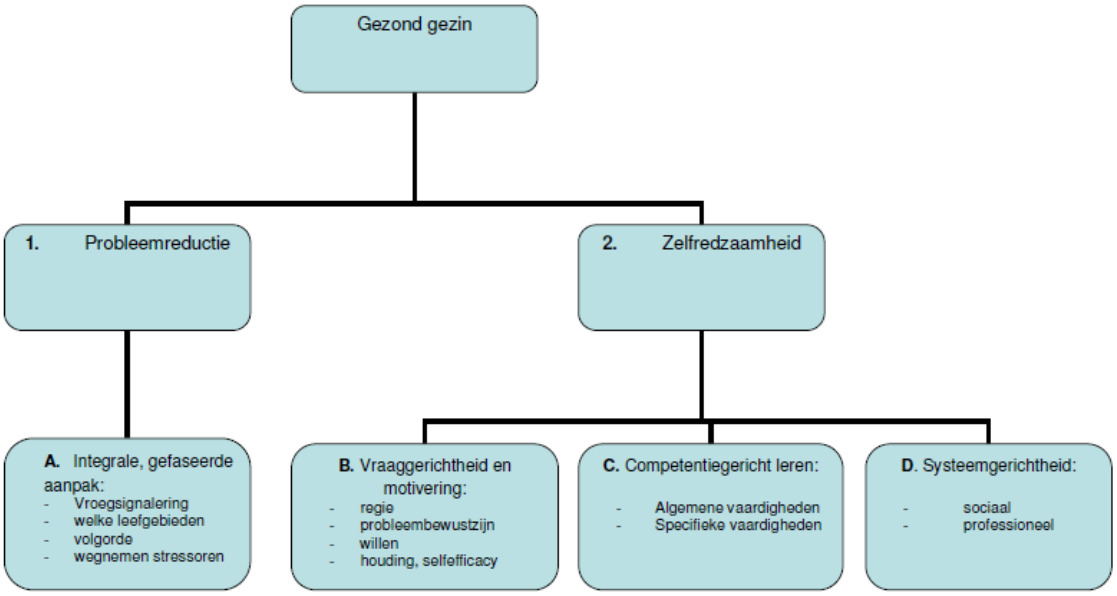
In de tussenrapportage werd de uitvoeringstheorie van de Sociale teams uitgebreid beschreven.[10] In de uitvoeringstheorie zijn de doelstellingen en de veronderstelde werkzame mechanismen van de interventie door de Sociale Teams opgenomen. Het centrale uitgangspunt in de theorie is dat *de interventie in het gezin leidt tot verbetering van de ontwikkelingskansen van het kind of de kinderen*. De interventie van het Sociaal Team maakt het volgens deze theorie mogelijk om risicofactoren die opgroei- en opvoedproblemen kunnen veroorzaken, weg te nemen en beschermingsfactoren te versterken of in te brengen. Vervolgens werd in de uitvoeringstheorie geformuleerd op welke manier de interventie in het gezin plaatsvindt. In de tussenrapportage kwamen we op basis van de methodiekbeschrijving tot tien mechanismen als de belangrijkste ‘werkzame bestanddelen’ van de interventie door de Sociale Teams[11]. In deze rapportage zijn de werkzame bestanddelen ingedikt en ondergebracht in het onderstaande schema.

---

[9] J. Barnhoorn e.a., *Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd*, Roterdam augustus 2013, p. 15

[10] Hekelaar e.a, *De basis op orde. Tussenrapportage onderzoek Sociale Teams*, (SWA/Rotterdam 2011), pp. 27-41 en 57-72. De werkzame bestanddelen zijn gevat in een schema op p. 99 in hoofdstuk 4

[11] Zie Bijlage 1



Deze zijn aan de ene kant gericht op *probleemreductie* bij het gezin, en aan de andere kant op het toewerken naar het *zelfstandig functioneren* (zelfredzaamheid) van het gezin. Hieronder zijn de werkzame bestanddelen weergegeven:

- *Probleemreductie:* interventie in het gezin leidt tot vermindering van de problemen en verbetering van de ontwikkelingskansen van het kind. De interventie maakt het mogelijk om risicofactoren die opgroei- en opvoedproblemen veroorzaken, weg te nemen;

- *Integrale, gefaseerde aanpak:*

  Vroegsignalering: door risicofactoren bij de opvoeding van kinderen vroeg te signaleren - bij voorkeur wanneer de kinderen jonger dan 5 jaar zijn - en vervolgens daarop in te grijpen, kunnen ernstige(r) ontwikkelingsproblemen van kinderen op latere leeftijd voorkomen worden. Vroege interventies zijn hierbij effectiever dan interventies op latere leeftijd;

  Welke leefgebieden: het creëren van een gezonde omgeving vergt een aanpak op meer leefgebieden, omdat in probleemgezinnen per definitie sprake is van een samengaan of samenhangen van problemen van verschillende aard. De Sociale Teams richten zich daarbij op de leefgebieden 1 t/m 3;

Volgorde: een gezond gezin moet fasegewijs verwezenlijkt worden. In fase 1 wordt stabilisatie van met name materiële en praktische elementen in gezin (geld, huisvesting, huishouden) nagestreefd. Daarna kan in fase 2 worden ingezet op ontwikkeling en bijvoorbeeld verbetering van de opvoeding. Tenslotte kan in fase 3 op basis van een stabiele omgeving en met de benodigde competenties maatschappelijke participatie worden bevorderd;

Wegnemen van stressoren: het wegnemen van stress en het terugbrengen van 'rust en regelmaat' kan de druk op het gezin verminderen, en zo opening bieden voor het 'gezond' maken van het gezin.

- *Werken naar zelfredzaamheid*

  Vraaggerichtheid en motivering: de kans op effectieve hulpverlening en betrokkenheid van de gezinsleden is groter wanneer zij inzicht hebben in de aard en achtergrond van hun problemen, wanneer zij de ruimte krijgen om de eigen problemen te benoemen en de regie te nemen bij de oplossing ervan. Door regie en een actieve rol van het gezin leert het gezin beter om te gaan met probleemsituaties en oplossingen zoeken.

  Competentiegericht leren: gezinsleden moeten kennis verwerven en vaardigheden aanleren om zelf problemen. Het verwerven van kennis en vaardigheden verloopt het meest succesvol door zelf te doen, leren door praktijkervaring.

  Systeemgerichtheid: De problemen van de afzonderlijke gezinsleden moeten in het systeem van het gezin benaderd worden. De verhoudingen tussen gezinsleden kunnen het oplossen van problemen in de weg staan. De ondersteuning moet zich daarom richten op succesvolle interacties tussen gezinsleden. Het leren gebruiken van hulpbronnen in de omgeving van het gezin draagt bij aan het hulpverleningsproces.

In de navolgende paragrafen worden achtereenvolgens de verondersteld werkzame mechanismen kort besproken, waarna aan de orde komt waarop deze zijn gebaseerd, en welke wetenschappelijke, c.q. praktijkbevindingen hier aan ten grondslag liggen. Daarna zal worden ingegaan op de werkzame bestanddelen van interventies in probleemgezinnen volgens de database van het Nederlands Jeugd Instituut. Afsluitend zal de interventie van de Sociale Teams tegen het licht van deze bevindingen worden gehouden.

2.2 Probleemreductie

Zoals hierboven al gezegd is het centrale uitgangspunt in de interventietheorie van de Sociale Teams dat beïnvloeding van het gezin tot verbetering van de ontwikkelingskansen van het kind of de kinderen leidt. De veronderstelling is dat de interventie van het Sociaal Team het mogelijk maakt om risicofactoren die opgroei- en opvoedproblemen kunnen veroorzaken, weg te nemen en beschermingsfactoren te versterken of in te brengen. In het navolgende zal voor deze veronderstelling worden nagegaan in hoeverre zij worden ondersteund door de wetenschappelijke literatuur of succesvolle praktijken.

2.2.1 Een meervoudige problematiek in een gezin betekent een hoger risico op problemen bij het opgroeien en opvoeden van kinderen

Een gezin dat kampt met 'meervoudige, complexe en chronische problemen'[12] vormt volgens verschillende onderzoekers inderdaad een risicofactor voor opgroei- en opvoedproblemen. Volgens Hermanns bestaat er een groter risico op gedrags- en ontwikkelingsproblemen van een kind als er sprake is van meerdere en complexe problemen op een aantal terreinen. Uit de literatuur blijkt dat niet zozeer de *aard* van de risicofactoren of de combinatie ervan de risico's vergroot, als wel het *aantal*. Een belangrijk uitgangspunt is dat het voorkomen van een bepaalde risicofactor dus niet per definitie hoeft te leiden tot problematiek: het gaat juist om de cumulatie van risicofactoren. Diverse studies hebben laten zien dat een cumulatie van risicofactoren niet alleen gedragsproblemen en psychische problemen voorspelt, maar ook cognitieve problemen en antisociaal gedrag, zoals criminaliteit en kindermishandeling.[13] Ook Van den Broek e.a.[14] (benadrukken het belang van probleemcumulatie: zij stellen vast dat de aanwezigheid van een probleem bij het kind substantieel toeneemt wanneer er sprake is van een stapeling van ten minste vier risicofactoren bij of in de directe omgeving van het kind. De relatie werd onder andere aangetoond voor psychische problemen, gedragsproblemen, intelligentieontwikkeling en delinquentie. Ze geven een overzicht van de in de literatuur gevonden risicofactoren voor ontwikkelingsproblemen bij kinderen:

---

[12] Definitie van een multiprobleemgezin volgens Steketee en Vandebroucke, *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam* (Cephir/Rotterdam 2010)

[13] J. Hermanns, 'Handen af van de opvoeding. De jeugd als probleemcategorie' in:*Tijdschrift voor sociaal pedagogische hulpverlening*, 2001, februari, 4-9

[14] Van den Broek e.a., 'Kwetsbare gezinnen in Nederland' in: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. O*ntzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg.* Den Haag, RMO, 2012, p. 60-126

Sociaal economische status (SES):
- laag opleidingsniveau van de ouder(s);
- armoede (laag inkomen);
- werkloosheid onder de ouder(s);
- ongunstige buurt (op basis van SES van de bewoners).

Gezinssamenstelling en opvoeden:
- alleenstaand ouderschap;
- tienermoederschap;
- behoren tot een etnische minderheid (niet-westers);
- ongunstig opvoedingsgedrag;
- huiselijk geweld.

Gezondheid en verslaving van de ouders:
- langdurige aandoening of handicap;
- emotionele problemen;
- verslavingsproblematiek (alcohol-, drugs-, of gokverslaving).

Gezondheid en temperament van de kinderen:
- langdurige aandoening of handicap;
- zwakbegaafdheid;
- laag geboortegewicht;
- moeilijk temperament.

Een andere belangrijke risicofactor volgens dit onderzoek is het beperkte netwerk van het multiprobleemgezin. De leden van een dergelijk gezin hebben weinig of geen contacten buiten het gezin of familie. Ze hebben meer moeite om informele ondersteuning vanuit hun eigen netwerk aan te boren en weten ook minder goed de weg te vinden naar het professionele netwerk. Vaak is er ook sprake van een gebrekkig vertrouwen in de hulpverlening, doordat er sprake is van negatieve ervaringen of ontbrekende resultaten van de hulpverlening in het verleden. Hermanns bevestigt dit. Hij merkt op dat *'talloze onderzoekingen laten zien dat ouders die kunnen terugvallen op een sociaal ondersteunend netwerk het als opvoeders beter doen, zelfs al is de sociale ondersteuning niet op de opvoedersrol gericht'*.[15]

In de literatuur is men het er over eens dat risicofactoren in een gezin kunnen worden gecompenseerd door de aanwezigheid van beschermende of protectieve factoren. Bakker e.a. brachten ze op basis van het bestaande onderzoek in kaart.[16] Zij formuleren beschermende en risicofactoren in het micro, meso- en macrosysteem van het gezin[17];

---

[15] Idem, p. 9

[16] I. Bakker, e.a., *O&O in perspectief,* NIZW/Utrecht 1998

[17] Idem: het microsysteem betreft in het model van Bakker e.a. het gezin en de gezinsleden, het mesosysteem de directe sociale context van het gezin en het macrosysteem de bredere sociaaleconomische, culturele en sociaalmaatschappelijke factoren die van invloed zijn op het functioneren van het gezin

de draaglast van de ouders (het geheel van de opvoedingstaken) wordt tegenover de draagkracht gesteld (de beschermende factoren). Uitgangspunt is dat gezinnen met meervoudige risicofactoren op de drie verschillende niveaus kwetsbaar zijn en risico lopen op opvoedings- en ontwikkelingsproblemen. De invloed van risicofactoren kan echter worden verkleind door aanwezige beschermingsfactoren. *'Een cumulatie van risicofactoren moet worden gecompenseerd door een cumulatie van beschermende factoren'*.[18] Voor het vergroten van de draagkracht van ouders is het volgens het balansmodel vooral belangrijk om:

- het zelfvertrouwen van ouders te bevorderen, bijvoorbeeld door het bieden van morele en sociale steun bij beginnende of bestaande problematiek;
- de pedagogische competenties van ouders te versterken, bijvoorbeeld via informatievoorziening of door oefeningen te doen;
- ouders te steunen in hun zelfzorg en netwerkopbouw;
- het zelfregulerend vermogen van ouders te bevorderen, en:
- te voorkomen dat ouders afhankelijk worden van hulpverleners of van de mening van deskundigen.

2.2.2 De relatie tussen sociaal-economische achterstanden en ontwikkelingskansen

Sociaal-economische achterstand wordt in de literatuur als één van de risicofactoren voor de ontwikkelingskansen van het kind; er is dus niet per definitie sprake van gezinsproblematiek als er sprake is van sociaaleconomische achterstand. Aan de andere kant kan er sprake zijn van gezinsproblemen, terwijl er geen sprake is van achterstand. Toch benadrukken Guiaux en anderen het belang van de aan- of afwezigheid van sociaaleconomische hulpbronnen in de ontwikkeling van het kind.[19] Zij stellen in een longitudinaal onderzoek vast dat (problematische) gezinsomstandigheden in de jeugd een veel minder grote rol spelen in de vraag of een kind ook op volwassen leeftijd in armoede en sociaal isolement verkeert, dan sociaaleconomische hulpbronnen als opleiding, werk, gezondheid en sociale participatie: arme gezinnen kennen een minder goed gezinsklimaat: er is sprake van meer agressie en minder rust en regelmaat. Daardoor is de band die kinderen met hun ouders hebben slechter, en zien zij hun ouders ook minder als een voorbeeld. Deze processen hebben volgens het onderzoek echter weinig invloed op het risico op armoede en sociale uitsluiting dat arme kinderen als volwassene lopen. Dat doen de hulpbronnen wel: *'Kinderen die opgroeien in armoede verkeren niet alleen op dat moment in een gezin met weinig inkomen en*

[18] Idem, p.71

[19] M. Guiaux e.a., *Voorbestemd tot achterstand? Armoede en sociale uitsluiting in de kindertijd en 25 jaar later* (SCP/Den Haag 2011)

verdienpotentieel, maar bouwen zulke hulpbronnen in hun latere leven ook minder op'. Hier past wel de nuancering dat uit het onderzoek blijkt dat 93% van de kinderen die in een arm gezin opgroeiden, 25 jaar later zelf *niet* tot de categorie armen behoort. Wel wordt duidelijk dat het risico om tot deze categorie te behoren voor kinderen die toen in armoede leefden twee keer zo groot is als voor kinderen die niet in armoede leefden.

De route van overdracht verloopt volgens het onderzoek aldus: in arme gezinnen zijn meer materiële tekorten, waardoor de sociale participatie van kinderen in de basisschoolleeftijd en in het voortgezet onderwijs achterblijft. Dit blijkt één van de factoren te zijn waardoor arme kinderen een lagere opleiding afronden. Dat betekent als volwassene minder kansen op de arbeidsmarkt, vaker werkloos, langdurig ziek of arbeidsongeschikt en als dertiger minder vaak een vaste baan. Opleiding speelt een sleutelrol: het is op verschillende manieren van invloed op armoede en sociale uitsluiting bij volwassenen. Het heeft gevolgen voor de arbeidsmarktkansen, maar ook voor de mate van armoede en sociale uitsluiting op latere leeftijd. Het opleidingsniveau van de kinderen komt voor een belangrijk deel rechtsreeks voort uit het opleidingsniveau van de vader. Daarnaast zijn er twee andere wegen van beïnvloeding: armoede betekent een slechtere gezondheid en minder sociale participatie, en die resulteren samen in een lager opleidingsniveau. Onderwijs is dus een cruciale factor in sociale stijging. Ook in een eerder SCP-onderzoek[20] wordt het belang van onderwijs benadrukt: er worden twee verklaringsmechanismen voor sociale uitsluiting bij kinderen naar voren gebracht: een economisch-financieel en een sociaalcognitief mechanisme. De belangrijkste factor in het eerste mechanisme is materiële deprivatie bij de ouders, onder meer veroorzaakt door werkloosheid en armoede. De belangrijkste factoren in het tweede mechanisme zijn een tekort aan sociale participatie, geringe vaardigheden en een laag opleidingsniveau van de ouders.

Hoewel er een grote consensus is over de onwenselijkheid van een kind dat opgroeit in een arm gezin, is het dus zeker niet zo dat een kind dat in armoede opgroeit als volwassene ook arm zal zijn. Wel is het zo dat opgroeien in armoede in alle levensfasen samenhangt met een verhoogd risico op tekorten op materiële tekorten en tekorten op het gebied sociale participatie en, zij het in veel mindere mate, gebrekkig normatieve integratie en beperkte toegang tot basale rechten. Nogmaals: volgens het onderzoek van Guiaux en anderen spelen gezinsomstandigheden hierin een veel minder prominente rol dan de aan- of afwezigheid van sociaal, economisch en cultureel kapitaal. Als het gaat om de ontwikkelingskansen van het kind is het aanboren van dit kapitaal dus cruciaal.

[20] A. Roest e.a., *Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden,* (SCP/Den Haag 2010)

2.2.3 Het psychologisch kapitaal

Naast dit sociaal, economisch en cultureel kapitaal benadrukt Snel de psychologische aspecten van armoede die doorwerken in het gezin. Volgens hem ontstaan er opvoedingsproblemen als het ouders ontbreekt aan sociaal, cultureel en psychologisch kapitaal.[21] Als armoede lang duurt, levert dat stress op. Het gaat niet alleen om zorgen, maar ook om schuldgevoelens, gevoelens van falen en gevoelens van incompetentie. Hij stelde vast dat moeders uit arme gezinnen met sterke depressieve gevoelens veel minder goed met armoede kunnen omgaan en de negatieve gevolgen van armoede voor hun kinderen vaak zwaarder inschatten dan moeders die weliswaar ook arm zijn, maar psychisch beter in hun vel zitten.[22] Amerikaanse onderzoekers tonen een directe relatie aan tussen een laag inkomen en depressie bij ouders[23]. Opvoedingsgedrag van depressieve ouders in chronische armoede wordt meer bepaald door stress en spanning dan door feitelijk probleemgedrag van het kind; bij niet-kansarme depressieve ouders wordt dit opvoedingsgedrag wél vooral bepaald door het probleemgedrag van het kind. Ook Hermanns benadrukt het belang van stressontwikkeling: *'Opvoeden (…) is iets wat doorgaans vanzelf gaat. Problemen ontstaan als stress in en rond de opvoeding zo toeneemt dat er geen energie meer beschikbaar is om er iets van te maken'*.[24] Van Regenmortel benadrukt ook de psychologische dimensie van armoede, maar ziet hierin ook kansen om de focus van het armoedebeleid te verschuiven van de aandacht voor tekorten naar de aandacht voor 'krachten en groeimogelijkheden'.[25] Het haalt de 'arme' uit zijn positie als slachtoffer van (sociaaleconomische) omstandigheden. Het advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) in 2012 om het zelfvertrouwen van ouders te versterken door aan te sluiten bij hun eigen kwaliteiten en deskundigheid, richt zich op een vergelijkbare manier op 'empowerment' van de ouders.[26]

2.2.4 De betekenis van opvoedingsstijl in de overdracht van armoede

De betekenis van opvoedingsstijl van de ouders in de overdracht van armoede op, en daarmee de beperking van, de ontwikkelingskansen van het kind is onderwerp van discussie. De centrale vraag is of ouders met een lage sociaaleconomische status ook een andere stijl van opvoeden hanteren, waardoor hun kinderen minder ontwikkelingskansen hebben dan kinderen van niet-arme ouders. Lang werd intergenerationele overdracht van armoede als een onderdeel van 'de cultuur van

---

21 B. Levering, 'We zien armoede te weinig als psychologisch probleem' in: *PIP magazine*, jaargang 17, nr. 59 (februari 20011), p. 6-11

22 Snel, E., e.a., 'Arm Nederland: verandering en bestendiging van armoede', in: G.B.M. Engbersen (red.), *Balans van het armoedebeleid; het vijfde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting,* Amsterdam University Press/Amsterdam, 2000

23 Lee e.a., 'Family income and parenting: the role of parental depression and social support' in: *Family Relations*, Volume 58, Issue 4, pp. 417-430, oktober 2009

24 J. Hermanns (2001), p. 8

25 T. van Regenmortel, *Empowerment in de praktijk van OCMW*, KUL/Leuven 2004

26 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Ontzorgen en normaliseren van opvoeding*, Den Haag 2012

armoede' gezien: de veronderstelling is dat in families waar al enige generaties lang sprake is van armoede, er sprake is van een laag aspiratieniveau, fysieke vormen van disciplinering, hard en inconsistent straffen en weinig selfefficacy. Anderen hebben moeite met het idee dat armen er een andere cultuur en levensstijl zouden hebben, en daarmee ook een andere opvoedingsstijl; het zou 'de arme' stigmatiseren tot 'de ander'.[27] Desalniettemin stelt Buckx vast dat ouders met een lage opleiding vaak een specifieke opvoedingsstrategie hebben; ze maken meer gebruik van straffen, belonen en negeren, ze benadrukken minder de autonomie van het kind en zijn minder consequent en voorspelbaar in hun gedrag dan andere ouders.[28] Het bevestigt de bevindingen van Durkin dat bij lager opgeleide ouders bepaalde, minder adequate vormen van opvoedingsgedrag en opvoedingsproblemen voorkomen.[29] Weer anderen zeggen dat niet zozeer opvoedings*stijl*, als wel opvoeding*stress* zorgt voor de overerving van problemen: Geenen laat in een Belgische studie zien dat langdurige armoede een vorm van chronische stress veroorzaakt die een negatieve invloed op het psychisch welzijn van ouders en hun rol als opvoeders heeft. Daardoor zijn in arme gezinnen weinig kinderen veilig gehecht.[30] Uit onderzoeken in de Verenigde Staten blijkt dat arme ouders meer stress ervaren, waardoor ze meer gedeprimeerd, geïrriteerd en boos zijn.[31] Deze ouders blijken vaker een autoritaire of inconsistente opvoedstijl te hanteren dan meer welvarende ouders. Die stijl heeft een negatieve invloed op hun kinderen. Verder blijkt uit onderzoek in België dat ouders bij ervaren stress de neiging om méér probleemgedrag bij het kind te zien, wat vervolgens weer het gevoel van stress verhoogt.[32] Chronische stress kan ook leiden tot minder gevoeligheid in de interactie met het kind. Een vergelijking van verschillende internationale onderzoeken bevestigt dat de leefsituatie zo moeilijk en stressvol kan zijn dat er geen goede hechting ontstaat met als gevolg problemen in de ontwikkeling van de kinderen.[33] Reelick onderzocht bij Rotterdamse bijstandsmoeders of uitkeringsduur in relatie staat met opvoedingsstijl. Dit bleek niet het geval, maar hij vond wel dat de manier waarop de moeder omgaat met de armoedesituatie (copingsstijl) verband houdt met het opvoedingsgedrag. Moeders met meer actieve stijl van coping, zoals het actief aanpakken en het zoeken van sociale

---

27 Zie bijvoorbeeld P. Kok, 'Cultuur van de armoede, een rijkeluisidee', in: *Trouw*, 12 april 2006: "Zo'n overdraagbare, afwijkende, autochtone cultuur van de armoede is -zoals gezegd- in Nederland tot dusver niet aangetoond. Gedrag kan wel degelijk de oorzaak zijn van armoede, maar afwijkende gedragingen (zoals bijvoorbeeld drankmisbruik en niet goed met geld om kunnen gaan) hebben op zich niets met een afwijkende cultuur te maken.". Kok reageert hiermee op een interview met Andreas Kinneging waarin deze, in navolging van bijvoorbeeld Dalrymple en Putnam, aanvoert dat armoede (ook) met gedrag en (overgedragen) cultuur heeft te maken. Zie: 'Armoede, soms is gedrag de oorzaak' in: *Trouw*, 7 april 2006

28 F. Buckx, *Gezinsrapport 2011: een portret van het gezinsleven in Nederland*, SCP/Den Haag 2011

29 K. Durkin, *Developmental Social Psychology*. Blackwell Publication Malden 1998

30 G. Geenen, *Intergenerationele overdracht van gehechtheid bij Belgische moeders en kinderen die in extreme armoede leven: een meervoudige gevalsstudie*, KUL/Leuven 2007

31 I. Katz, e.a., *The relationship between parenting and poverty*, York/ Policy Research Bureau 2007

32 L. Vanhee, *Weerbaar en broos: mensen in armoede over ouderschap: een verkennende* kwalitatieve studie in psychologisch perspectief, KUL/Leuven 2007

33 C. Cyr e.a., 'Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses', in: *Development and Psychopathology*, 2010, nummer 22, p.87-108

steun, bleken een meer adequate opvoedingsstijl te hebben dan moeders die een meer passieve vorm van coping hadden (passiviteit, in beslag worden genomen door problemen).[34] Reelick pleit dan ook voor meer aandacht voor het psychologisch kapitaal (de veerkracht) van de bijstandsmoeders, om zo de opvoedingscontext te verbeteren.

2.3 Integrale, gefaseerde aanpak

2.3.1 Vroegsignalering

De veronderstelling is dat door risicofactoren bij kinderen vroeg te signaleren, ontwikkelingsproblemen van kinderen op latere leeftijd kunnen worden voorkomen. Vroege interventies zouden hierbij effectiever zijn dan interventies op latere leeftijd.

Hoewel 'vroegsignalering' volgens Hermanns e.a.[35] niet per definitie signalering op jonge leeftijd hoeft te betekenen, maar ook 'op tijd er bij zijn', zijn veel onderzoekers het er over eens dat interventies op jonge leeftijd effectiever zijn dan interventies op latere leeftijd. Ze blijken ook kosteneffectiever. Carneiro en Heckman[36] ontwikkelden een model waarin duidelijk wordt dat hoe vroegtijdiger in het leven wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van kinderen, hoe groter de opbrengst in termen van sociaal kapitaal. Aan de andere kant laten verschillende studies zien dat interventies op latere leeftijd met adolescenten die probleemgedrag vertonen of betrokken zijn in criminaliteit moeilijk zijn te realiseren en vaak beperkt succes hebben.[37] Eén van de redenen waarom vroeg ingrijpen zo effectief is, is dat een negatieve spiraal van psychosociale problematiek kan worden voorkomen die op latere leeftijd moeilijk is om te buigen[38] Daarnaast is de bescherming van kinderen natuurlijk belangrijk: niet alleen hebben kinderen er recht op dat mishandeling of verwaarlozing zo snel mogelijk stopt, maar hebben ook een verhoogde kans om later externaliserend en internaliserend probleemgedrag te ontwikkelen[39] (Draijer 1988, Widom 2001). Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) stelde in een onderzoek uit 2011 vast dat hulp aan arme gezinnen vaak te laat komt, en dat dit grote gevolgen heeft voor de ontwikkeling van kinderen.[40] Hulp komt volgens het ITJ pas op gang als de problemen

---

[34] N. F. Reelick, *Langdurige armoede en de opvoedingscontext*, SWA/Rotterdam 2010, p. 41

[35] J. Hermanns e.a., *Helpen bij opgroeien: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeiproblemen*, Inventgroep/Utrecht 2005, p.16

[36] P. Carneiro en j. Heckman, *Human capital policy*, NBER Working paper 9495, NBER/Cambridge 2003

[37] J. Hermanns e.a., *Helpen bij opgroeien: eerder, sneller en beter*, p. 17

[38] M. Shure, *Raising a thinking preteen: The I Can Problem Solve program for eight-to-twelve-year-olds*. New York: Owl/Holt 2001

[39] N. Draijer, *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten.* Den Haag/Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1988. Zie ook: C.S. Widom, *The Cycle of Violence,* Research in Brief, Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, October 1992, NCJ 136607 en C.S. Widom, *An update on the cycle of violence,* Research in Brief, Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, februari 2001, NCJ 184894, geraadpleegd op www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij (12-12-2013)

[40] ITJ, *Het kind van de rekening: hulp aan kinderen die leven in armoede*, ITJ/Utrecht 2011

acuut zijn, en deze is dan van korte duur en wordt vanuit verschillende organisaties aangeboden. Van coördinatie en één plan per gezin is vaak geen sprake. Daar komt bij dat de hulp aan volwassenen vaak is gescheiden van de kinderen, ook als duidelijk is dat de situatie van de ouders gevolgen heeft voor hun kinderen. Het ITJ pleit daarom voor afspraken op landelijk niveau om de hulpverlening op lokaal niveau te verbeteren. 'Kortdurende hulp wordt ingezet om acute problemen te verhelpen, maar het aanpakken van achterliggende oorzaken blijft liggen'. Dit wordt onder meer in de hand gewerkt doordat bij het begin van hulp niet op alle vlakken een probleemanalyse wordt gemaakt. Dit ligt volgens het ITJ aan de kortdurende indicatiestellingen in de zorg. Korte trajecten vanuit verschillende instanties wisselen elkaar af. Hierdoor krijgt de zorg een ad hoc-karakter en versnippert het aanbod. Het ITJ publiceerde in december 2013 een rapport waarin de aanpak van multiprobleemgezinnen in een aantal gemeenten werd geëvalueerd op basis van een nieuw ontwikkeld toetsingsinstrument.

2.3.2 Aanpak op verschillende leefgebieden

De veronderstelling is dat het creëren van stabiliteit in een gezin een aanpak op meerdere leefgebieden tegelijkertijd vraagt, omdat in probleemgezinnen per definitie sprake is van een samengaan of samenhangen van problemen van verschillende aard. De Sociale Teams richten zich daarbij op de leefgebieden 1 t/m 3 (werk, inkomen en schulden, opvoeding en ontwikkeling, de basis op orde).

Naast bovenstaande opvatting (integrale hulpverlening is hulpverlening op meer leefgebieden tegelijkertijd) worden er met 'integrale hulpverlening' in de literatuur soms ook andere zaken bedoeld. Ten eerste kan 'integraal' doelen op een door één regisseur gecoördineerde aanpak door verschillende hulpverleners in één gezin, waardoor er minder verkokering ontstaat en de hulpverlening slagvaardiger en effectiever wordt. Ten tweede kan het doelen op het kijken naar de problematiek van alle gezinsleden (het hele gezinssysteem), dan alleen naar de problemen van de ouder(s) of alleen naar de problemen van de kinderen. Deze 'systeemgerichtheid' van de aanpak van de Sociale Teams komt aan de orde in een latere paragraaf. Ten derde wordt in sommige gevallen met 'integraliteit' een fasegewijs proces van hulpverlening bedoeld, waarin eerst de (acute) praktische problemen worden aangepakt, om vervolgens naar opvoedings- en participatieproblemen te kijken.[41] Ook deze fasegewijze aanpak wordt in een latere paragraaf besproken. In deze paragraaf beperken we ons tot de eerste twee betekenissen van integraliteit: een gelijktijdige aanpak van problematiek in meerdere leefgebieden en een gecoördineerde aanpak van verschillende hulpverleners in het gezin.

[41] Zie Handboek Sociale Teams: "De integrale redenering achter de ontwikkelde methodiek is dat binnen achterstandsgezinnen een proces doorlopen moet worden dat bestaat uit drie fasen: het A-B-C-tje".

Om met het eerste te beginnen: Het ITJ noemt op basis van expertmeetings en regionale bijeenkomsten met professionals als eerste randvoorwaarde voor de interventie in multiprobleemgezinnen dat 'de problemen van het hele gezin worden aangepakt, niet alleen die van de ouders of de kinderen en (dat) de problemen in samenhang worden bekeken'.[42] Ook in de studie van het Verwey-Jonkerinstituut wordt de 'geïntegreerde aanpak' van het hele gezin en op alle probleemgebieden 'veelbelovend' genoemd: "Dat een dergelijk programma is gericht op in principe alle gezinsleden is vernieuwend ten opzichte van andere aanpakken op dit terrein, die veelal gericht zijn op of het probleemkind of de opvoeder. De hulp aan de multiprobleemgezinnen bestaat uit het doorbreken van de chaotische gezinssituatie, het verbeteren van de gezinstaken, het verbeteren van de kansen op de arbeidsmarkt en natuurlijk het verminderen van het probleemgedrag van de jeugdigen'.[43] Zoon en Leclerq verwijzen in hun overzicht van werkzame bestanddelen op hun beurt terug naar voornoemde studie, maar plaatsen de 'inzet op verschillende domeinen' in het bredere kader van de ketenaanpak.[44] Hoewel de zin van een integrale aanpak dus breed wordt gedeeld, is het daadwerkelijk aantonen van het effect door middel van wetenschappelijk onderzoek problematisch. Vooral kwantitatief onderzoek deelt de werkelijkheid vaak op in onderzoekbare elementen, terwijl de integrale aanpak juist uitgaat van in elkaar grijpende problematiek die in haar samenhang moet worden begrepen en benaderd. Het isoleren van werkzame bestanddelen en het uitsluiten van de werking van andere factoren lijkt in het onderzoeken van een integrale aanpak paradoxaal. Hoewel Amerikaans RCT-onderzoek naar wrap-around care[45] suggereert dat een integrale aanpak succesvol is, lijkt de inzet van integrale hulpverlening meer gebaseerd op *practice based evidence* dan dat het een *evidence based practice* is.

Het streven naar 'integrale hulpverlening' in de zin van een coördinatie van de verschillende hulpverleners in een gezin is de raison d'être van de Rotterdamse gezinsaanpak en andere 'Achter de voordeur'-aanpakken, en wordt vooral in beleidsdocumenten en kwalitatieve projectevaluaties breed ondersteund.[46] Gefragmenteerde hulpverlening en 'het langs elkaar heen werken' van verschillende instanties is een voor de jeugdzorg gevoelig punt dat telkens weer terugkeert als er zich

---

42 www.sozio.nl/integrale-aanpak-bij-multiprobleemgezinnen-werkt/1024625, 13 december 2013

43 M. Steketee en M. Vandenbroucke, *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam*, p. 24

44 Zoon en Leclerq, p. 5

45 Zie J. Colijn e.a., *Greep op wraparound care Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse Jeugdzorg* (Utrecht 2012), p. 41 e.v..

46 Zie bijvoorbeeld: Gemeente Rotterdam, *'Voor elk kind een gezond gezin'*, Rottertdam 2009, p. 9; E. Gerritsen, 'De aanpak van multiprobleemgezinnen in Amsterdam' in: *Management en Organisatie (M&O)* 2008, nummer 3/4 , p. 101; Gemeente 's-Hertogenbosch, Een huishouden van Jan Steen. Effecten van de aanpak van multiprobleemhuishoudens, Gemeente 's Hertogenbosch: O&S en Juvans

een gezinsdrama afspeelt met jeugdige slachtoffers; het 'Savanna-effect' [47] zorgde ervoor dat er gevoel van maatschappelijke urgentie ontstond om snel in probleemgezinnen in te kunnen grijpen en een einde te maken aan de ongeregisseerde stapeling van verschillende hulpverleningstrajecten in een probleemgezin. Hoewel er geen strikt wetenschappelijk bewijs is voor de stelling dat integraal werken in deze zin effectiever is dan niet-integraal werken, is het breed gedeelde 'common sense' vanuit de beroepspraktijk dat een door één regisseur gecoördineerde aanpak van de problematiek binnen een gezin een einde wordt gemaakt aan verkokering en het langs elkaar heen werken van verschillende hulpverleningsinstanties. In een reconstructie van de hulpverlening aan een aantal multiprobleemgezinnen door alle betrokken hulpverleners in Amsterdam kwam naar voren wat er allemaal mis kan gaan als er geen sprake is van een eenduidige casusregie: de betrokken professionals kwamen tot de conclusie dat door jarenlang langs elkaar heen werken zijzelf multiprobleemgezinnen hadden geschapen door de verschillende problemen van het gezin als losstaande problemen te zien die apart van elkaar door verschillende hulpverleners zouden kunnen worden opgelost.[48] Men was het erover eens dat een gebrekkige casusregie meer kan bijdragen aan de problematiek dan dat het oplost. Ook in een recent rapport van het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) wordt het belang van coördinatie en afstemming van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen benadrukt: vaak bestaat hulp aan gezinnen uit korte trajecten vanuit verschillende organisaties, die elkaar afwisselen. Daarnaast is de hulp aan volwassenen vaak gescheiden van die aan de kinderen.[49] De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) pleit in haar advies voor 'één generalistische hulpverlener die actief is in het gezin, die ook een brugfunctie heeft naar het sociale netwerk van het gezin en naar de daarin aanwezige beroepskrachten en professionals en de eventuele gespecialiseerde (tweedelijns) hulpverlening'.[50] Het is een uitgebreidere formulering van het al eerder geformuleerde, en breed ondersteunde adagium: 'één gezin, één plan, één regisseur'. Uiteraard moet een betere coördinatie van de verschillende hulpverleners ook leiden tot een meer gecoördineerde aanpak van de verschillende problemen of leefgebieden in het gezin. De regisseur zou een goed overzicht moeten hebben over alle problemen die in het gezin spelen, en de ondersteuning bij die verschillende problemen moeten coördineren.

---

47 RMO, *Ontzorgen en normaliseren*, p. 34. Het Savanna-effect verwijst naar het driejarige meisje dat in 2004 door mishandeling om het leven kwam in een gezin dat bekend was bij verschillende hulpverleningsinstanties.

48 Berg, D. van den, S. van der Goot en M. Jansen (april 2008). *Cirkel van onmacht. Mechanismen in hulpverlening.* Amsterdam: Gemeente Amsterdam.

49 Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ), *Het kind van de rekening. Hulp aan kinderen die leven in armoede*, ITJ/Utrecht 2008, p. 15

50 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*, RMO/Den Haag, april 2012, p. 44

2.3.3 Volgorde: een fasegewijze aanpak

Een gezond gezin moet fasegewijs verwezenlijkt worden. In fase 1 wordt stabilisatie van met name materiële en praktische elementen in gezin (geld, huisvesting, huishouden) nagestreefd. Daarna kan in fase 2 worden ingezet op ontwikkeling en bijvoorbeeld verbetering van de opvoeding. Tenslotte kan in fase 3 op basis van een stabiele omgeving en competentieontwikkeling maatschappelijke participatie worden bevorderd.

In de methodiek van Bureau Frontlijn en van de Sociale Teams[51] wordt er vanuit gegaan dat een fasegewijze aanpak van de problematiek beter werkt dan dat alle problemen gelijktijdig worden aangepakt. Achter dit uitgangspunt zitten verschillende redeneringen. Op de eerste plaats wordt verwezen naar de Piramide van Maslov; het uitgangspunt is dat er sprake is van een behoeftehiërarchie: een persoon kan pas groeien als fundamentele behoeften minimaal bevredigd zijn. De piramide wordt vertaald in het zogenoemde ABC-model: eerst moet het huishouden op orde zijn, dan kan er aandacht worden besteed aan de opvoeding, en dan pas kan aandacht besteed worden aan participatie (werk).[52] Dit gebruik van de piramide van Maslow is niet onomstreden: Van Yperen zegt juist dat de piramide in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen op zijn kop zou moeten worden gezet: "*De boodschap van een hulpverlener in een multiprobleemgezin moet volkomen duidelijk zijn: we gaan werken aan een goed huishouden, maar het gezond en veilig opgroeien van de kinderen heeft de hoogste prioriteit" (…) Als het om de kinderen gaat, mogen we de piramide van Maslow op de kop zetten"*.[53] Bovendien maakt de piramide deel uit van een onderzoek naar motivatie en persoonlijkheid op het niveau van het individu, en niet op het niveau van een gezinssysteem. Hoewel niet kan worden gezegd dat het ABC-model niet werkt, is de theoretische onderbouwing met behulp van de piramide van Maslow op zijn minst arbitrair. Uit de beschrijving van de Frontlijnmethodiek komt echter naar voren dat de behoeftenhiërarchie er vooral toe dient om aan te tonen dat het te snel inzetten op arbeidsparticipatie bij probleemgezinnen niet werkt: *"het (is) te kort door de bocht (...) om de focus bij achterstandsgroepen te sterk te leggen op het participeren op de arbeidsmarkt. (…) Binnen de methodiek (…) staat daarom centraal dat de overgang naar betaald werk pas gemaakt wordt wanneer enerzijds het huishouden op orde is en anderzijds risicofactoren in de opvoeding beperkt aanwezig zijn"*.[54] Hier wordt een

---

[51] Gemeente Rotterdam (september 2010). *Handboek Basiscoach*. Rotterdam: Bureau Frontlijn, p. 20 en 21

[52] Gemeente Rotterdam (september 2008). *Samenvatting 'Meegroeien van achterstandsgroepen'*. Rotterdam: Bureau Frontlijn p. 8: "*De integrale redenering achter de ontwikkelde methodiek is dat binnen achterstandsgezinnen een proces doorlopen moet worden dat bestaat uit drie fasen: het A-B-C-tje. Deze drie fasen zijn mede gestoeld op het gedachtegoed van Maslow* (1972)"

[53] Yperen, T. van (18 maart 2012). 'Maslow op zijn kop' in: *Jeugdkennis. Verdieping voor professionals*, www.jeugdkennis.nl/ jgk/Columns-Jeugdkennis/Maslow-op-zijn-kop (22 oktober 2013).

[54] Gemeente Rotterdam (september 2008). *Samenvatting 'Meegroeien van achterstandsgroepen'*. Rotterdam: Bureau Frontlijn, p.8

ervaringsgegeven uit de praktijk gekoppeld aan een wetenschappelijke, psychologische theorie over de motivatie bij het individu.

De fasegewijze aanpak wordt ook om andere redenen gepropageerd: als eerst acute, materiële problemen binnen het gezin worden opgelost, zal het gezin meer vertrouwen hebben en ook meer ontvankelijk zijn om hulp op andere gebieden (zoals de opvoeding van de kinderen) toe te laten. Dit punt komt voornamelijk in beleidsdocumenten terug, en wordt ook in interviews door basiscoaches en interventiespecialisten genoemd: snelle hulp bij materiële problemen is een goede 'binnenkomer' voor de aanpak van andere problemen.[55] In het overzicht 'Wat werkt voor multiprobleemgezinnen?' van het NJi wordt dit op basis van een literatuuroverzicht als een werkzame factor gepresenteerd: *"Zien dat de hulp praktisch effect heeft, draagt er in belangrijke mate aan bij dat de vertrouwensrelatie met de hulpverlener kan groeien en zorgt voor motivatie bij het gezin"*; er wordt daarbij verwezen naar Hermanns (2002), Rots-De Vries et al.(2011) en Van der Steege (2009).[56]

2.3.4 Het wegnemen van stressoren

In paragraaf 1.2.4 werd al het een en ander gezegd over de rol van (opvoedings)stress in de problematiek van multiprobleemgezinnen. Het wegnemen van stress, het vergroten van het zelfvertrouwen en empowerment van de ouders werden al aangehaald als in de literatuur genoemde bestanddelen voor een werkzame interventie in multiprobleemgezinnen. Het wegnemen van stressoren is echter meer dan alleen het 'brengen van rust'. Volgens de sociale leertheorie van Bandura beïnvloeden stressniveaus hoe een persoon zijn vaardigheden in een bepaalde situatie (*selfefficacy*) inschat. Bandura benadrukt echter dat de gevoeligheid voor stress niet onveranderlijk is: door te leren om stress te minimaliseren bij moeilijke of uitdagende taken, kunnen mensen hun selfefficacy verbeteren. Dit sluit aan bij de eerdere constatering dat het *wegnemen* van stress een uitermate belangrijk aspect is in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen; het *leren omgaan* met stressvolle situaties kan een bijdrage kan leveren aan het opbouwen van selfefficacy. En een versterking van de selfefficacy kan op zijn beurt leiden tot een grote leerbaarheid als het gaat om het aanleren van nieuwe vaardigheden.

---

[55] Zie bijvoorbeeld: Rots-de Vries, C., I. Kroesbergen en I. van de Goor (2009). *Bemoeizorg voor gezinnen. Handleiding voor interventie door de Jeugdgezondheidszorg.* Breda: GGD West Brabant, p. 16: 'Het oplossen van urgente, praktische zaken schept bovendien de noodzakelijke ruimte om te werken aan het vervolg'.

[56] Zie www.nji.nl/www.nji.nl/nl/Watwerkt_Multiprobleemgezinnen.pdf

2.4 De weg naar zelfredzaamheid

Naast probleemreductie is het stimuleren van zelfredzaamheid van het gezin een hoofddoelstelling in de interventietheorie. De werkzame bestanddelen in de weg naar zelfredzaamheid zijn volgens de interventietheorie vraaggerichtheid, motivering van de klant, competentiegericht leren en een systeemgerichte aanpak. Voor deze werkzame bestanddelen is in de literatuur nagegaan in hoeverre ze worden ondersteund door wetenschappelijk onderzoek of succesvolle praktijkervaringen.

2.5 Vraaggerichtheid en motivering

De veronderstelling is dat de kans op effectieve hulpverlening en betrokkenheid van de gezinsleden groter is wanneer zij inzicht hebben in de aard en achtergrond van hun problemen, wanneer zij de ruimte krijgen om de eigen problemen te benoemen en de regie te nemen bij de oplossing ervan.

De opvatting dat de hulpverlening in de jeugdzorg en opvoedingsondersteuning vraaggericht moet zijn, is vrijwel onomstreden. Volgens Van Yperen behoort 'een aanpak die past bij het probleem en aansluit bij de hulpvraag' tot de algemeen werkzame factoren in de uitvoering van interventies in de jeugdzorg.[57] Volgens de richtlijn Opvoedingsondersteuning voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de JGZ en het CJG is de eerste behoefte van ouders vooral gehoord te worden, en: *"hun vragen te kunnen voorleggen en hun zorgen te kunnen delen met een professional. Ze verwachten daarbij een professionele, luisterende houding in een gelijkwaardige samenwerking met heldere en eenduidige adviezen op maat, die ouders in hun rol positief bekrachtigen en niet tot problematisering, stigmatisering en registratie leiden. Ouders willen niet alleen informatie en advies krijgen, maar juist ook praktische en emotionele steun".*[58] Vraaggerichtheid keert ook vaak terug als werkzame factor in de 'Wat Werkt?-documenten van het Nederlands Jeugdinstituut (NJi).[59] Toch kon Metselaar in zijn evaluatie van het programma Gezin Centraal geen bewijs vinden voor de stelling dat de meer vraaggerichte aanpak van het programma tot betere resultaten leidde dan programma's die minder vraaggericht zijn.[60]

Wat vraaggerichtheid nu precies is, en hoe het zou moeten werken werd door Metselaar ten behoeve van zijn dissertatie door middel van een literatuurstudie onderzocht. De kernelementen van een vraaggerichte benadering zijn:

---

57 T. van Yperen e.a., *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. NJi/Utrecht, 2010

58 Richtlijn Opvoedingsondersteuning voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg en het Centrum voor Jeugd en Gezin, op www.nji.nl, 27 november 2013

59 Zie bijvoorbeeld M. de Baat en N. Foolen, C*risisinterventie in gezinnen: wat werkt*? (NJi/april 2012) en M. Zoon en T. Berg-le Clercq, *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* (NJi/oktober 2013)

60 J. Metselaar, *Vraaggerichte en gezinsgerichte Jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal*, Dissertatie RUG 2011, p.19

- de hulpvraag van de cliënt staat centraal;
- hulpverleners tonen een vraaggerichte houding, en
- cliënten mogen in hoge mate participeren.

Wat betreft het eerste punt, het uitgangspunt dat het centraal stellen van de hulpvraag van de klant effectief is, wordt in de literatuur breed ondersteund. Simeonsson vond dat aandacht voor de behoeften van de cliënt en de daaruit voortvloeiende doelen voor de hulpverlening, betere resultaten oplevert. Hij adviseerde dan ook om als effectiviteitsmeting de Goal Attainment Scaling (GAS-)methode te gebruiken te gebruiken om te waarborgen dat de doelen van de cliënt worden gehaald. In een Nederlands onderzoek naar een intensief gezinsinterventieprogramma wordt vastgesteld dat cliëntoriëntatie, opgebouwd uit vraaggerichtheid en empowerment, volgens zowel ouders als hulpverleners, de betrouwbaarste voorspeller is van de effectiviteit van de behandeling.

Wat betreft de vraaggerichte houding van de hulpverlener, toont veel onderzoek aan dat een respectvolle en empathische houding van de hulpverlener, gericht op het behalen van in samenspraak met de cliënt geformuleerde doelen, door gezinnen en hun kinderen hoog wordt gewaardeerd. Uit het literatuuronderzoek wordt echter niet duidelijk dat deze hoge waardering ook betekent dat de hulpverlening *effectiever* is bij een vraaggerichte houding. Volgens Van Yperen e.a ligt de schakel van vraaggerichtheid naar effectiviteit in de motivatie van de cliënt. Een vraaggerichte houding van de hulpverlener verhoogt de motivatie van de cliënt, en gemotiveerde cliënten behalen betere resultaten dan niet-gemotiveerde cliënten. Handelswijzen die de motivatie bevorderen lijken dan ook sterk op de basishouding die vraaggericht werken kenmerkt: de attitude van de hulpverlener, de rolverdeling tussen hulpverlener en cliënt en het streven naar consensus over probleemdefinitie en doelstelling van de hulpverlening.[61] Daarnaast wijst veel onderzoek op een sterk verband tussen de vraaggerichte houding van de hulpverlener, de inzet van de cliënt en de werkrelatie tussen beide. In de geestelijke gezondheidszorg wordt de therapeutische relatie als één van de belangrijkste factoren gezien die van invloed zijn op het welslagen van de behandeling[62]. Duncan en Miller stelden in 2000 voor de psychotherapie vast dat cliëntspecifieke factoren en de relatie tussen cliënt en therapeut voor 70% verantwoordelijk zijn voor verandering in de therapie.[63] Een goede relatie tussen cliënt en behandelaar en een empathische houding worden door het NJi dan ook

[61] T. van Yperen e.a., *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit Jeugdzorg*, NJi 2003

[62] J. Metselaar, *Vraaggerichte en gezinsgerichte Jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal*. Dissertatie RUG 2011, p.16

[63] Zie J. Hermanns, 'Professionaliteit in discussie' in: *Gezinsinterventies. Aan de slag met problematische opvoedingskwesties*, Amsterdam 2008, p. 11 en 12

genoemd als werkzame bestanddelen van een succesvolle interventie in een multiprobleemgezin.[64]

Als het gaat om participatie van de cliënt, blijkt deze volgens het literatuuronderzoek een positieve invloed te hebben op de uitkomst van de hulpverlening. Zo voorspelt samenwerking in de formulering van het behandelplan tussen ouders en hulpverleners een betere naleving van de behandeling. Het ervaren van weinig barrières voor participatie in de behandeling werkt als een protectieve factor.

2.5.1 Competentiegericht leren

Het uitgangspunt in de interventie is dat gezinsleden kennis verwerven en vaardigheden aanleren om zelf problemen te kunnen oplossen en een gezond gezin te creëren en te houden. Het verwerven van kennis en vaardigheden verloopt het meest succesvol verloopt door zelf te doen: leren door praktijkervaring.

Dit uitgangspunt is rechtstreeks afkomstig uit de Frontlijnmethodiek: “In het programma Praktijkbegeleiding (een onderwijsprogramma voor moeders met kinderen tot 4 jaar-red.) staat het ontwikkelen van capaciteiten van mensen centraal. De focus ligt op het verwerven van die kennis en vaardigheden om zelfstandig te kunnen functioneren in een complexe samenleving”. Voor de theoretische onderbouwing van deze veronderstelling wordt verwezen naar de theorie van de Russische psycholoog Vygotsky over de zone van naastliggende ontwikkeling: deze heeft betrekking op prestaties en activiteiten die de lerende nog niet zelfstandig kan uitvoeren, maar waarin hij/zij wel kan slagen met de nodige ondersteuning en interactie met een meer bekwame persoon. In de Frontlijnmethodiek wordt deze leertheorie vertaald naar gezinnen: “Het doel van het onderwijs in het programma is dan om gezinnen te begeleiden in het zelfstandig beheersen van gedragsvormen die zich, op een gegeven moment, in de zone van naaste ontwikkeling bevinden”. De theorie van Vygotsky heeft echter uitsluitend betrekking op de cognitieve ontwikkeling van kinderen in de peuter- en kleutertijd en niet van volwassenen of gezinssystemen; Vygotsky staat vooral bekend vanwege zijn nadruk op het belang van de sociale omgeving voor de ontwikkeling van het kind.[65] Het wil niet zeggen dat het ‘eerst samen dan zelf’-principe in de praktijk niet zou kunnen werken, maar de theoretische onderbouwing ervan met behulp van het model van Vygotsky is op zijn minst twijfelachtig.

---

[64] M. Zoon en T. Berg-Leclerq, *Wat werkt in multiprobleemgezinnen*, NJi, oktober 2013, p. 2 en 3

[65] R.S. Feldman, Ontwikkelingspsychologie, Amsterdam, 2005, p. 279

Het idee van de 'zone van de naastgelegen ontwikkeling', maar dan ook toegepast op het leerproces van volwassenen, komt wel terug in de ook vaak aangehaalde sociale leertheorie van Bandura. Bandura geeft in zijn theorie aan welke zaken cruciaal zijn in het leerproces van kinderen en volwassenen: (positieve) ervaring door zelf te doen, het zien slagen van anderen in een vergelijkbare situatie en (verbale) aanmoediging (positieve feedback). Of deze 'leermomenten' aanpikken is echter sterk afhankelijk van diens self-efficacy. Selfefficacy wordt in de Nederlandse vertaling vaak verward met zelfredzaamheid of zelfwerkzaamheid, terwijl 'efficacy' eigenlijk 'doeltreffendheid' betekent. Selfefficacy gaat over de eigen beoordeling van het individu of hij/zij zichzelf in staat (of competent) acht om een taak tot een goed einde te brengen: *"The basic idea behind the Self-Efficacy Theory is that performance and motivation are in part determined by how effective people believe they can be*".[66] Selfefficacy (laten we het hier vertalen als 'zelfdoeltreffendheid' is, naast zelfobservatie (self-observation), zelfevaluatie (self-evaluation) en zelfreactie (self-reaction), één van vier processen in de sociaalcognitieve theorie die volgens Bandura leiden tot doelrealisatie van het individu. Al deze vier processen zijn intergerelateerd, en hebben allen een effect op motivatie en het behalen van doelen. Volgens Bandura staat self-efficacy centraal, omdat het invloed heeft op de leervaardigheid, motivatie en prestaties: mensen zijn geneigd alleen die taken te verrichten waarin ze denken succesvol te kunnen zijn.

Naast de drie eerder genoemde elementen spelen psychologische reacties volgens Bandura ook een belangrijke rol in het leerproces. Stemmingen, emoties, lichamelijke reacties en, zoals gezegd in een voorgaande paragraaf, stress kunnen het leerproces beïnvloeden. Dat het aanleren van nieuwe vaardigheden een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van zelfredzaamheid, is als uitgangspunt onomstreden. De leertheorie van Bandura maakt echter duidelijk dat het wegnemen van stress en het leren omgaan met stressvolle situaties een belangrijke invloed hebben op de leerbaarheid als het gaat om vaardigheden. Dit wordt ondersteund door bevindingen in de beroepspraktijk. Volgens het NJi is een werkzame factor in de crisisinterventie bij gezinnen dat eerst basale problemen, zoals een dreigende huisuitzetting, moeten worden opgelost. Daarna leert de hulpverlener al doende hoe het gezin zijn eigen belangen kan behartigen.[67]

2.6 Systeemgerichtheid

De veronderstelling is dat de problemen van de afzonderlijke gezinsleden in het kader van het gezinssysteem benaderd moeten worden: de relaties tussen de gezinsleden onderling kunnen problematiek veroorzaken en bestendigen, en kunnen vervolgens het

[66] A. Bandura, 'Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change' in: *Psychological Review* 1977, Vol. 84, No. 2, 191-215

[67] M. de Baat en N. Foolen, *Crisisinterventie in gezinnen. Wat werkt?*, NJi/april 2012, p. 17

oplossen van problemen in de weg staan. De ondersteuning moet zich daarom mede richten op succesvolle interacties tussen gezinsleden.

Dat gezinsinterventies 'systeemgericht' of 'omgevingsgericht' moeten zijn, is sinds de jaren tachtig een vrijwel unaniem onderschreven uitgangspunt.[68] Systeemgericht werken is één van de pijlers van de werkwijze van de Centra voor Jeugd en Gezin.[69] In de opleiding voor sociaal-pedagogische hulpverlening (SPH) speelt het uitgangspunt een belangrijke rol.[70] Wat is 'systeemgericht werken' precies? De grenzen van het 'systeem' worden in de literatuur op verschillende manieren getrokken. Zo is volgens het model van Bronfenbrenner het gezin een microsysteem dat wordt omgeven wordt door ringen van andere betrokken partijen op meso- exo- en macroniveau; het sociale netwerk wordt door hem als onderdeel van het 'systeem' beschouwd. In de geestelijke gezondheidszorg wordt het 'gezinssysteem' –beperkter- opgevat als het geheel van het gezin en de betrokken gezinsleden. 'Systemisch' werken is in de Jeugdzorg en het gezinswerk een breed gedragen aanpak: het (dis)functioneren van een gezin of gezinslid moet worden geanalyseerd en behandeld in de context van de relaties tot de andere gezinsleden. Zoals in alle systeemtheorieën wordt ook het gezinssysteem opgevat als een samenstelling van elementen dat als geheel functioneert door de onderlinge afhankelijkheid van de verschillende elementen. Op zijn beurt vervult het systeem voor de betrokken elementen bepaalde functies.[71] Kort gezegd: het systeem wordt soms opgevat als het 'systeem' van de gezinsleden onderling, soms als het 'systeem' van het gezin en het sociale netwerk eromheen.

De methodiek van Frontlijn is vooral gestoeld op het laatste uitgangspunt: "Een belangrijk element van de ecologische benadering is de opvatting dat veranderingen niet alleen door professionele hulpverleners te bewerkstelligen zijn. Zeker zo belangrijk zijn (…) familieleden, buren, vrienden en leerkrachten'.[72] In het Handboek Sociale Teams wordt het gezinssysteem juist in de in de eerste, meer klassieke opvatting opgevoerd: 'We beschouwen het gezin als het systeem waarin het kind functioneert en dat systeem MOET op orde zijn. Dus: geweld stopt, het kind voelt zich veilig, er is een thuis met

---

68 J. van de Lans (red.), *Canon Zorg voor de Jeugd*, Amsterdam 2013

69 De grondslag van de werkwijze van het CJG betreft vraaggericht werken waarbij de eigen kracht van jeugdigen en gezinnen en hun sociale omgeving wordt versterkt. Omgevingsgericht werken, ook wel systeemgericht werken genoemd, en het actief betrekken van ouders en kinderen bij de hulpverlening zijn daarin belangrijke elementen. Bij meervoudige problematiek is het belangrijk dat de zorg integraal wordt aangeboden in het CJG via het principe 'één gezin één plan'. Eén organisatie coördineert hierbij de hulpverlening. Dit vraagt samenwerkingsgericht werken van professionals. Het belang van ouders en kinderen staat voorop, de belangen van de eigen organisatie zijn hieraan ondergeschikt (Jeugd en Gezin, 2010) . Geciteerd uit: M. Leeflang, *Professionals in het CJG: bruikbaarheid van prestatie-indicatoren* (UU/VWS 2011)

70 L. van Dam e.a., 'Inleiding in de methodiek SPH' in: *Methodiek sociaalpedagogische hulpverlening,* p. 28

71 *Het systeembegrip en de belangrijkste kenmerken van open systemen*

72 Tudjman, T., W. de Jong en E. Snel (december 2010). *Gezinsbegeleiding achter de voordeur. Een evaluatie volgens de methode Theory of Change*. Utrecht/ Rotterdam:Movisie/EUR, p. 31)

verzorging (…), de ouders zijn in de positie zelf te handelen en verantwoordelijkheid te kunnen nemen, het kind gaat naar school, de ouders hebben inkomen/werk de financiën moeten op orde zijn'.[73] Door het NJi wordt dit ook als een werkzame factor bij gezinsinterventies beschouwd: "Alle gezinsleden krijgen hulp. Het hele gezin moet betrokken zijn bij de veranderingen die plaatsvinden door de interventie. Bovendien helpt het om duidelijker te kunnen bepalen waar de oorzaken van het probleem liggen".

Aan de andere kant noemt het NJi aandacht voor de bredere sociale omgeving van de gezinnen ook als werkzame factor. Aan de ene kant betekent dit dat het gezin moet worden gestimuleerd om gebruik te maken van hulpbronnen in de directe omgeving, aan de andere kant dat 'er niet alleen aandacht moet zijn voor de risicofactoren in de gezinnen zelf, maar ook voor achterliggende oorzaken van ongelijkheid, marginalisering en intergenerationele problemen'.[74] Dit raakt weer aan de bredere opvatting van het systeem als het gezin dat deel uitmaakt van een informeel en professioneel netwerk, waaraan al eerder aan werd gerefereerd.). Het is een breed gedragen uitgangspunt dat multiprobleemgezinnen vaak een beperkt sociaal en professioneel netwerk hebben, en dat zij gebaat zijn bij het activeren of uitbreiden van dat netwerk.

2.7 Randvoorwaarden voor een effectieve interventie in multiprobleemgezinnen

Het effect van de interventie Sociale Teams wordt niet alleen bepaald door de kwaliteit van de interventie op het uitvoerend niveau, maar ook door de randvoorwaarden in de organisatie van de interventie. In deze paragraaf wordt ingegaan op wat in de literatuur naar voren komt met betrekking tot deze randvoorwaarden. Zoon e.a onderscheiden algemeen werkzame factoren die voor allerlei doelgroepen werkzaam zijn, en die specifiek voor multiprobleemgezinnen inzetbaar zijn. Werkzame factoren in de organisatie van de interventie zijn:

- een goede structurering van de interventie; heldere doelstelling, planning en fasering;
- uitvoering van de interventie zoals deze eerder is vastgelegd in een protocol of draaiboek;
- goede monitoring;
- supervisie en coaching;
- een draaglijke caseload;
- veiligheid voor de hulpverlener.

[73] Handboek Sociale Teams, p. 7

[74] M. Zoon en T. Berg-Leclerq, *Wat werkt in multiproblemgezinnen?*, NJi oktober 2013, p. 4

Wat betreft het hulpaanbod, is de hulp aan multiprobleemgezinnen werkzaam als deze *intensief en langdurig* is. Daarnaast dient de hulp *praktisch van aard* te zijn; eerder constateerden we dat als praktische problemen worden opgelost het vertrouwen in de hulpverlening groeit en hierdoor ook andere leefgebieden, zoals de opvoeding van de kinderen, kunnen worden besproken. Belangrijk is dat de hulp *in de leefomgeving* van het gezin wordt geboden, en dat de *bredere sociale omgeving* van het gezin bij de analyse en de aanpak van de problematiek moet worden betrokken. De hulpverlener moet proberen het sociale netwerk rond het gezin te activeren. Dit kan het best door te werken aan concrete doelen, waarover overeenstemming bestaat tussen gezin en hulpverlener. Daarnaast wordt een *goede samenwerking tussen alle betrokken instellingen* als werkzaam bestanddeel beschouwd. Een voorwaarde hiervoor is het *gezamenlijk opstellen van een probleemanalyse* en plan van aanpak.

Volgens een door de ITJ ontwikkelde toetsingskader moet verantwoorde zorg en ondersteuning aan 'gezinnen met geringe sociale redzaamheid'[75] voldoen aan drie randvoorwaarden:

- zo vroeg mogelijk zorg en ondersteuning bieden, waarbij het belangrijk is dat de toeleiding van deze gezinnen naar de juiste zorg en ondersteuning geregeld is;
- zo nodig zorg en ondersteuning langdurig inzetten, in wisselende aard en intensiteit;
- effectieve en efficiënte samenwerking realiseren tussen de instanties die bij een gezin betrokken zijn.

De randvoorwaarden zijn vervolgens uitgewerkt in een groot aantal toetsingscriteria en indicatoren, die kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van een interventie te toetsen. Veel van de criteria op casusniveau komen dichtbij de werkzame bestanddelen die eerder in deze paragraaf aan de orde kwamen: een snelle aanpak, het betrekken van het gezin in alle stappen van het hulpverleningsproces, het benutten van eigen kracht en netwerk van het gezin, een samenhangende en vasthoudende aanpak, één regisseur die alle relevante partijen coördineert, toereikendheid van informatie om een probleemanalyse te maken, doelen en aanpak te bepalen, en een flexibele aanpak die qua duur toereikend is, en die indien nodig een vervolg krijgt. Op beleidsniveau moet de

[75] Volgens het ITJ zijn dit 'gezinnen die zelf niet goed in staat om adequate hulp te organiseren voor de problemen waarmee ze worden geconfronteerd. Het gaat om een combinatie van problemen met een complex en hardnekkig karakter, zoals werkloosheid, schulden, (geestes)ziekte en/of verslaving en/of verstandelijke beperking, huisvesting- en opvoedproblemen en huiselijk geweld. Kinderen die in deze gezinnen opgroeien, lopen risico's ten aanzien van een gezonde en veilige ontwikkeling. Deze gezinnen kennen vaak een historie van hulpverleningstrajecten die niet tot het gewenste resultaat hebben geleid of zijn vastgelopen'. (www.jeugdinspecties.nl, 13 december 2013)

gemeente zicht hebben op de populatie multiprobleemgezinnen binnen haar grenzen en bereikt de aanpak alle gezinnen die deze nodig hebben. De aanpak stelt het gezin en zijn sociale netwerk centraal, is planmatig, samenhangend en vasthoudend, en is gekenmerkt door een gecoördineerde samenwerking van alle relevante partijen. Alle beschikbare informatie wordt door deze partijen gedeeld. Tenslotte dienen de netwerkpartners en de gemeente de resultaten te evalueren en op basis van deze evaluatie eventueel het beleid bij te stellen.[76]

2.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van wetenschappelijk onderzoek en *practice based evidence* nagegaan in hoeverre de interventietheorie van de Sociale Teams en de veronderstelde werkzame bestanddelen van de interventie zijn gebaseerd op wetenschappelijke bevindingen, dan wel succesvolle praktijkervaringen. Hierbij wordt uitgegaan van de werkzame bestanddelen van de interventie zoals weergegeven in het schema op pagina 101. In deze samenvatting komen puntsgewijs de belangrijkste bevindingen aan de orde.

De interventietheorie: probleemreductie en bouwen aan zelfredzaamheid

De in de interventietheorie centraal staande opvatting dat meervoudige problematiek in een gezin een risicofactor kan zijn voor de ontwikkeling van de kinderen in dat gezin, wordt in de literatuur breed ondersteund. Stapeling van problemen in een gezin, nog ongeacht de aard van de problemen, vergroot de kansen op ontwikkelings- en gedragsproblematiek bij kinderen. Het ontbreken van een ondersteunend netwerk versterkt de problematiek van dergelijke gezinnen vaak: ouders met een sociaal netwerk blijken vaak betere opvoeders dan ouders met een beperkt netwerk. Over de vraag hoe de problematiek de ontwikkelingskansen van het kind precies beïnvloedt, is meer discussie.

Er is een vrij grote consensus over het idee dat sociaaleconomische achterstand, in de meeste gevallen een onderdeel van de problematiek van multiprobleemgezinnen, een kind vaak ook op achterstand zet. Het onderwijsniveau speelt in deze overdracht een belangrijke rol, maar ook een achterstand in sociale participatie als gevolg van materiële tekorten. Ander onderzoek wijst meer op de sociaalpsychologische factoren in de overdracht: langdurige sociaaleconomische achterstand zorgt voor stress bij de ouder(s), waardoor deze een inadequate opvoedstijl gaan hanteren. Onveilige hechting van het kind zorgt hierdoor voor (gedrags)problematiek op latere leeftijd. Anderen wijzen er weer op dat laagopgeleide ouders een minder adequate opvoedstijl hanteren dan hoger opgeleide ouders: hier wordt de sociaaleconomische achterstand niet als bron gezien,

[76] Voor de indicatoren waarmee deze criteria worden gemeten zij verwezen naar www.toezichtggsr.nl/media/GGSR-Toetsingskader.pdf

maar het lage opleidingsniveau, dat op haar beurt voor een belangrijk deel de lage sociaaleconomische status verklaart. In hoeverre verschillende opvoedstijlen tussen lager- en hoger opgeleiden het gevolg zijn van een verschil in cultureel repertoire (andere opvattingen over opvoeding), het verschil in opleidingsniveau (minder vaardigheden in de opvoeding) of opvoedingstress (te weinig aandacht voor de opvoeding) is in discussie; het is ook niet uitgesloten dat verschillende verklaringen elkaar overlappen. In de literatuur bestaat grote consensus over het uitgangspunt dat risicofactoren in een gezin kunnen worden gecompenseerd door de aanwezigheid of de versterking van beschermende ('protectieve') factoren. Interventies die het zelfvertrouwen van de ouders bevorderen, hun competenties versterken, zelfzorg ondersteunen en netwerkopbouw en sociale redzaamheid bevorderen kunnen de risico's van kinderen in multiprobleemgezinnen daarom verkleinen.

Vroegsignalering

Veel onderzoekers zijn het er over eens dat interventies op jonge leeftijd voor kinderen meer effect hebben dan interventies op latere leeftijd. Het nut van vroegsignalering wordt dus breed ondersteund. Naast het belang van een zo tijdig mogelijke bescherming van het kind tegen verwaarlozing of mishandeling, kan ingrijpen op jonge leeftijd voorkomen dat een negatieve spiraal van psychosociale problematiek op latere leeftijd moeilijk is om te buigen. Vroegtijdig ingrijpen kan daarom ontwikkelingsproblemen bij kinderen voorkomen.

Integraliteit: aanpak op verschillende leefgebieden

De werkzaamheid van een integrale aanpak, in de zin van een interventie op verschillende leefgebieden tegelijkertijd, wordt in de hulpverleningspraktijk breed ondersteund. Het aantonen van de werkzaamheid met wetenschappelijk onderzoek is problematisch, omdat het isoleren van werkzame bestanddelen in een interventie die juist is gericht op verschillende terreinen en de samenhang daartussen, paradoxaal lijkt. Ook integraal werken in de zin van coördinatie van de hulp van verschillende hulpverleners binnen het gezin wordt vooral in de hulpverlening breed gedragen; het is natuurlijk ook één van de bestaansredenen van de Sociale Teams en de 'Achter de voordeur'-aanpakken in het algemeen. Het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur' staat centraal in veel interventies bij multiprobleemgezinnen, omdat het 'langs elkaar heen werken' van verschillende hulpverleners in één gezin vaak contraproductief kan werken, en zelfs tot crisissituaties kan leiden. Een betere stroomlijning van de hulpverlening in een gezin leidt automatisch tot een meer gecoördineerde aanpak op de verschillende leefgebieden; beide opvattingen van 'integraliteit' grijpen dus ook in elkaar.

Volgorde: een fasegewijze aanpak

Eén van de verondersteld werkzame bestanddelen in de interventie van de Sociale Teams is de fasegewijze aanpak (of 'ABC-aanpak'): eerst wordt het gezin gestabiliseerd, om vervolgens te kunnen inzetten op ontwikkeling en participatie. In de

Frontlijnmethodiek wordt deze aanpak aan de ene kant met een concreet uitgangspunt onderbouwd (de overgang naar betaald werk kan pas worden gemaakt wanneer een huishouden op orde is en risicofactoren in de opvoeding zijn beperkt), aan de andere kant met een wetenschappelijke theorie (de piramide van Maslov). Terwijl voor de eerste onderbouwing geen ondersteuning wordt gevonden in de literatuur, is de onderbouwing met behulp van de piramide van Maslov ronduit omstreden: diens theorie gaat over behoeften, motivatie en ontwikkeling op het niveau van het individu, en niet op het niveau van gezinssystemen. De gefaseerde aanpak wordt ook verdedigd met de breder gedeelde opvatting dat het gezin meer vertrouwen zal krijgen in de hulpverlening en ook hulp op andere leefgebieden zal toelaten, als eerst de acute materiële problematiek is opgelost. Er is consensus over het uitgangspunt dat als het gezin ziet dat de hulp praktisch effect heeft, de vertrouwensrelatie met de hulpverlener en de motivatie bij het gezin kan groeien. In die zin kan een fasegewijze aanpak zinvol zijn, maar kan de behoefte hierin verschillen per gezin.

Het wegnemen van stressoren

Het wegnemen van stress, het vergroten van het zelfvertrouwen en empowerment van de ouders worden in de literatuur genoemd als bestanddelen voor een werkzame interventie in multiprobleemgezinnen. Het wegnemen van stressoren is echter meer dan alleen het 'brengen van rust'. Volgens de sociale leertheorie van Bandura beïnvloeden stressniveaus hoe een persoon zijn vaardigheden in een bepaalde situatie (*selfefficacy*) inschat. Bandura benadrukt echter dat de gevoeligheid voor stress niet onveranderlijk is: door te leren om stress te minimaliseren bij moeilijke of uitdagende taken, kunnen mensen hun selfefficacy verbeteren. Het *wegnemen* van stress is een uitermate belangrijk aspect in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen; het *leren omgaan* met stressvolle situaties kan een bijdrage kan leveren aan het opbouwen van selfefficacy. De versterking van de selfefficacy kan op zijn beurt leiden tot een grotere leerbaarheid als het gaat om het aanleren van nieuwe vaardigheden.

Vraaggerichtheid

De opvatting dat hulpverlening, ook in de Jeugdzorg, vraaggericht moet zijn, is vrijwel onomstreden. Toch blijkt het moeilijk om wetenschappelijke onderbouwing van het positieve effect van vraaggerichtheid te krijgen, ondanks het feit dat een vraaggerichte houding van de hulpverlener blijkens onderzoek door ouders en kinderen hoog wordt gewaardeerd. Juist daar lijkt de schakel te liggen: een vraaggerichte houding van de hulpverlener verhoogt de motivatie van de cliënt, waardoor deze betere resultaten haalt. Hier komt het belang van de verhouding ('*alliance*') tussen hulpverlener en cliënt naar voren: met name in de GGZ wordt de relatie tussen hulpverlener en cliënt als één van de belangrijkste factoren in het al dan niet slagen van een behandeling gezien. Een goede werkrelatie tussen hulpverlener en gezin wordt dan ook door het NJi opgevoerd als een werkzaam bestanddeel bij de interventie in multiprobleemgezinnen.

Competentiegericht leren

Het uitgangspunt dat de interventie er op gericht moet zijn om ouders vaardigheden aan te leren zodat zij zelfstandig hun eigen problemen kunnen oplossen en een gezond gezin kunnen onderhouden lijkt boven iedere discussie te staan. Toch is de onderbouwing van dit werkzame bestanddeel in de methodiek zwak: in het handboek Sociale Teams wordt hiertoe de theorie van de zone van naaste ontwikkeling van de Russische psycholoog Vygotsky aangevoerd, maar deze heeft uitsluitend betrekking op de cognitieve ontwikkeling van peuters en kleuters. De sociale leertheorie van Bandura zou hiervoor wel aanknopingspunten kunnen bieden, maar deze wordt in de methodiek niet genoemd. Volgens Bandura zijn drie elementen in het leerproces van kind en volwassene cruciaal: positieve ervaring door zelf doen, het zien slagen van anderen in een vergelijkbare situatie en aanmoediging door positieve feedback. Of deze elementen aanslaan is echter sterk afhankelijk van de *selfefficacy* van de lerende: in hoeverre is deze zelf van oordeel dat hij succesvol zou kunnen zijn in het verrichten van de taak? In dit proces blijkt het wegnemen van stress een belangrijke factor: het leren omgaan met stressvolle situaties draagt bij aan de opbouw van selfefficacy, terwijl de opbouw van selfefficacy weer leidt tot een grotere leerbaarheid als het gaat om het aanleren van nieuwe vaardigheden. Het aanleren van vaardigheden speelt dus inderdaad een belangrijke rol in de ontwikkeling naar zelfredzaamheid; de sociale leertheorie van Bandura maakt echter duidelijk dat het wegnemen van stress en het leren omgaan met stressvolle situaties een belangrijke invloed hebben op de leerbaarheid van vaardigheden. Dit grijpt weer terug op het nut van een fasegewijze aanpak: eerst het wegnemen van stress door het regelen van acute crises en materiële problematiek, waarna de ouders meer open staan voor het aanleren van vaardigheden op weg naar zelfredzaamheid.

Systeemgerichtheid

De term ‘systeemgericht’ of ‘systemisch’ werken kan op twee manieren worden opgevat: het werken met het hele gezin, waarvan alle gezinsleden en de relatie met elkaar deel uitmaken van één systeem, of het gezin opvatten als het deel van een breder netwerk van familie, vrienden en buurtgenoten. In de interventietheorie van de Sociale Teams worden beide opvattingen als uitgangspunt genomen. Eerder kwam het belang van een sociaal netwerk in de opvoeding van kinderen al aan de orde. Volgens het NJI is aandacht voor de bredere sociale omgeving van het gezin een werkzame factor: het gezin moet worden gestimuleerd om gebruik te maken van hulpbronnen in de directe omgeving. Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor achterliggende oorzaken van de problematiek in het gezin als gevolg van het netwerk. Over het algemeen is het een breed gedragen uitgangspunt dat multiprobleemgezinnen gebaat zijn bij het activeren of uitbreiden van hun vaak beperkte netwerk: dit heeft ook een positieve uitwerking op hun opvoedingsstijl.

Randvoorwaarden voor een effectieve interventie

Tot slot van het hoofdstuk werd ingegaan op de organisationele randvoorwaarden die volgens de literatuur bijdragen aan een effectieve interventie in multiprobleemgezinnen. Werkzame factoren in de organisatie van de interventie hebben vooral betrekking op een een goede structurering van de interventie volgens een vooraf opgesteld draaiboek, goede monitoring, supervisie en coaching, een draaglijke caseload en veilige werkomstandigheden voor de hulpverlener. Daarnaast wordt een goede samenwerking tussen alle betrokken instellingen als werkzaam bestanddeel beschouwd.

Volgens een door de ITJ ontwikkelde toetsingskader moet verantwoorde zorg en ondersteuning aan ‘gezinnen met geringe sociale redzaamheid’ zo vroeg mogelijk plaatsvinden, zo nodig de zorg langdurig inzetten en moet er een effectieve samenwerking zijn tussen de organisaties die bij het gezin zijn betrokken.
Op beleidsniveau moet de gemeente zicht hebben op de populatie multiprobleemgezinnen en bereikt de aanpak alle gezinnen die deze nodig hebben. De aanpak stelt het gezin en zijn sociale netwerk centraal, is planmatig, samenhangend en vasthoudend, en is gekenmerkt door een gecoördineerde samenwerking van alle relevante partijen. Alle beschikbare informatie wordt door deze partijen gedeeld. Tenslotte dienen de netwerkpartners en de gemeente de resultaten te evalueren en op basis van deze evaluatie eventueel het beleid bij te stellen



3 Resultaten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we op basis van een analyse van het registratiesysteem van de Sociale Teams (MensCentraal) en de enquêtes die we onder de deelnemers hebben gehouden, welke resultaten de Sociale Teams hebben geboekt met de aangemelde gezinnen. Daarnaast vermelden we op basis van de resultaten van een korte internetenquête de mate waarin de ketenpartners tevreden zijn over het Sociaal Team.

Eerst wordt aandacht besteed aan de gehele groep klanten die is aangemeld bij het Sociaal Team Daarbij splitsen we onder andere uit naar type gezinnen/hoofd huishouden, aanmelder, aanmeldperiode, teams, specialisten en coaches, en trajectkenmerken (duur traject e.d.). Zodoende krijgen we een eerste antwoord op de vraag of de methodiek van ST werkt, voor welke groepen en onder welke condities. Door op twee momenten – na aanmelding en zes maanden later - de situatie van de gezinnen in detail in beeld te brengen en te vergelijken op de verschillende leefgebieden waarop het Sociaal Team zich richt, krijgen we in paragraaf 3.3 een nauwkeurig beeld van de veranderingen die zich bij de gezinnen hebben voorgedaan. Dit vormt, samen met de andere onderzoeksresultaten, een belangrijk indicatie van de effectiviteit van de interventie. In paragraaf 3.4 volgen de resultaten van het tevredenheidsonderzoek dat onder de ketenpartners van het Sociaal Team is gehouden. Tenslotte worden de bevindingen in paragraaf 3.5 samengevat.

3.2 Totale groep aangemelde gezinnen

In de tussenrapportage werd al aangegeven dat MensCentraal, het door de Sociale Teams gebruikte registratiesysteem, de nodige betrouwbaarheids- en validiteitsproblemen kent. Uit de andere onderzoeksonderdelen (casusonderzoek en enquête) is gebleken dat deze problemen zich helaas nog altijd voordoen. Dit is het gevolg van het feit dat de coaches en specialisten niet altijd de registraties goed hebben bijgehouden en verschillende interpretaties/definities hanteren bij het afnemen van dezelfde vragen/ onderdelen. Zodoende is de nodige voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de uitkomsten van de analyse van dit bestand.

3.2.1 Kenmerken aangemelde gezinnen

In de periode van 1 oktober 2010 tot 1 september 2013 is 1442 maal een aanmelddatum bij de Sociale Teams geregistreerd. Daarbij gaat het om 1303 unieke gezinnen (MensCentraal, peildatum 26 november 2013). De totale groep aangemelde gezinnen

bestond voor 72% uit eenoudergezinnen. Ter vergelijking: het stedelijke aandeel ligt op 32%. Van de aangemelde huishoudens heeft 84% maximaal drie kinderen; het gemiddeld aantal kinderen bedraagt 2,3. Bij ruim de helft van de gezinnen is het jongste kind 5 jaar of jonger en gemiddeld bedraagt de leeftijd van het jongste kind 6 jaar.

Uit het jaarverslag 2012 van het Sociaal Team blijkt dat bij 88% van de huishoudens die in 2012 is aangemeld of in begeleiding was bij het Sociaal Team ten minste één van de ouders buiten Nederland is geboren. Stedelijk bedroeg dit percentage 60%. Met name de groep Antillianen en niet-westerse huishoudens bleek oververtegenwoordigd. Tenslotte werd in het jaarverslag geconstateerd dat 64% van de groep die in 2012 werd aangemeld of in begeleiding was bij het Sociaal Team een WWB uitkering had, terwijl stedelijk dit percentage 16 bedroeg. Wanneer we even teruggrijpen op het literatuuronderzoek zien we dat we op sociaal-economisch gebied duidelijk met kwetsbare huishoudens van doen hebben. Dit is weliswaar niet de enige factor in het gezin die van invloed is op de ontwikkelingskansen van de daarin opgroeiende kinderen, maar wel een belangrijke.

3.2.2 Resultaten aangemelde gezinnen

Van de totale groep aangemelde gezinnen (1303) is 57% niet in begeleiding genomen. Belangrijkste genoemde redenen hiervoor zijn het feit dat het gezin niet tot de doelgroep behoort en daarbij aansluitend dat de gezinsproblematiek in de praktijk te licht of juist te zwaar is voor het Sociaal Team

Tabel 3.1 Resultaten aanmeldingen Sociale Teams[77]

	n	%
Begeleiding	558	43
Geen Begeleiding	745	57
Totaal	**1303**	**100**

In bijlage 1 is een overzicht te vinden van de kenmerken van de groep aangemelde gezinnen die wel en die niet zijn begeleid door de Sociale Teams. Het blijkt dat het Sociaal Team Feijenoord opvallend weinig aangemelde gezinnen in begeleiding heeft genomen. Wanneer we naar de drie belangrijkste aanmelders kijken, dan is het hoogste begeleidingspercentage afkomstig van LZN/LTHG, gevolgd door CJG. Onder de door DOSA aangemelde gezinnen zien we het laagste begeleidingspercentage. Wanneer we kijken naar het jaar van aanmelding dan lijkt het erop dat het begeleidingspercentage in 2012 wel wat is toegenomen ten opzichte van de jaren daarvoor. De periode is nog te kort om uitspraken te doen over de resultaten van de aanmeldingen in 2013. De

tweeoudergezinnen zijn procentueel iets vaker in begeleiding genomen dan de eenoudergezinnen. Tenslotte is de gemiddelde leeftijd van het jongste kind onder de gezinnen die niet zijn begeleid wat hoger (6,8 jaar) dan onder de door het Sociaal Team begeleide gezinnen (6,2 jaar).

Helaas ontbreekt vaak de beëindigingsdatum van de begeleiding Hierdoor is geen analyse mogelijk van de relatie tussen het behaalde resultaat en de duur van het traject. Van de trajecten die succesvol werden beëindigd[78] is van 75% bekend wat de duur van de interventie was[79]. Gemiddeld duurden succesvolle trajecten ruim tien maanden (10,25). Bij 29% van de succesvolle trajecten bedroeg de interventieduur maximaal zes maanden, in 67% maximaal twaalf maanden en in 33% dus langer dan 12 maanden. Daarmee zien we dat de standaard begeleidingsduur, dus zonder verlenging(en) van zes maanden in 71% van de gevallen tekort zou zijn.

3.2.3 Resultaten gezinnen in begeleiding

In het registratiesysteem van het Sociaal Team kon de begeleider zelf aangeven of het traject naar zijn of haar mening succesvol was afgerond. Belangrijke criteria hiervoor zijn dat er voldoende begeleidingsdoelen zijn gehaald, het huishouden redelijk op orde is en het gezin in staat is om op eigen kracht aan de overgebleven aandachtspunten te werken. Onder de groep gezinnen die in begeleiding is gegaan lag het succespercentage volgens deze registratie op 53%. Belangrijkste reden voor een onsuccesvol resultaat is volgens MensCentraal onvoldoende medewerking van het gezin. Dat laatste blijkt vooral uit het feit dat ze niet meer kunnen worden bereikt. Overige redenen die worden vermeld zijn verhuizing en het feit dat het gezin nog niet geheel zelfstandig is. Zeker bij deze laatste reden kan toch mogelijk sprake zijn van een positief effect, bijvoorbeeld als het gaat om probleemreductie.

---

77 We hebben deze tabel gebaseerd op de reden voor beëindiging traject. We hebben andere gegevens m.b.t. trajectstatus buiten beschouwing gelaten omdat die onvoldoende betrouwbaar en onderling tegenstrijdig bleken.

78 In geval een gezin meerdere malen een traject heeft gevolgd bij de Sociale Teams, is het laatste traject gekozen voor nadere analyse.

79 Dat wil zeggen het aantal maanden tussen de datum van intake en de einddatum van de begeleiding.

Tabel 3.2 Resultaten begeleide gezinnen Sociale Teams[80]

	N	%
Niet geslaagd	227	41
Lopend	34	6
Geslaagd	297	53
Totaal	**558**	**100**

In bijlage 2 zijn de resultaten van de begeleide gezinnen uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken. Hieruit blijkt dat het Sociaal Team Feijenoord ook hier ondergemiddeld scoort: van de door hen begeleide gezinnen sloot 43% het traject met succes af. We zien ook significante verschillen in succespercentages tussen basiscoaches (41%-81%) en tussen interventiespecialisten (44%-67%). De verschillen tussen de basiscoaches zijn ook binnen de teams Feijenoord en Delfshaven significant. Oftewel, verschillen in resultaten tussen de coaches kunnen niet (volledig) worden verkaard door verschillen in de teams waarvan men deel uit maakt.

3.3 Enquête onder de begeleide gezinnen

Door twee metingen te doen onder de door de Sociale Teams begeleide gezinnen die in 2012 zijn aangemeld– binnen drie maanden na aanvang begeleiding (nulmeting) en zes maanden later, zijn de veranderingen in de problematiek en zelfredzaamheid in beeld gebracht. Dit vormt een belangrijke indicatie voor de effectiviteit van de interventie ST[81]. In bijlage 1 is een uitgebreide responsanalyse te vinden. Op algemene kenmerken is de responsgroep representatief voor de gehele groep ST deelnemers. Wel blijken deelnemers die volgens de eigen registratie van het Sociaal Team hun traject met succes hebben beëindigd, enigszins te zijn oververtegenwoordigd in de responsgroep. Dit betekent dat de onderzoeksresultaten mogelijk een wat te rooskleurig beeld geven van de werkelijke effectiviteit van het Sociaal Team.

Een gevolg van (vertragingen in) de aanmeldprocedure door het Sociaal Team en problemen die de interviewers ervoeren bij het benaderen van de gezinnen, is dat de eerste meting vaak pas enkele maanden na de intake van het Sociaal Team plaatsvond. Hierdoor gaat het hier niet altijd om een zuivere nulmeting. Zeker de korte termijn

[80] We hebben deze tabel gebaseerd op de reden voor beëindiging traject. We hebben andere gegevens m.b.t. trajectstatus buiten beschouwing gelaten omdat die onvoldoende betrouwbaar en onderling tegenstrijdig bleken.

[81] Bij het bepalen van de statistische significantie is gekozen voor zogenaamde gepaarde, non-parametrische toetsen zoals related samples Cochran's Q test, related samples McNemar test en Wilcoxon Signed Ranks test. Deze toetsen zijn geschikt voor ons type onderzoek. Dat wil zeggen een herhaalde meting bij een klein aantal respondenten waarbij (meestal) geen sprake is van een normaalverdeling van de scores op de variabelen. Vanwege de kleine aantallen hanteren we een significantieniveau van 0.10.

effecten van de begeleiding door het Sociaal Team, zoals het oplossen van crisissituaties, het inventariseren van de hulp en ondersteuning die een klant krijgt en het informeren van de klant over hulpverleningsmogelijkheden, worden hierdoor mogelijk onderschat.

We presenteren nu achtereenvolgens de resultaten per onderdeel van de leefgebieden waarop het Sociaal Team zich richt. Daarbij geven we, waar mogelijk, aan in hoeverre de resultaten van de onderzoeksgroep overeenkomen of verschillen met die van de Rotterdamse minima. We gebruiken daarvoor het koopkrachtonderzoek dat door Moors en Libregts is gehouden onder een panel van Rotterdamse huishoudens die in 2012 van een inkomen tot 120% van het sociaal minimum moesten rondkomen. Onze vragenlijst is deels gebaseerd op de vragenlijst uit dit onderzoek. Daardoor is vergelijking van resultaten mogelijk. Echter, het panel van Moors en Libregts is anders van samenstelling dan onze onderzoeksgroep. Zo bevat het panel niet alleen gezinnen, maar bijvoorbeeld ook alleenstaanden en ouderen. Waar mogelijk wordt de vergelijking gemaakt met de groep gezinnen in het panelonderzoek: dit geeft een globale indicatie van de maatschappelijke situatie van de onderzoeksgroep. Vervolgens behandelen we de tevredenheid van de respondenten met het Sociaal Team, hun zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften. De verschillen die we telkens aangeven tussen de eerste en tweede meting vormen een indicatie voor de effectiviteit van de begeleiding door het Sociaal Team op het betreffende gebied.

3.3.1 Inkomen

De meeste gezinnen in de onderzoeksgroep leven van een bijstandsuitkering; het aantal nam zelfs iets toe tussen beide metingen. Het aantal respondenten dat inkomsten uit arbeid heeft, bleef in die periode onveranderd. De veranderingen zijn verder ook gering. Nadere analyse wijst uit dat 23 gezinnen bij zowel de eerste als de twee meting leefden van een bijstandsuitkering. Oftewel, 89% van de klanten met een bijstandsuitkering had na de interventie van het Sociaal Team deze uitkering nog steeds. Hierop lijkt het Sociaal Team dus weinig invloed gehad te hebben. Vijf gezinnen hebben in plaats van een uitkering bij de tweede meting inkomsten uit arbeid en zes gezinnen die eerst nog inkomsten uit arbeid hadden, leefden na de interventie van een bijstandsuitkering. Een groep van acht gezinnen had zowel bij de eerste als tweede meting inkomsten uit betaalde arbeid. De groep anders bestaat uit twee gezinnen die alleen studiefinanciering of in het geheel geen inkomsten hadden. Omdat een gezin meerdere inkomenbronnen kan hebben en dus meerdere antwoorden kan geven, tellen de totalen in de onderstaande tabel niet op tot een totaal aantal van 43 en niet tot 100%.

Tabel 3.3 Inkomensbronnen (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Bijstand	26	60	30	70
Werk	13	30	13	30
Werkloosheidsuitkering	2	5	0	0
Arbeidsongeschiktheidsuitkering	2	5	2	5
Anders	2	5	2	5

Het gemiddelde totale maandinkomen van de onderzochte huishoudens nam tussen beide metingen toe. Van de groep klanten die bij beide metingen hun netto inkomen hebben vermeld bedroeg het gemiddelde netto maandinkomen bij de eerste meting 969 euro en bij de tweede meting 1122 euro netto per maand[82]. Verder blijkt dat 35% van de respondenten er qua inkomen op achteruit is gegaan, 9% heeft een ongewijzigd inkomen en 56% ging er op vooruit. De meeste gezinnen (54-61%) hebben een inkomen van tussen de 1000 en 1500 euro. Vijf gezinnen hebben een zeer laag inkomen van 500 euro of minder. Vier gezinnen weten niet hoeveel hun netto maandinkomen bedraagt.

Tabel 3.4 Totale netto maandinkomen in euro's, deelnemers beide metingen

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Tot 500	5	13	1	3
500 tot 1000	9	23	8	21
1000 tot 1500	22	56	26	67
1500 tot 2000	3	8	2	5
2000 en meer	0	0	2	5
Totaal	**39**	**100**	**39**	**100**

Van 4 gezinnen ontbreekt het gegeven op (een van) beide metingen

Uitgaande van een armoedegrens voor gezinnen van een besteedbaar inkomen van maximaal 1200 euro per maand exclusief gebonden overdrachten zoals huursubsidie/huurtoeslag voor een eenoudergezin (SCP, CBS, bijstandsnorm 2013) heeft

[82] Verschil is statistisch significant (Wilcoxon Signed Ranks Test, p=0.011).

bij de eerste meting 94% en bij de tweede meting 80% van de onderzochte eenoudergezinnen een inkomen dat onder de armoedegrens valt[83].

3.3.2 Schulden en rondkomen

De slechte financiële situatie van de onderzochte gezinnen komt tevens tot uitdrukking in het feit dat 86% van de onderzochte huishoudens aangeeft moeilijk of niet rond te kunnen komen. Bij de tweede meting is dat percentage gedaald naar 69%.
Het aantal respondenten dat laat weten niet rond te kunnen komen is gedaald van 18 naar 8, en het aantal respondenten dat aangeeft precies rond te kunnen komen steeg van 5 naar 12. Dit is een duidelijke aanwijzing dat de interventie van de Sociale Teams tot gevolg heeft dat klanten positiever oordelen over hun financiële situatie[84].

Tabel 3.5 Beleving financiële situatie huishouden, deelnemers beide metingen

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Ik kom gemakkelijk rond	1	2	1	2
Ik kom precies rond	5	12	12	29
Ik kom moeilijk rond	18	43	21	50
Ik kom niet rond	18	43	8	19
Totaal	**42**	**100**	**42**	**100**

Van 1 gezin ontbreekt het gegeven op (een van) beide metingen

Van de onderzochte gezinnen had 93% bij de eerste en 91% bij de tweede meting schulden. Ter indicatie in het koopkrachtonderzoek van Moors en Libregts bleek dat 43% van de minimahuishoudens kampte met een schuld in de vorm van lening(en), betalingsachterstand(en) of kredietaankopen. Onder gezinnen lag dit percentage hoger, namelijk 66%.

[83] Het gaat hier om de groep respondenten die in beide metingen hun netto-inkomen hebben vermeld (n=29).
[84] Het verschil tussen beide metingen is statistisch significant (Wilcoxon Signed Ranks Test: p=0.011).

Tabel 3.6 Schulden

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Nee	3	7	4	9
Ja	40	93	39	91
Totaal	**43**	**100**	**43**	**100**

Van de respondenten hebben er 36 in beide metingen hun schuldbedrag vermeld. Gemiddeld bedroeg hun totale restschuld (het bedrag dat nog moet worden betaald aan de schuldeisers) bij de eerste meting 21.884 euro en bij de tweede meting was dit bedrag iets gedaald naar 18.792 euro. Wederom gebruiken we het onderzoek van Moors en Libregts om enige inschatting te maken van de omvang van het schuldenprobleem. Zij kwamen op een gemiddelde restschuld van ruim 5 duizend euro van alle panelleden en zo'n 5,5 duizend euro voor de gezinnen. Kortom, zelfs vergeleken met deze groep minima is de financiële situatie van onze onderzoeksgroep opvallend slecht. Nadere analyse wijst uit dat bij 39% van de gezinnen die in beide metingen de betreffende vragen hebben beantwoord (n= 36) de hoogte van de restschuld is afgenomen, bij 17% bleef het schuldbedrag onveranderd en bij 44% nam deze toe.

In totaal ontvangt 67% van de gezinnen met schulden die bij beide metingen deze vraag hebben beantwoord (33 gezinnen) hulp van een instantie of familie/ vrienden e.d. Dit percentage is bij de tweede meting vrijwel gelijk (61%). Opvallend is dat, ondanks de financiële problemen, maar 43% van deze gezinnen krijgt van de kredietbank. Bij de tweede meting is dit percentage nauwelijks veranderd (50%). Naast begeleiding door de KBR gaat het meestal om hulp van het Sociaal Team (ongeveer de helft van de gezinnen). Soms worden ook maatschappelijk werk en vrienden en familie genoemd. Ruim driekwart van de gezinnen is bij de eerste meting tevreden met de hulp die ze krijgt bij de schulden; slechts 14% is ontevreden. Bij de tweede meting is niet gevraagd naar de tevredenheid. Van de gezinnen met schulden geeft 64% aan in de eerste meting aan problemen te hebben met de aflossing. Bij de tweede meting is dit percentage ongewijzigd[85]. Ongeveer de helft van de gezinnen met schulden zou (meer) hulp willen bij het oplossen van de schuldproblemen.

De financiële situatie heeft duidelijk gevolgen voor de kinderen. Zo geeft 68% bij de eerste en 71% bij de tweede meting[86] aan te weinig geld te hebben om hun kinderen te

[85] Gezinnen die bij beide metingen deze vraag hebben beantwoord (n=33).
[86] Gezinnen die bij beide metingen deze vraag hebben beantwoord (n=42).

geven wat ze nodig hebben. We zien enige verbetering in de situatie bij de tweede meting als het gaat om voldoende geld te hebben voor voeding, kleding en speelgoed voor de kinderen. Op het gebied van participatie zien we weinig verandering.

Tabel 3.7 Voor welke zaken heeft u te weinig geld? (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Voeding / levensmiddelen	9	21	6	14
Kleding	24	57	18	43
Speelgoed	11	26	7	17
Lidmaatschappen (sport-) clubs	14	33	13	31
Anders (o.a. uitjes, vakantie, fiets, meubilair)	11	26	19	45

Van 1 gezin ontbreken dit gegeven op (een van) beide metingen, n=42.

3.3.3 Gebruik van inkomensondersteunende voorzieningen

Tijdens beide metingen werd in kaart gebracht in welke mate de gezinnen gebruik maken van inkomensondersteunende voorzieningen van rijk en/of gemeente. Het gebruik van de bijzondere bijstand bleek tussen de twee metingen te zijn toegenomen van 7% naar 21% van de gezinnen. De Rotterdampas kan onder andere worden gebruikt om met korting of gratis met de kinderen allerlei activiteiten te ondernemen en voor lidmaatschappen van de kinderen (sportclubs, bibliotheek etc.). Hoewel de pas voor kinderen van ouders met een minimuminkomen gratis is en de ouders zelf slechts 5 euro hiervoor betalen, heeft maar 47% van de respondenten deze pas. Bij de tweede meting is dit percentage zelfs iets gedaald naar 44%. Sommige respondenten wezen tijdens het invullen van de enquête op het feit dat ondanks de korting je toch nog geld aan de activiteiten kwijt bent. Bij de kwijtschelding van gemeentelijke belastingen, zoals kwijtschelding afvalstoffen-heffing, is van belang te vermelden dat klanten die soms niet krijgen omdat ze een schuld hebben bij de gemeentelijke Belastingdienst. Wellicht dat daarom maar 44% van de gezinnen bij de eerste en 56% van de gezinnen bij de tweede meting kwijtschelding van afvalstoffenheffing heeft gekregen. Bij de kwijtschelding voor heffingen van het waterschap bedragen deze percentages respectievelijk 37 en 51%.

Tabel 3.8 Gebruikmaking regelingen en tegemoetkomingen (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting	2e meting
	%	%
Bijzondere Bijstand	**7**	**21**
Huurtoeslag	**63**	**56**
Zorgtoeslag	**77**	**81**
Toelage kinderen 4 tot 18 jaar	**35**	**42**
Rotterdampas	**47**	**44**
Kwijtschelding afvalstoffenheffing (gemeente)	**44**	**56**
Kwijtschelding heffingen van het waterschap	**37**	**51**

Bijna de helft van de respondenten (47%) geeft in de eerste meting aan hulp van het Sociaal Team te krijgen bij het aanvragen van tegemoetkomingen en regelingen. Hieruit blijkt dat de eerste meting niet helemaal een zuivere nulmeting is omdat er dus al enige hulp vanuit het Sociaal Team heeft plaatsgevonden. Daarbij is het overigens ook mogelijk dat een deel van de respondenten met hun antwoord heeft willen aangeven dat ze verwachten geholpen te *gaan* worden door het Sociaal Team omdat dit in het eerste gesprek met de basiscoach en interventiespecialist zo bij hen is overgekomen.
Het aantal gezinnen dat hulp krijgt bij het aanvragen van regelingen en tegemoetkomingen steeg tussen beide metingen van 24 naar 30. Verder zien we tussen de eerste en tweede meting weinig verandering in de geboden hulp per instelling. Alleen het aantal gezinnen dat door het Sociaal Team is geholpen, steeg duidelijk, namelijk van 20 naar 26 gezinnen, respectievelijk 47 en 60% van de responsgroep.

Tabel 3.9 Hulp bij aanvragen regelingen en tegemoetkomingen (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Vraagwijzer	2	2
Familie, vrienden, kennissen	9	9
Maatschappelijk werker	14	16
Klantmanager SoZaWe	2	0
Sociaal Team	47	60
Sociaal Raadslieden	9	5
Anders (gezinscoach, CJG, jongerencoach, Belastingdienst)	5	7

Een ruime meerderheid van de geholpen respondenten (91%) is tevreden met de hulp die ze krijgt. Slechts één respondent is duidelijk ontevreden. Door de kleine aantallen

heeft het weinig zin om de tevredenheid nader uit te splitsen naar de betrokken instanties. Een kleine 35% van de gezinnen zou (extra) hulp willen bij het aanvragen van tegemoetkomingen en regelingen. Bijna de helft van de respondenten wenst extra hulp in de toekomst. Deze vragen zijn niet in de tweede meting opgenomen, zodat niet kan worden vastgesteld in hoeverre de meningen hierover zijn veranderd.

3.3.4 Werk

Bijna een derde van de respondenten (30%) had ten tijde van de eerste meting een betaalde baan. In 80% van de gevallen betrof het een tijdelijke baan. Van de werkenden had 18% een fulltime en 36% een parttime aanstelling. De rest had wisselende werktijden. Bij dit laatste kan het onder meer gaan om werk als oproep- of uitzendkracht of in een nulurencontract. Kortom, we zien dat de werkende respondenten bij aanvang van hun traject een kwetsbare positie innemen op de arbeidsmarkt.
Na de interventie van het Sociaal Team bleek de arbeidssituatie van de meeste gezinnen onveranderd. Het percentage gezinnen met een betaalde baan bleef gelijk.

Ruim een vijfde van de respondenten nam bij de eerste meting deel aan een re-integratietraject, of gaf aan binnen afzienbare tijd aan een traject te beginnen. Opvallend genoeg blijkt dit aandeel bij de tweede meting te zijn gedaald naar 13%. Ruim de helft van de groep die geen re-integratietraject volgde bij de eerste meting zou dat wel willen. Genoemde redenen daarvoor zijn onder andere dat men de taal wil leren middels het contact met anderen of ander werk zou willen en daarvoor een opleiding wil volgen (bijvoorbeeld horeca in plaats van schoonmaken). Ook hier is het percentage respondenten dat zou willen deelnemen aan een re-integratietraject is gedaald, namelijk van 54% naar 37% van de gezinnen die deze vraag beantwoord heeft. Redenen om geen re-integratietraject te willen volgen zijn onder andere dat men geen vertrouwen heeft, soms op basis van eerdere ervaringen, dat dit een baan oplevert. Andere redenen zijn dat men eerst wil werken aan andere problemen zoals schulden, zich (nog) niet in staat voelt om te werken, eerst voor de kind(eren) wil zorgen of tevreden is met de huidige baan.

Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan actief op zoek te zijn naar (ander) werk. Daarbij blijkt van de werkenden 64% en van de niet-werkenden 45% op zoek naar betaald werk. Bij de tweede meting is het percentage werkzoekenden gedaald naar 33%. Onder de groep werkenden gaf bij de tweede meting 46% aan actief op zoek te zijn naar werk en onder de niet werkenden 29%. In de navolgende tabel staan de redenen die worden aangevoerd om niet te zoeken naar (ander) betaald werk, en de bijbehorende percentages.

Tabel 3.10 Waarom niet op zoek naar (ander) betaald werk? (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Ik voel mij door mijn gezondheid niet in staat om te werken	7	16	5	12
Ik ben tevreden met mijn huidige werk	2	5	5	12
Ik kan betaald werken niet combineren met de zorg voor mijn kind(eren)	4	9	3	7
Ik vind mezelf te oud om te werken	0	0	1	2
Ik weet niet hoe ik werk moet zoeken	2	5	0	0
Ik maak toch geen kans op een betaalde baan	0	0	3	7
Anders	12	28	17	40

Een derde van de werkzoekenden wordt ten tijde van de eerste meting geholpen bij het zoeken naar betaald werk door instanties als UWV en SoZaWe of door mensen uit het persoonlijk netwerk (familie, vrienden en kennissen). Geen enkele werkzoekende geeft aan door het Sociaal Team geholpen te zijn bij het zoeken naar (ander) werk. We zien hierin geen verandering bij de tweede meting.
Het blijkt dat 57% van de respondenten tevreden en 14% ontevreden is met de hulp die zij heeft gekregen. Van de respondenten die op zoek zijn naar werk zou 67% (extra) hulp hierbij willen krijgen. Omdat deze vragen niet in de tweede meting zijn meegenomen is geen vergelijking mogelijk.

3.3.5 Opleiding

Het opleidingsniveau van de respondenten is laag. Zo'n 39% heeft ten hoogste de lagere school afgemaakt. Dit percentage is vergelijkbaar met wat Moors en Libregts vonden onder de Rotterdamse minima[87]. Ter vergelijking[88]: in Rotterdam heeft ongeveer 30% van de bevolking als hoogst voltooide opleiding op HBO of Universitair niveau en 37% heeft geen startkwalificatie[89]. Door een andere indeling van opleidingsniveaus is het niet mogelijk exact vast te stellen welk deel van onze onderzoeksgroep geen startkwalificatie heeft, maar we schatten tussen de 49 en 79%. Geen van de respondenten heeft een opleiding op HBO of universitair niveau.

87 Ruim een derde van het door hen onderzochte panel had geen enkele afgeronde opleiding, of maximaal lagere school.
88 Bron: Omnibusenquêtes 2010-2013, 16- t/m 85-jarigen (gemeente Rotterdam, OBI).
89 Een startkwalificatie is een diploma op het niveau havo/vwo-, mbo-niveau 2 of hoger.

Tabel 3.11 Hoogste afgeronde opleiding

	n	%
Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)	10	23
Lager onderwijs (basisschool/speciaal basisonderwijs)	7	16
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	6	14
Middelbaar voortgezet of beroepsonderwijs	13	30
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	3	7
Hoger beroepsonderwijs (HBO) / Wetenschappelijk onderwijs (WO)		
Anders	4	9

De onderwijsparticipatie is duidelijk afgenomen ten opzichte van de eerste meting, de motivatie om een opleiding te beginnen is vrijwel onveranderd gebleven. Ten tijde van de eerste meting volgen elf respondenten een opleiding. Bij de tweede meting is dat aantal gedaald naar vijf. Nader beschouwd blijken drie respondenten bij de eerste meting geen en bij de tweede meting wel een opleiding te volgen. Andersom, zijn er negen respondenten die bij de eerste meting nog wel een opleiding volgen maar waar daar bij de tweede meting geen sprake meer van is.

Bij de eerste meting gaven 23 respondenten aan een opleiding te *willen* volgen. Bij de tweede meting zijn dat er 24. Nader beschouwd blijkt dat zes respondenten die bij de eerste meting aangeven wel een opleiding te willen volgen, bij de tweede meting dit niet langer te wensen. Voor een gelijk aantal respondenten geldt het omgekeerde.
Ongeveer 9% van de respondenten geeft aan niet goed Nederlands te kunnen spreken, 16% kan het niet goed lezen en 23% heeft moeite met schrijven. Echter, wanneer we een wat bredere maat nemen voor taalbeheersing dan blijkt dat 30% van de respondenten aangeeft de Nederlandse taal ten hoogste redelijk te kunnen spreken, qua lezen ligt dit percentage op 40% en qua schrijven op 49% van de respondenten. Dit geeft aan dat een aanzienlijk deel van de respondenten problemen heeft met de Nederlandse taal. Omdat uit de tussenmeting (Hekelaar e.a. 2011) bleek dat het Sociaal Team hier weinig aandacht aan besteedt, is de taalvaardigheid in de tweede meting niet in de vragenlijst opgenomen.

3.3.6 Sociale netwerken en participatie

Hoewel maar weinig respondenten volledig sociaal geïsoleerd leven, is het sociaal netwerk van de respondenten zwak te noemen. De sociale participatie van de gezinnen is laag, ook in vergelijking met andere minima. We zien hierin geen verbetering tussen de eerste en tweede meting. Vijf respondenten (12%) hebben ten tijde van de eerste meting vrijwel nooit contact met familie en vier respondenten hebben vrijwel nooit contact met

vrienden en kennissen. Eén respondent heeft zowel met familie als met vrienden en kennissen vrijwel nooit contact. De rest heeft regelmatig (minimaal maandelijks) contact met familie en/of vrienden/kennissen plaats. Onder de minima in het onderzoek van Moors en Libregts zijn procentueel wat minder mensen te vinden die respectievelijk nooit contact hebben met familie en nooit contact hebben met vrienden en kennissen.
Van de respondenten blijkt 63% tevreden met zijn of haar sociale contacten en 12% is ontevreden. Hiermee blijken de respondenten gemiddeld wat minder tevreden met hun sociale contacten dan in het koopkrachtonderzoek van Moors en Libregts. Overigens geven sommige respondenten aan weinig contact te hebben met anderen maar dat ook niet te willen. Sommigen vermelden daarbij teleurgesteld te zijn in mensen en dat anderen niet te vertrouwen zijn. Echtscheiding wordt meerdere malen genoemd als oorzaak van het verlies van sociale contacten.

Tabel 3.12 Tevredenheid contacten eerste meting

	n	%
Tevreden	27	63
Niet tevreden/niet ontevreden	8	19
Ontevreden	5	12
Antwoord ontbreekt	3	7
Totaal	**43**	**100**

Alleen in de tweede meting is gevraagd naar het soort steun dat men krijgt uit de omgeving. Het blijkt dat vooral emotionele steun en hulp bij vervoer wordt geboden. Andere praktische steun, zoals informatie en het ‘samen leuke dingen doen’ vindt zelden of nooit plaats. Tenslotte zijn er zes respondenten die aangeven nog steun bij andere zaken te krijgen. Het gaat dan voornamelijk om steun van de ex-man, zoals het leveren van een financiële bijdrage (voor de kinderen), en het helpen bij de zorg voor en opvang van de kinderen.

Tabel 3.13 Steun vanuit de omgeving (meerdere antwoorden mogelijk) (Rijpercentages, N=43)

Gebeurt het wel eens dat men:	Vaak	Af en toe	Zelden / nooit	Ontbreekt
a. indien nodig uw kinderen opvangt	7	21	73	
b. u helpt bij het invullen van formulieren	9	25	66	
c. met u meegaat naar instellingen of organisaties	2	11	86	
d. u een goed gevoel geeft, als u zich slecht voelt	16	52	23	9
e. u helpt bij praktische zaken (boodschappen,klussen e.d.)	5	11	82	2
f. u informatie geeft over waar u iets kunt krijgen	2	18	77	2
g. samen met u leuke dingen doet (bijv. winkelen, uitgaan)	7	25	68	
h. u ergens heen brengt	23	73	5	
i. u spulletjes of geld leent of geeft	9	27	61	2
j. met u over uw problemen praat	18	55	25	2

Twaalf respondenten maakten ten tijde van de eerste meting gebruik van opvang voor één of meer van hun kinderen. Bij de tweede meting is dat aantal gedaald naar tien. Meestal gaat het om opvang door familie, gevolgd door kinderdagverblijf en BSO. Hiernaast is er nog een groep ouders, zo blijkt uit de gesprekken, waarvan zo nu en dan (dus niet structureel), de kinderen door familie of vrienden worden opgevangen als dat onverhoopt noodzakelijk is. Dit komt ook tot uitdrukking in het feit dat 21% van de respondenten af en toe gebruik maakt van hun omgeving om de kinderen op te vangen (zie bovenstaande tabel).

Tabel 3.14 Soort opvang voor kinderen (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting		2e meting	
	N	**%**	**n**	**%**
Opvang door familie	6	14	5	12
Opvang door gastouder in gastgezin	1	2	0	0
Kinderdagverblijf	3	7	4	9
Peuterspeelzaal	1	2	0	0
Buitenschoolse opvang (BSO)	2	5	4	9

Bijna de helft van de respondenten (47%) geeft aan dat er niet voldoende mensen in zijn of haar omgeving zijn om hem of haar, als dat nodig is, advies, hulp of ondersteuning te bieden. Mensen uit het eigen netwerk hebben vaak ook weinig (financiële) middelen om te helpen en sommigen geven ook aan liever professionele hulp te hebben dan

ondersteuning van mensen die ze goed kennen. Het kan ook zijn dat vrienden en familie in andere stad of land wonen, waardoor zij weinig praktische hulp kunnen bieden. Sommigen vinden het ook lastig persoonlijke problemen te delen met anderen of schamen zich voor hun situatie.

Tabel 3.15 Oordeel ondersteuning vanuit omgeving

	1e meting		2e meting	
	N	%	n	%
Nee	20	47	22	51
Ja	20	47	15	35
Ik weet het niet	3	7	6	14
Totaal	**43**	**100**	**43**	**100**

Er is tussen beide metingen sprake van een afname van het aantal respondenten dat aangeeft voldoende mensen in de omgeving te hebben die hen ondersteuning kunnen bieden. Het is duidelijk dat de interventie van de Sociale Teams geen positief effect heeft op de steun die men denkt te kunnen krijgen uit het persoonlijk sociaal netwerk.

Het blijkt dat maar weinig respondenten lid zijn van een club of vereniging, of vrijwilligerswerk en/of mantelzorgactiviteiten verrichten. Ook in vergelijking met het onderzoek van Moors en Libregts is de participatiegraad laag. Zo was onder hun onderzoeksgroep 18% lid van een club of vereniging, terwijl in onze respondentengroep dit percentage slechts 10 tot 12% bedraagt. Ook het percentage respondenten dat vrijwilligerswerk doet is met 6 tot 8% opvallend laag. Onder de onderzoeksgroep van Libregts en Moors was 17% actief in vrijwilligerswerk en verrichte 9% mantelzorgactiviteiten. Ook hier scoort onze onderzoeksgroep duidelijk lager, met 2 tot 5% van de respondenten dat mantelzorgactiviteiten verricht. Kinderen participeren wat meer als het gaat om lidmaatschap van clubs en verenigingen dan hun ouders, maar ook onder deze groep is de participatiegraad laag als we naar deze indicatoren van sociale participatie kijken. Er is weinig verandering zichtbaar tussen de eerste en tweede meting. Er zijn wat meer respondenten in vrijwilligerswerk actief geworden, echter het gemiddelde aantal uren dat hieraan besteed wordt is gedaald van 14 naar 10.

Tabel 3.16 Participatie

	1e meting		2e meting	
	N	%	n	%
Kinderen lid club / vereniging	14	33	13	30
Vrijwilligerswerk	6	14	8	19
Lid club / vereniging	5	12	4	9
Mantelzorg	1	2	2	5

3.3.7 Opvoeding

De meeste respondenten voeden hun kind(eren) alleen op. Een groot deel van hen ervaart de opvoeding als een probleem. Er is tussen beide metingen een duidelijke afname van het percentage respondenten dat opvoedingsproblemen ervaart; het percentage gezinnen dat hulp krijgt bij de opvoeding is bij de tweede meting gestegen ten opzichte van de eerste. Het valt niet te zeggen in hoeverre het Sociaal Team hierin een rol heeft gespeeld. Wel geven relatief weinig respondenten aan door het Sociaal Team te zijn geholpen bij het opvoeden van de kinderen.

Tabel 3.17 Opvoeding

	1e meting		2e meting	
	N	%	n	%
Opvoeding alleen (zonder partner)	32	74	33	77
Problemen bij opvoeden kinderen	17	40	12	28
Hulp bij opvoeden kinderen	17	40	20	48

Nader beschouwd blijkt dat de grootste groep respondenten de opvoedingsproblemen in gelijke mate ervaren bij de eerste en tweede meting. Daarnaast zijn er respondenten bij wie de opvoedingsproblemen in de eigen beleving zijn toegenomen en respondenten waarbij de ervaren problemen zijn afgenomen. Die laatste groep is duidelijk groter dan de eerste.

Tabel 3.18 Verandering opvoedingsproblemen, tweede meting vergeleken met eerste meting

Opvoedingsproblemen …	N	%
Toegenomen	4	9
Hetzelfde gebleven	27	63
Afgenomen	10	23
Antwoord ontbreekt	2	5
Totaal	**43**	**100**

Er zijn in totaal achttien gezinnen die bij de eerste meting en zeventien gezinnen die bij de tweede meting aangeven bij de opvoeding van de kinderen geholpen te worden door een instelling of familie/vrienden. Nader beschouwd blijken elf gezinnen bij de tweede meting hulp te krijgen, terwijl daar bij de eerste meting nog geen sprake van was. Bij tien gezinnen die bij de eerste meting aangeven hulp krijgen bij de opvoeding, blijkt daarvan bij de tweede meting geen sprake meer.

Ten tijde van de eerste meting werden drie gezinnen bij de opvoeding ondersteund door het Sociaal Team. Bij de tweede meting bleek dit aantal weliswaar verdubbeld, maar met een aantal van zes gezinnen is dat nog altijd opvallend laag. Ook zijn er maar weinig gezinnen door het Sociaal Team in combinatie met een gezinscoach begeleid. Het is natuurlijk wel mogelijk dat het Sociaal Team een rol heeft gespeeld in het toeleiden van gezinnen naar de benodigde opvoedingsondersteuning. Dat is op basis van dit cijfermateriaal niet aan te tonen.

Tabel 3.19 Hulp bij opvoeding (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Familie, vrienden, kennissen	2	5	4	9
Maatschappelijk Werk	1	2	3	7
Sociale Team	3	7	6	14
GGZ-instelling	0	0	2	5
Bureau Jeugdzorg	4	9	0	0
Jeugdzorginstelling (Flexus Jeugdplein e.d.)	1	2	1	2
Psycholoog of psychotherapeut	0	0	4	9
Centrum voor Jeugd en Gezin	2	5	6	14
Gezinscoach	3	7	4	9
Anders (o.a. St. Mee, Speciaal Onderwijs, BSO, vrijw.organisaties, internetsites)	5	12	8	19

3.3.8 Gezinsfunctioneren

Een apart onderdeel in de enquête is de vragenlijst gezinsfunctioneren. De ‘Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders’ (VGFO) heeft als doel problemen van multi-probleemgezinnen, gezien vanuit de ouder, in kaart te brengen. De VGFO heeft 28 vragen die vijf aspecten van het gezinsfunctioneren meten: basiszorg, jeugdbeleving, opvoeding, partnerrelatie en sociale contacten. Ook kan een totaalscore worden

berekend voor het gezinsfunctioneren[90].Hoewel het aspect jeugdbeleving een belangrijke relatie heeft met het functioneren van de opvoeder, hebben we deze schaal met bijbehorende vragen niet in de enquête opgenomen. De reden is dat het Sociaal Team niet op dit aspect intervenieert. Verder bleek de respons op de items die betrekking hebben op de partnerrelatie te laag om hiervan een schaal te kunnen maken. De reden is het grote aandeel eenoudergezinnen in de onderzoeksgroep. Tenslotte was de interne consistentie van de schaal basiszorg te laag[91] om als zodanig gebruikt te kunnen worden. Wanneer we naar de afzonderlijke vragen kijken waaruit deze schaal is opgebouwd blijkt dat de respondenten bij de tweede meting gemiddeld duidelijk positiever antwoorden op de vraag of ze goed met geld om kunnen gaan dan bij de eerste meting[92].

Tabel 3.20 Gemiddelde schaalscores VGFO *)

	Meting 1	Meting 2
Opvoeding	3,5	3,4
Sociale contacten	2,4	2,1

*) 1=laag/negatief, 4=hoog/positief

Het blijkt dat de gezinnen gemiddeld redelijk positief oordelen over de manier waarop zij hun kinderen opvoeden. Over de sociale contacten van het gezin oordeelt men wat negatiever en het oordeel is bij de tweede meting significant lager dan bij de eerste meting[93].

Binnen de schaal van sociale contacten blijkt dat respondenten vooral weinig contact hebben met buurtbewoners en slechts in geringe mate een beroep kunnen doen op hun buren. Opvallend genoeg blijken respondenten bij de tweede meting gemiddeld minder contact te hebben en beroep te kunnen doen op familie en vrienden.

3.3.9 Huisvesting

Vrijwel alle respondenten beschikken over een eigen huur- of koopwoning. Slechts één respondent woont in bij familie of vrienden. Respondenten konden aangeven in hoeverre

[90] Veerman, J.W. (2012), Handleiding VGFO. Nijmegen/Utrecht Practikon. http://www.praktikon.nl/media/11778/vgfo_def_7-5-2012.pdf

[91] De Cronbachs alpha van de Basiszorgschaal bedroeg 0.51. Veelal wordt een Cronbach's alpha van minimaal 0.70 in de sociale wetenschappen, en ook in dit onderzoek, als acceptabel beschouwd.

[92] Gemiddelde score stijgt van 2,53 naar 3,00. Paired t-test, t=-2,54,p<0.05.

[93] Paired t-test, t=2,37, p<0.10, Wilcoxon Signed Ranks test, P<0.10.

ze tevreden waren met verschillende aspecten van de woonsituatie. De antwoorden staan weergegeven in de navolgende tabel.

Tabel 3.21 Tevredenheid woonsituatie, percentages

Tevreden met:	1e meting		2e meting	
	tevreden	ontevreden	tevreden	ontevreden
a. de kosten van de woning (hoogte huur, energie, e.d.)	35	49	28	44
b. de grootte van de woning (aantal en grootte kamers e.d.)	51	42	47	36
c. het onderhoud van de woning	42	49	51	30

Bijna de helft van de respondenten is ontevreden over de kosten van de woning en eenzelfde percentage over het onderhoud van de woning. De grootste verbeteringen zien we in de tevredenheid met het onderhoud van de woning. Bij de kosten van de woning blijkt er zowel een toename in het percentage respondenten dat tevreden als dat ontevreden is. De groep respondenten die hiermee noch tevreden noch ontevreden was, is afgenomen.

Het aantal respondenten met betalingsachterstanden van huur en/of energierekening is duidelijk afgenomen; ook het risico op huisuitzetting en afsluiting van de energie is bij de tweede meting duidelijk lager dan bij de eerste.

Tabel 3.22 Betalingsachterstanden woning

	1e meting		2e meting	
	N	%	n	%
Betalingsachterstand huur	17	40	10	23
Risico huisuitzetting	7	16	2	5
Betalingsachterstand energie	14	33	4	9
Risico afsluiting energie	4	9	1	2

Bij de eerste meting was 44% van de respondenten op zoek naar een andere woning. Bij de tweede meting is dit percentage licht gestegen naar 51%. De meesten zoeken via internet en via de woonkrant naar andere woonruimte.

3.3.10 Gezondheid

Ruim een kwart van de respondenten beoordeelt de eigen gezondheid als slecht tot zeer slecht. Dit komt ongeveer overeen met de cijfers die Moors en Libregts vonden onder de groep Rotterdamse minima. Bij de tweede meting is dit percentage gedaald van 26 naar 19%, terwijl de groep die de eigen gezondheid goed tot zeer goed beoordeelt, is toegenomen van 30 naar 38%. Bij de nadere analyse blijkt met name de groep die bij de eerste meting de eigen gezondheid als slecht tot zeer slecht beoordeelde hun oordeel bij de tweede meting in positieve zin te hebben bijgesteld.

Tabel 3.23 Oordeel eigen gezondheidstoestand

	1e meting		2e meting	
	N	%	n	%
Goed	13	30	16	37
Redelijk	18	42	18	42
Slecht	11	26	8	19
Ontbreekt	1	2	1	2
Totaal	**43**	**100**	**43**	**100**

Iets meer dan de helft van de respondenten kampt volgens eigen opgave met fysieke problemen. Dit percentage is vrijwel onveranderd gebleven. Bij de eerste meting gaf 35% van de respondenten aan psychische problemen zoals angsten of depressies te ervaren. Bij de tweede meting blijkt dit percentage gestegen naar 47%.

Tabel 3.24 Soort gezondheidsproblemen (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting		2e meting	
	N	%	n	%
Lichamelijk	23	53	21	49
Psychisch	15	35	20	47

De meeste respondenten zijn onder behandeling van een specialist en/of huisarts. Het percentage respondenten dat onder behandeling is van een psycholoog en huisarts is duidelijk gestegen. Er zijn slechts twee respondenten die met gezondheidsklachten kampen, waarvoor ze niet onder behandeling zijn.

Tabel 3.25 Onder behandeling voor gezondheidsproblemen

	1e meting		2e meting	
	n	%	n	%
Psycholoog	2	5	9	21
Psychiater	0	0	2	5
Huisarts	7	16	15	35
Specialist	14	33	14	33

Kortom, de gezondheidsbeleving blijkt dus niet eenvoudig de optelsom van de gezondheidsproblemen die men benoemt. Een toename van het aantal benoemde gezondheidsproblemen in de responsgroep gaat immers gepaard met een toename van een positiever oordeel over de eigen gezondheidssituatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het feit dat men beter weet wat er aan de hand is m.b.t. de ervaren gezondheidsklachten en weet dat hieraan gewerkt wordt een positieve invloed hebben op de gezondheidsbeleving.

De respondenten beoordelen de gezondheid van de kinderen aanmerkelijk positiever dan die van hen zelf. Er is tussen beide metingen weinig verandering in het percentage respondenten dat de gezondheid van het oudste kind als redelijk tot goed beoordeelt. Daarbinnen zien we wel een duidelijke stijging in het percentage respondenten dat de gezondheidstoestand van het oudste kind als goed beoordeelt. In de navolgende tabel worden respectievelijk de gezondheidstoestand van het oudste en het een na oudste kind vermeld.

Tabel 3.26 Oordeel gezondheidstoestand oudste kind(eren)

	Oudste kind				Op één na oudste kind			
	1e meting		2e meting		1e meting		2e meting	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Goed	34	79	38	88	18	42	16	37
Redelijk	7	16	2	5	5	12	6	14
Slecht	1	2	2	5	0	0	1	2
Ontbreekt	1	2	1	2	20	47	20	47
Totaal	**43**	**100**	**43**	**100**	**43**	**100**	**43**	**100**

Tenslotte geven zowel bij de eerste als bij de tweede meting op twee na alle respondenten aan dat hun gezinsleden staan ingeschreven bij de huisarts. Bij de eerste meting vermeldden veertien respondenten dat niet alle gezinsleden staan ingeschreven bij de tandarts. Bij de tweede meting is dat aantal gedaald naar elf. Tenslotte geven twee respondenten bij de eerste meting en vier bij de tweede meting aan dat niet alle gezinsleden ingeschreven staan bij een zorgverzekeraar.

3.3.11 Sociaal Team

Bij de tweede meting is gevraagd op welke terreinen het gezin is ondersteund door het Sociaal Team. We zien dat het accent bij de hulpverlening van het Sociaal Team duidelijk ligt bij het op orde brengen van de financiën en administratie. De andere leefgebieden krijgen veel minder aandacht. Maar weinig respondenten hebben volgens eigen zeggen hulp gehad ten aanzien van het huishouden, werk en scholing, sociale contacten, omgang met ex-partner en de verzorging van de kinderen.
De respondenten zijn in het algemeen (redelijk) tevreden met de hulp die ze hebben gehad. Over de hulp van het Sociaal Team bij de omgang met de ex-partner, het vinden van werk, het vergroten van de participatie en het verbeteren van het huishouden oordeelt men wat vaker neutraal.

Tabel 3.27 Oordeel hulpverlening Sociaal team (meting 2)

	Hulp gehad	Tevreden	Neutraal	Ontevreden
	%	%	%	%
Financiën en administratie	96	83	7	10
Participatie	46	65	30	5
Opvoeding kinderen	36	81	19	0
Woonsituatie	36	75	25	0
Verzorging kinderen	21	89	11	0
Betaald werk	16	43	57	0
Opleiding	14	83	17	0
Huishouden	11	60	40	0
Sociale contacten	11	40	60	0
Omgang met mijn (ex)partner	7	33	67	0

3.3.12 Zelfredzaamheid

Een belangrijk doel van de interventies van het sociaal team is het vergroten van de zelfredzaamheid van risico- en multiprobleemgezinnen. Om dit doel te bereiken wordt gewerkt aan de motivatie, het leren van vaardigheden en het mobiliseren van hulpbronnen.

Bij motivatie gaat het met name om de bereidheid van gezinnen om zelf hun problemen op te lossen. Deze vorm van motivatie sluit nauw aan bij het begrip zelfeffectiviteit (self-efficacy), oftewel het vertrouwen dat iemand heeft om zelf problemen op te lossen of taken te vervullen. De ontwikkeling in de zelfeffectiviteit van de respondenten is in beeld gebracht door hen een aantal uitspraken voor te leggen die betrekking hebben op het vertrouwen dat zij in zichzelf hebben om problemen op te lossen of taken uit te voeren. De uitspraken hebben betrekking op de leefgebieden waarop het Sociaal Team zich volgens de interventietheorie richt. Daarnaast is een aantal items opgenomen dat het zelfvertrouwen in meer algemene zin meet.

De helft van de respondenten geeft zichzelf weinig kans op betaald werk. Verder is het gebrek aan vertrouwen dat respondenten hebben in mensen in het algemeen en, vooral in instanties en hulpverleners, opvallend hoog. Het blijkt wel dat bij de tweede meting dat laatste aanzienlijk is afgenomen. De helft van de respondenten vind het moeilijk om hulp te vragen aan anderen en ongeveer een op de vijf respondenten maakt moeilijk vrienden. Ten aanzien van de zorg voor de kinderen is het zelfvertrouwen groot in de onderzoeksgroep, daarbij geeft wel ruim de helft van de respondenten aan te kunnen leren om een betere ouder te kunnen worden. Tenslotte is een kwart van de respondenten van mening dat zij niet de eigen financiële problemen kan oplossen.
We zien over het algemeen bij de tweede meting weinig verandering. Wel is, zoals eerder aangegeven, het gebrek aan vertrouwen in instanties en hulpverleners opvallend afgenomen. Deze verandering is echter niet statistisch significant. De enige significante verandering is een lichte daling in het aantal respondenten dat van mening is dat hun kinderen een goede toekomst tegemoet gaan[94].

Tabel 3.28 Vertrouwen

In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken?	1e meting		2e meting	
	% eens	% oneens	% eens	% oneens
Ik zorg goed voor mijn kinderen	86	0	88	0
Mijn kinderen gaan een goede toekomst tegemoet	63	0	56	2
Ik vind het moeilijk hulp te vragen aan anderen	56	7	44	14
Ik kan leren een betere ouder te worden voor mijn kinderen	54	2	58	5
Ik maak weinig kans op betaald werk	49	16	51	19
Ik maak gemakkelijk vrienden	42	21	28	26
Ik kan mijn financiële problemen oplossen	37	26	40	30
Ik heb weinig vertrouwen in instanties en hulpverleners	21	35	9	35
Ik heb veel vertrouwen in mensen	12	42	7	47

[94] Wilcoxon Signed Ranks Test (p=0.046).

De leerervaringen die de respondenten hebben opgedaan sluiten aan bij de focus van de hulpverlening van het Sociaal Team. Zo heeft een overgrote meerderheid van de respondenten van het Sociaal Team naar eigen oordeel geleerd hoe zij hun administratie op orde kunnen houden. Daarnaast is er een omvangrijke maar kleinere groep respondenten die aangeeft van het Sociaal Team geleerd te hebben hoe om te gaan met geld en met organisaties en instellingen. Als het gaat om leerervaringen op andere leefgebieden geven de meesten respondenten aan dat die niet het gevolg zijn van de ondersteuning door het Sociaal Team. Daarbij kan het overigens wel zo zijn dat dit niet als doel is benoemd in het traject en/of dat de respondent zelf geen behoefte had aan bemoeienis van het Sociaal Team op die terreinen.

Tabel 3.29 Oordeel leerervaringen Sociaal team (meting 2)

Het sociaal team heeft mij geleerd ….	Eens	Oneens
	%	%
Hoe ik mijn administratie op orde kan houden	73	5
Hoe ik moet omgaan met organisaties en instellingen	59	11
Hoe ik beter met mijn geld kan omgaan	43	7
Hoe ik mijn kinderen beter kan opvoeden	18	5
Hoe ik een woning kan vinden	18	2
Hoe we als gezin gezonder kunnen leven	16	2
Hoe ik een betaalde baan kan vinden	9	9
Hoe ik contacten met andere mensen kan leggen	7	5
Hoe ik mijn huis netjes en schoon houdt	7	7
Hoe ik beter met familie, vrienden en buren kan omgaan	5	5
Hoe ik een opleiding of cursus kan vinden	5	5
Hoe ik opvang voor mijn kinderen regel	2	5
Hoe ik beter contact met (ex-) partner kan onderhouden	0	5

Ondanks het kwetsbare, beperkte sociale netwerk van veel respondenten is naar het oordeel van de respondenten weinig aandacht uitgegaan naar het versterken hiervan. Zoals eerder aangegeven is het mobiliseren van de hulpbronnen veelal beperkt gebleven tot het leren omgaan met instanties en organisaties. Dit ondanks het feit dat veel respondenten moeite hebben anderen te vertrouwen en vrienden te maken. De steun die respondenten (kunnen) krijgen uit het sociaal netwerk, zeker als dat het persoonlijk netwerk betreft, is nauwelijks veranderd.

Hoewel de aanpak van het Sociaal Team zich vooral beperkt tot financiën en administratie, blijkt dat de respondenten door het Sociaal Team naar eigen zeggen wel in meer algemene zin zelfredzamer zijn geworden. Een meerderheid van de respondenten geeft aan van het Sociaal Team het zelfvertrouwen gekregen te hebben en de vaardigheden geleerd te hebben om problemen zelf op te lossen dan wel om te weten hoe en waar hulp kan worden gevraagd voor de ondervonden problemen. Opvallend genoeg geven maar weinig respondenten aan van het Sociaal Team geleerd te hebben hoe ze formulieren moeten invullen.

Tabel 3.30 Oordeel leerervaringen zelfredzaamheid Sociaal team (meting 2)

Het sociaal team heeft mij geleerd ….	Eens	Oneens
	%	%
Vertrouwen in mijzelf te hebben	59	2
Hoe ik mijn problemen zelf kan oplossen	57	7
Hoe ik hulp kan vragen voor mijn problemen	57	2
Hoe ik formulieren moet invullen	21	11
Waar ik hulp kan vragen voor mijn problemen	59	2

Bijna de helft van de respondenten geeft bij de tweede meting aan over een half jaar het Sociaal Team niet meer nodig te hebben, een kwart denkt van wel, en een kwart weet het niet.

3.3.13 Oordeel verandering situatie

Een ruime meerderheid van de respondenten is van mening dat hun financiële situatie is verbeterd. Een derde van de respondenten vindt dat hun psychische gezondheid erop vooruit is gegaan en eveneens een derde van de respondenten vind dat hun situatie met betrekking tot de opvoeding van de kinderen in de afgelopen zes maanden is verbeterd. De minste verandering zien we in het contact dat men met de (ex) partner heeft, maar ook ten aanzien van de fysieke gezondheidssituatie en op het gebied van werk zien maar weinig respondenten een verbetering. De meeste respondenten geven aan dat hun situatie op de overige onderdelen niet is veranderd.

Tabel 3.31 Oordeel verandering situatie afgelopen 6 maanden (meting 2)

In de afgelopen 6 maanden is mijn situatie op het gebied van …	Verbeterd	Gelijk Gebleven	Verslechterd	Ontbreekt
	%	%	%	%
Financiën (inkomen, schulden)	66	21	11	2
Werk	14	73	9	5
Opleiding (scholing/cursus)	18	77	2	2
Woonsituatie	21	75	2	2
Lichamelijke gezondheid	14	75	9	2
Psychische gezondheid (o.a. stress, spanningen)	34	57	7	2
Opvoeding van de kinderen	34	61	0	5
Gezondheid van de kinderen	14	80	5	2
Contact (ex) partner	7	82	2	9
Sociale contacten (aantal en steun)	14	84	0	2

Bij de eerste meting geeft bijna een kwart en bij de tweede meting 16% van de respondenten aan geen behoefte te hebben aan enige vorm van (extra) hulp in de toekomst. Ongeveer de helft wenst (extra) hulp bij de financiën en een kwart bij het verbeteren van de woonsituatie.

Tabel 3.32 Behoeften hulp in de toekomst (meerdere antwoorden mogelijk)

	1e meting	2e meting
	%	%
Financiën (o.a. schulden, rondkomen)	54	49
Woonsituatie (o.a. kwaliteit woning, omgang buren)	26	23
Participatie (o.a. sport, hobby's, uitgaan)	21	9
Opvoeding kinderen (o.a. grenzen stellen, netjes gedragen e.d.)	19	12
Huishouden (o.a. huis schoonmaken, koken, wassen e.d.)	7	9
Sociale contacten (omvang+aard contact met fam, vriend, kennis, buren etc.)	5	0
Omgang met mijn (ex)partner (o.a. afspraken zorg kind, bezoekregeling)	2	0
Zorg voor mijn partner (o.a. verzorging partner)	0	0
Zorg voor mijn kinderen (o.a. verzorging kinderen)	0	2
Ik heb geen hulp nodig	23	16

Op het moment van de tweede meting wordt nog 23% van de respondenten begeleid door het Sociaal Team. Bij de gezinnen waarvan de hulpverlening inmiddels is beëindigd, is dat in 21% van de gevallen omdat volgens de betreffende respondenten de doelen zijn behaald. In bijna de helft van de gevallen is de reden voor beëindiging het feit dat de maximale termijn van zes maanden is bereikt. Overige redenen voor beëindiging zijn dat men zelf van mening is het Sociaal Team niet meer nodig te hebben of omdat men vindt dat het Sociaal Team hen niet echt kan helpen.
Zo'n 44% van de respondenten is door het Sociaal Team doorverwezen voor verdere hulp. De meeste van deze doorverwijzingen zijn naar het maatschappelijk werk, gezinscoach en naar een instelling voor verstandelijk beperkten.

Tabel 3.33 Na beëindiging traject Sociaal Team, waarheen doorverwezen voor verdere hulp (meerdere antwoorden mogelijk) (n=15)

	2e meting	
	N	%
Maatschappelijk werk	6	40
Gezinscoach	4	27
Instelling voor verstandelijk beperkten	3	20
GGZ-instelling	2	13
Bureau Jeugdzorg	1	7
Instelling voor verslavingszorg	0	0

3.4 Tevredenheidsonderzoek ketenpartners

Het tevredenheidsonderzoek geeft in algemene zin de tevredenheid met en oordelen van ketenpartners over, bepaalde aspecten van, de werkwijze en resultaten van het Sociaal Team aan (zie voor een overzicht van de respons bijlage 1).

3.4.1 Contact

Voor iets minder dan de helft van de respondenten is het meer dan een maand geleden dat zij voor het laatst met het Sociaal Team contact (persoonlijk, telefonisch, schriftelijk of per email) hadden over een klant. De meeste respondenten hebben overigens al een ruime ervaring met het Sociaal Team. Zo is het voor 84% van de respondenten al meer dan een jaar geleden dat zij voor het eerst contact hadden met het Sociaal Team en 44% heeft inmiddels al over meer dan tien klanten en 67% over meer dan vijf klanten, met het Sociaal Team gesproken of geschreven. In de helft van de gevallen had de ketenpartner gemiddeld twee tot vijf keer contact met het Sociaal Team over één en dezelfde klant, in 22% van de gevallen was er slechts één keer contact en in 27% van de gevallen meer dan vijf keer.

Tabel 3.34 Intensiteit contact

Hoe vaak had u gemiddeld contact met medewerker ST over een klant?	N	%
Eén keer	7	22
2-5 keer	16	50
6-10 keer	6	19
Meer dan 10 keer	3	9
Totaal	32	100

De respondenten hebben in verschillende hoedanigheden met het Sociaal Team te maken gehad: als aanmelder, opdrachtverlener en gezinsregisseur, maar ook als uitvoerder van aanvragen van het Sociaal Team. Zo hebben klantmanagers Inkomen van W&I bijvoorbeeld uitvoering gegeven aan spoedaanvragen van het Sociaal Team (code rood en oranje). Bij ruim 70% van de respondenten heeft het Sociaal Team (namens of samen met het gezin) een aanvraag voor hulp of ondersteuning gedaan.

3.4.2 Aanvragen door het Sociaal Team

De meeste aanvragen die het Sociaal Team namens of samen met het gezin bij de ketenpartners heeft gedaan hadden betrekking op de financiële situatie, de woonsituatie en in iets mindere mate op de opvoeding. Er zijn opvallend weinig aanvragen gedaan die betrekking hebben op activering en re-integratie van klanten. Het ST heeft ook maar weinig aanvragen gedaan voor hulp bij het verbeteren van de onderlinge omgang van de gezinsleden.

Tabel 3.35 Soort aanvraag vanuit Sociale Teams (meerdere antwoorden mogelijk)

Waarop had de aanvraag van het Sociaal Team betrekking?	n	%
Financiële situatie	11	34
Woonsituatie	10	31
Opvoeding kinderen	7	22
Voeding en/of kleding	4	13
Welzijn en (lichamelijke en psychische) gezondheid	4	13
Huishouden (wassen, schoonmaken e.d.)	3	9
Sociale en maatschappelijke participatie	3	9
Onderlinge omgang gezinsleden	2	6
Deelname re-integratietraject	1	3
Deelname vrijwilligerswerk	1	3
Overig (woningvervuiling, veiligheid kinderen, zorgcoörd., opschaling DOSA)	4	13

De meerderheid (74%) van de ketenpartners is tevreden over de wijze waarop het Sociaal Team de aanvraag of aanvragen heeft gedaan, een klein percentage is ontevreden (17%) en de rest oordeelt neutraal. Reden voor ontevredenheid is dat aanvragen niet goed worden gedaan, dat wil zeggen niet de juiste onderbouwing of bewijzen worden geleverd of dat de aanvraag bij de verkeerde afdeling/instantie wordt ingediend. Redenen voor tevredenheid zijn de communicatie (zoals terugkoppelingen vanuit het Sociaal Team), de prettige en duidelijke samenwerking, snelheid van werken, de betrokkenheid van het Sociaal Team bij het gezin en de praktische aanpak van het Sociaal Team. Eén van de ketenpartners mist een hulpverleningsachtergrond bij de medewerkers van de Sociale Teams. Met een hulpverleningsachtergrond zouden zij de problematiek van de gezinnen beter kunnen begrijpen en signalen sneller kunnen oppikken, zo is deze ketenpartner van mening. Een andere ketenpartner geeft aan dat het Sociaal Team een belangrijke functie vervult bij het in kaart brengen van de problematiek van gezinnen en het afstemmen van de zorg rondom gezinnen, waardoor de gezinnen beter worden geholpen.

Van de ketenpartners heeft 44% ervaring met de coderegeling en van deze groep oordeelt 79% positief en 21% neutraal over deze regeling. Geen van de ketenpartners die ervaring heeft met de coderegeling oordeelt hierover negatief. Wel zijn sommige respondenten van mening dat de code rood te vaak wordt gebruikt. ‘Het lijkt wel of alles urgent is’, zo gaf een respondent aan. Het feit dat er duidelijkheid bestaat over wat meer of minder prioriteit heeft, wordt door een aantal ketenpartners duidelijk als meerwaarde gezien van de coderegeling. Eén respondent gaf aan dat code rood soms te voorkomen is door eerder te handelen.

3.4.3 Aanmeldingen bij het Sociaal Team

Van de ketenpartners heeft 66% één of meer gezinnen aangemeld bij het Sociaal Team. De belangrijkste vragen die de ketenpartners stelden aan het Sociaal Team waren het maken van een inventarisatie van de situatie van het gezin, het oplossen van een crisissituatie, zoals een dreigende huisuitzetting of in beslagname van goederen, en het verbeteren van de financiële situatie en van de woonsituatie van het gezin. Weliswaar minder vaak maar toch ook veelvoorkomend, was het verzoek aan het Sociaal Team de opvoeding en de zorg voor het kind of de kinderen in het gezin te verbeteren.
De aanmelders zijn over de gehele linie tevreden over de wijze waarop het Sociaal Team hun verzoek heeft afgehandeld.

Tabel 3.36 Soort vraag ketenpartner (aanmelder) aan ST (meerdere antwoorden mogelijk)

	Reden voor aanmelding		Oordeel aanpak ST (n)	
	n	%	tevreden	ontevreden
Verbeteren financiële situatie gezin	17	53	13	1
Inventarisatie situatie gezin (sterke en zwakke kanten e.d.)	15	47	12	1
Oplossen crisissituatie gezin (dreiging huisuitzetting, beslaglegging e.d.)	15	47	12	1
Verbeteren woonsituatie gezin	15	47	11	1
Verbeteren opvoeding en zorg voor kinderen gezin	11	34	7	1
Verbeteren huishouden gezin (wassen, schoonmaken e.d.)	8	25	7	1
Verbeteren welzijn en gezondheid gezin	8	25	5	0
Verbeteren en/of vergroten sociaal netwerk gezinsleden	7	22	6	0
Verbeteren onderlinge omgang gezinsleden	6	19	3	0
Verbeteren veiligheid gezinsleden	5	16	3	0

3.4.4 Tevredenheid over het Sociaal Team

De meerderheid van de respondenten geeft een (ruime) voldoende voor de dienstverlening van het Sociaal Team aan de ketenpartners, voor de wijze waarop de gezinnen worden geholpen en de resultaten die het Sociaal Team heeft geboekt. De aantallen zijn te klein om een zinvolle nadere analyse te maken naar functie en organisatie van de ketenpartner. Tenslotte blijken bijna alle respondenten in algemene zin tevreden over het Sociaal Team.

Tabel 3.37 Rapportcijfer behaalde resultaten

Rapportcijfer voor:	Gemiddelde cijfer	Voldoende	Onvoldoende
		%	%
Wijze waarop ST gezinnen helpt (methode van werken)	6,8	17	83
Resultaten die ST met gezinnen boekt	6,6	21	79
Dienstverlening ST aan ketenpartners	7,0	14	86
Algemene tevredenheid met ST	7,3	93	7

missing = 9-13%

Als positieve kenmerken van de werkwijze van het Sociaal Team worden genoemd: het feit dat de gezinnen thuis worden begeleid, de respectvolle wijze waarop met de gezinnen wordt omgegaan, de vriendelijkheid in de omgang, de hoge mate van transparantie, de inzet, betrokkenheid en lange adem van de medewerkers en het feit dat ze gezinnen passende oplossingen bieden. Tegelijkertijd zijn er ook veel respondenten die aangeven geen oordeel te kunnen vellen over de wijze waarop het Sociaal Team te werk gaat en één respondent noemt daarbij als reden het gebrek aan terugkoppeling.

Ketenpartners geven aan dat het Sociaal Team niet altijd goede resultaten behaalt, maar dat dit vooral te wijten is aan een gebrek aan medewerking van de gezinnen of aan de zwaarte van de problematiek van gezinnen in de betreffende focuswijk. Een aantal respondenten is van mening dat de positieve resultaten van het Sociaal Team vooral het gevolg zijn van de langdurige intensieve aanpak. Gezinnen leren in de praktijk door vallen en opstaan, zo geeft een respondent aan. Een andere ketenpartner noemt de vele activiteiten die het Sociaal Team heeft ondernomen, zoals het regelen van een IQ-test, het kopen van een computer met geld van Stichting Leergeld, het aanschrijven van sportfondsen e.d. waardoor de situatie van een gezin is verbeterd.
Een groot deel van de respondenten geeft aan geen oordeel te kunnen vellen over de behaalde resultaten, omdat ze daarvoor onvoldoende ervaring hebben opgedaan met het Sociaal Team.

Wat betreft de dienstverlening naar de ketenpartners wordt vooral over de samenwerking, afstemming en terugkoppeling van het Sociaal Team positief geoordeeld. Een enkeling is hierover niet tevreden. Wederom is er een groep ketenpartners die door

een gebrek aan ervaring hierover geen oordeel kan vellen. Het rapportcijfer voor de algemene tevredenheid blijkt met ieder van de andere rapportcijfers samen te hangen[95]. Het sterkst met het rapportcijfer dat wordt geven voor de dienstverlening dat het Sociaal Team de ketenpartners biedt[96].

Tabel 3.38 Tevredenheid aspecten dienstverlening ST

In hoeverre bent u tevreden over volgende dienstverleningsaspecten van ST aan ketenpartners?	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Weet niet/ geen mening
	%	%	%	%
Bereikbaar	79	10	3	7
Inspanningen medewerkers	66	17	0	17
Nakomen afspraken door medewerkers	62	21	0	17
Afspraken over taken en verantwoordelijkheden	59	17	7	17
Snelheid van werken	52	21	3	24
Voorlichting (doelen, werkwijze en doelgroepen ST)	48	38	7	7
Deskundigheid vaste medewerkers	48	31	7	14
Communicatie (op de hoogte houden, feedback geven)	41	35	17	7
Kwaliteit schriftelijke aanvragen	35	28	7	31
Kwaliteit verslagen over de klant	31	31	7	31
Deskundigheid stagiaires	10	41	3	45

missing = 9%

Nader uitgesplitst blijken de ketenpartners over vrijwel alle dienstverleningsaspecten positief te oordelen. Uitzondering is de deskundigheid van de stagiaires. Slechts 10% van de ketenpartners is hierover tevreden. Overigens is ook maar 3% van de ketenpartners hierover uitgesproken ontevreden. Daarnaast is men relatief, dat wil zeggen in vergelijking met de andere aspecten, wat minder tevreden met de kwaliteit van de klantverslagen en schriftelijke aanvragen en met de communicatie en voorlichting vanuit het Sociaal Team. Meest tevreden is men over de bereikbaarheid.

[95] Pearsons correlation, $p<0.05$.
[96] Pearsons correlation, correlatiecoëfficient = 0.818.

3.4.5 Meerwaarde van het Sociaal Team

In de tussenrapportage (Hekelaar e.a. 2011) hebben we bij het opstellen van de programmatheorie geconstateerd dat de Sociale Teams binnen het hulpverleningsaanbod aan risico- en multiprobleemgezinnen vooral een taak hebben in het vroegtijdig signaleren en handelen, het ondersteunen van de gezinscoaches bij het op orde brengen van de basis, en het realiseren van de aansluiting met de backoffice van de diverse gemeentelijke diensten. Met de komst van IKW2 is de nadruk daarbij nog zwaarder komen te liggen op het versterken van de zelfredzaamheid van de gezinnen, iets dat het Sociaal Team overigens al van begin af aan als uitgangspunt had. Belangrijke beoogde meerwaarden van het Sociaal Team zijn daarmee het vergroten van het bereik, de toegankelijkheid, het gebruik en de effectiviteit van hulpverlening voor de doelgroep. Daarnaast zou door het bieden van maatwerk en kortere lijnen naar de backoffices de hulpverlening efficiënter moeten verlopen. Dit zou zich moeten uiten in kortere wachttijden, minder uitval, betere onderlinge afstemming van hulpverlening rondom gezinnen. Uiteindelijk zou dit alles tot gevolg moeten hebben dat wordt voorkomen dat gezinnen verder afglijden, en dat de (basis) problematiek afneemt. Hoewel de interventie van het Sociaal Team hierop slechts indirect is gericht, is het einddoel de verbetering van de leefsituatie van kinderen in risico- en multiprobleemgezinnen en het vergroten van de veiligheid van kinderen in deze gezinnen. Al deze beoogde meerwaarden zijn als uitspraken aan de ketenpartners voorgelegd; hen is gevraagd in hoeverre de Sociale Teams op verschillende terreinen hebben bijgedragen aan de verbetering van de gezinssituatie. De beantwoording staat weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.39 Meerwaarde ST

De inzet van de Sociale Teams heeft bijgedragen aan …	Mee eens	Niet eens/ oneens	oneens	Weet niet/ geen mening
	%	%	%	%
Meer gebruik van regelingen en/of tegemoetkomingen	75	7	0	18
Effectievere inzet van hulpverlening	61	18	4	18
Verminderen problematiek in risico- en (m)pg	57	21	4	18
Kortere wachttijden voor hulpverlening	57	11	7	25
Beter bereik van de doelgroep risico- en (m)pg	54	18	11	18
Betere leefsituatie kinderen in risico- en (m)pg	54	21	7	18
Grotere toegankelijkheid hulpverlening voor risico- en (m)pg	50	25	11	14
Betere ontwikkelingskansen kinderen in risico- en (m)pg	46	25	11	18
Betere onderlinge afstemming hulpverlening rondom gezinnen	39	25	18	18
Voorkomen afglijden gezinnen (preventie)	36	29	11	25
Meer veiligheid voor kinderen in risico- en (m)pg	32	36	14	18
Grotere zelfredzaamheid risico- en (m)pg	21	36	29	14
Minder uitval hulpverlening	11	29	21	39

missing = 13%

De meeste ketenpartners zien de meerwaarde van het Sociaal Team in het vergroten van het gebruik van regelingen en/of tegemoetkomingen. Meer dan de helft van de ketenpartners is van mening dat de inzet van het Sociaal Team heeft bijgedragen aan een effectievere inzet van hulpverlening, kortere wachttijden en een hoger bereik van de doelgroep door de hulpverlening. Maar ook is ruim de helft van de ketenpartners van mening dat de inzet van het Sociaal Team mede heeft gezorgd voor het verminderen van de problematiek in risico- en multiprobleemgezinnen.
Hoewel de meerderheid van de respondenten van mening is dat het Sociaal Team heeft bijgedragen aan het verbeteren van de leefsituatie van kinderen in risico- en multiprobleemgezinnen denkt maar een derde van de totale onderzoeksgroep dat de veiligheid van de kinderen door de inzet van het Sociaal Team is verbeterd. De minste meerwaarde heeft het Sociaal Team vanuit het oogpunt van de ketenpartners gehad bij het verkleinen van de uitval uit de hulpverlening en het vergroten van de zelfredzaamheid van gezinnen. Slechts vier respondenten geven aan dat hun werkdruk door de komst van het Sociaal Team is afgenomen, bij één respondent is deze juist toegenomen door het Sociaal Team en de overige respondenten ervoeren geen verandering.

3.4.6 Eindoordeel van de ketenpartners over het Sociaal Team

Over het geheel genomen zijn dus bijna alle respondenten tevreden over het Sociaal Team. Driekwart van de respondenten geeft aan dat het Sociaal Team meerwaarde heeft en slechts één respondenten vindt van niet. De meerwaarde zit hem daarbij vooral in het feit dat het Sociaal Team samen met de gezinnen aan de problemen werkt (andere invalshoek dan veel ander hulpverlening) en korte lijnen heeft naar de gemeentelijke Backoffices (vooral Werk & Inkomen). Verder worden de brede en actieve aanpak en signalerende werking van ST als meerwaarde genoemd. Eén respondent is van mening dat het Sociaal Team overbodig zou zijn als het algemeen maatschappelijk werk meer capaciteit zou hebben en de mandaten rondom het verstrekken van bijzondere bijstand door de voormalige klantmanagers beter afgehandeld zouden worden.
Het meest tevreden is men over de samenwerking, snelheid van werken en bereikbaarheid, de intensieve aanpak, de openheid, het meedenken en de aandacht en ondersteuning die het Sociaal Team gezinnen biedt. De punten waarover men het minst tevreden is, zijn de communicatie (terugkoppeling en voorlichting over verdere werkwijze), het gebrek aan kennis over opvoedingsproblematiek en aanvraagprocedures, de bijdrage die het Sociaal Team levert aan het terugdringen van de uitval en het vergroten van de zelfredzaamheid van de gezinnen. Ook hier wordt gewezen op het feit dat het Sociaal Team als een nieuwe, extra speler wordt ingebracht in een veld dat al vele hulpverleners kent, terwijl de werkzaamheden van het Sociaal Team in het verlengde van het AMW zouden liggen.

Van de ketenpartners vindt 71% dat het Sociaal Team in de toekomst zou moeten blijven bestaan en 18% vindt van niet. Sommigen geven aan dat het besluit al genomen is omdat de aanpak van de Sociale Teams inmiddels al zou zijn meegenomen in de gebiedsteams.[97] De ketenpartners zien als belangrijkste verbeterpunten voor het Sociaal Team: het langer aandacht besteden aan het gezin (monitoren, nazorg), een betere communicatie naar de ketenpartners toe (informatie over doelen, taken en verantwoordelijkheden van het Sociale Team, terugkoppelen aanpak en resultaten begeleiding gezin) en het vergroten van de kennis van coaches over de ontwikkeling- en opvoedingsproblematiek van kinderen en over regelingen zoals de WWB en de bijzondere bijstand.

3.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de door het Sociaal Team behaalde resultaten gepresenteerd. In deze samenvatting behandelen we achtereenvolgens de resultaten die het Sociaal Team volgens het eigen registratiesysteem (MensCentraal) behaalde met de aangemelde

[97] De Sociale Teams zouden met ingang van 1 januari 2013 opgaan in de gebiedsteams. Inmiddels maken de Sociale Teams, vanaf januari 2014, deel uit van de Wijkteams Volwassenen

gezinnen. Vervolgens worden op basis van een herhaalde enquête (twee meetmomenten) onder 'hoofden' van gezinnen, de resultaten van de begeleiding die het Sociaal Team biedt, vanuit het deelnemersperspectief, in beeld gebracht. Tenslotte volgt het perspectief van de ketenpartners op de meerwaarde en het functioneren van het Sociaal Team. Dit is gebaseerd op de uitkomsten van de internetenquête die onder de ketenpartners van de Sociale Teams is gehouden.

- **Ruim de helft trajecten succesvol**

In de periode van oktober 2010 tot september 2013 zijn ruim 1300 gezinnen bij de Sociale Teams aangemeld. Hiervan is 57% niet in begeleiding genomen. Belangrijkste reden hiervoor was dat het gezin volgens het Sociaal Team niet tot de doelgroep behoorde. De gezinsproblematiek werd bijvoorbeeld te licht of juist te zwaar geacht voor het Sociaal Team. Het afwijzingspercentage was vooral hoog onder gezinnen die door de DOSA waren aangemeld. Van de gezinnen die door het Sociaal Team zijn begeleid, heeft ruim de helft (53%) een succesvol trajectresultaat behaald. Belangrijkste reden voor een onsuccesvol resultaat was, volgens het eigen registratiesysteem van het Sociaal Team (MensCentraal), een gebrek aan medewerking door de gezinnen. Tenslotte blijkt dat ondanks een formeel onsuccesvol resultaat, een deel van de gezinnen wel gedeeltelijk zelfstandig (geworden) is en er dus eigenlijk sprake is van een gedeeltelijk geslaagd traject. Vaak is echter de reden voor uitval voor of tijdens het traject niet (helemaal) duidelijk, omdat er geen contact meer mogelijk is met het gezin.

- **Succes hangt samen met team, begeleider en duur van het traject**

Als we de resultaten uitsplitsten naar achtergrondkenmerken blijkt dat het Sociaal Team Feijenoord ondergemiddeld presteert. Daarnaast zijn er verschillen in succespercentages tussen basiscoaches, ook binnen hetzelfde team, en tussen interventiespecialisten. Succesvolle trajecten duren gemiddeld ruim tien maanden en 67% van de succesvolle trajecten duurt langer dan de standaard begeleidingsduur van maximaal zes maanden.

- **Kwetsbare huishoudens**

Wanneer we even teruggrijpen op het literatuuronderzoek zien we dat we op sociaaleconomisch gebied duidelijk met kwetsbare huishoudens van doen hebben. Zo is het percentage eenoudergezinnen, bijstandsgerechtigden, Antillianen en niet-westerse huishoudens onder de groep huishoudens die bij het Sociaal Team is aangemeld en in traject is genomen duidelijk hoger dan het stedelijk gemiddelde in Rotterdam. Dit is weliswaar niet de enige factor in het gezin die van invloed is op de ontwikkelingskansen van de daarin opgroeiende kinderen, maar wel een belangrijke.

3.5.1 Veranderingen gezinsniveau

- **Zwakke maatschappelijke uitgangspositie**

De onderzoeksgroep neemt een zwakke positie in de samenleving in. Ongeveer 90% van de onderzochte gezinnen heeft een inkomen van onder de armoedegrens, 91% heeft schulden en het gemiddelde schuldbedrag ligt rond de 20 duizend euro.
De participatiegraad en het gemiddelde opleidingsniveau zijn laag. Zo heeft tweederde van de respondenten geen betaalde baan en heeft 40% de lagere school niet afgemaakt.

- **Focus op financiële situatie, verbetering inkomen en rondkomen**

We zien dat het accent in de hulpverlening van het Sociaal Team ligt op het op orde brengen van de financiën en administratie. Andere leefgebieden krijgen veel minder aandacht. Maar weinig respondenten hebben volgens eigen zeggen hulp gehad op het gebied van het huishouden, werk en scholing, sociale contacten, omgang met ex-partner en de verzorging van de kinderen. Respondenten blijken dan ook vooral geleerd te hebben hoe zij hun administratie op orde kunnen houden en, in wat mindere mate, beter met hun geld kunnen omgaan. Dit lijkt ook zijn gevolgen te hebben gehad. De hoogte van het gemiddeld netto maandinkomen van de responsgroep nam met 154 euro toe. Overigens is er bijna geen enkele respondent die van de ex-partner (structureel) alimentatie ontvangt. Daarnaast zijn er minder gezinnen met betalingsachterstanden (bijv. huur en energie). De gemiddelde hoogte van de schuld is maar weinig afgenomen. Opvallend is dat maar weinig gezinnen met schulden hulp krijgen van de kredietbank en dat dit aantal maar licht is gestegen nadat de gezinnen in begeleiding zijn gegaan bij het Sociaal Team. Bijna de helft van de gezinnen wordt overigens, meestal tot tevredenheid, geholpen door het Sociaal Team bij het regelen van haar schulden. Ongeveer de helft van de respondenten vermeldt in de toekomst (extra) hulp te willen bij de financiën (schulden en rondkomen).

- **Verbetering gezondheidsbeleving en -ondersteuning**

De interventie Sociaal Team blijkt een (licht) positief effect te hebben op de algemene gezondheidsbeleving van de respondenten, vooral onder de groep die de eigen gezochtheid aanvankelijk als slecht tot zeer slecht beoordeelde.
We zien dat respondenten meer psychische problemen zijn gaan ervaren tussen de twee metingen, maar ook vaker hierbij hulp krijgen en dat zij vaak oordelen dat hun psychische gezondheid de afgelopen zes maanden vooruit is gegaan. Mogelijk kan dit verklaard worden door een groter ziektebesef bij de respondenten. We zien ook dat een aanzienlijke groep door het Sociaal Team is doorverwezen naar een Gunstelingen en instellingen voor verstandelijk beperkten. Tenslotte is er een toename te zien in het percentage respondenten dat onder behandeling is van een huisarts.

- **Minder opvoedproblemen**

De groep die hulp krijgt bij de opvoeding is licht toegenomen en een derde van de respondenten vindt dat hun situatie met betrekking tot de opvoeding van de kinderen in

de afgelopen zes maanden is verbeterd. Het percentage respondenten dat aangeeft problemen bij de opvoeding te ondervinden is afgenomen van 42 naar 28%.

- **Vaardigheden mobiliseren professioneel netwerk vergroot**

Bijna 60% van de respondenten geeft aan van het Sociaal Team geleerd te hebben hoe zij beter met instanties om kan gaan en het blijkt dat het wantrouwen naar instanties en hulpverleners is afgenomen. Opvallend genoeg is de bekendheid met en het gebruik van advies- en hulpverleninginstellingen over het algemeen weinig veranderd. Alleen het gebruik van GGZ-instellingen is duidelijk gestegen. De aanwezigheid van gezinscoaches in de gezinnen die worden begeleid door het Sociaal Team nam af.

- **Weinig aandacht persoonlijk sociale netwerk**

Maar weinig gezinnen hebben hulp gehad bij het vergroten van het aantal sociale contacten in de privé-sfeer (familie, vrienden en buren). Dit is opmerkelijk gezien het veelal zwakke sociale netwerk, gebrek aan vertrouwen in andere mensen, de problemen met het vragen van hulp en het onvermogen om vrienden te maken waar veel gezinnen mee kampen. Overigens is het ook zo dat er onder de gezinnen vrijwel geen behoefte bestond aan hulp bij het ontwikkelen van het persoonlijk sociaal netwerk. Ten aanzien van het persoonlijk sociaal netwerk zien we dan ook weinig verandering.
De minste aandacht van het Sociaal Team gaat uit naar het contact dat de respondent heeft met de (ex-)partner. Zelfs niet als het alleen maar gaat om de alimentatieverplichtingen. Ook hier blijkt overigens dat er maar weinig respondenten zijn die ook behoefte heeft aan hulp hierbij.

- **Zelfredzaamheid in algemene zin vergroot**

Ondanks dat de aanpak van het Sociaal Team toch vooral gefocust is op de financiën en administratie, blijken veel respondenten van mening dat zij door het Sociaal Team in algemene zin meer zelfredzaam zijn geworden. Dat wil zeggen dat zij het zelfvertrouwen hebben gekregen en de vaardigheden hebben geleerd om problemen zelf op te lossen dan wel te weten hoe en waar je hulp kan vragen voor je problemen.

3.5.2 Tevredenheid ketenpartners

- **ST heeft meerwaarde voor ketenpartners**

De ketenpartners zien duidelijk de meerwaarde van de Sociale Teams binnen het bestaande aanbod van hulpverlening aan risico- en multiprobleemgezinnen. Echter, maar weinig ketenpartners vinden dat het Sociaal Team bijdraagt aan het vergroten van de zelfredzaamheid van deze gezinnen. Die meerwaarde bestaat uit het vergroten van het gebruik van regelingen en/of tegemoetkomingen en mogelijk ook uit een effectievere inzet van hulpverlening, kortere wachttijden en een hoger bereik van de doelgroep door de hulpverlening. Tenslotte zou de inzet van het Sociaal Team kunnen bijdragen aan het verminderen van de problematiek van risico- en multiprobleemgezinnen.

- **Achter de voordeur, inzet en klantgerichtheid belangrijkste werkzame ingrediënten**

De belangrijkste werkzame ingrediënten in de ST aanpak zijn volgens de ketenpartners het feit dat ze de gezinnen thuis begeleiden, de respectvolle wijze waarop ze met de gezinnen omgaan, de vriendelijkheid in de omgang en de hoge mate van transparantie, de inzet, betrokkenheid en lange adem van de medewerkers en het feit dat er aan de gezinnen passende oplossingen worden geboden (maatwerk).

- **Tevredenheid dienstverlening en resultaten, ontevredenheid deskundigheid stagiair(e)s**

De ketenpartners zijn in algemene zin tevreden over het Sociaal Team. Ze oordelen gemiddeld positief over de dienstverlening van het Sociaal Team aan de ketenpartners, de wijze waarop het Sociaal Team de gezinnen helpt en, ondanks het feit dat slechts een derde van de aanmeldingen volgens MensCentraal tot succes leidt, de resultaten die het Sociaal Team met de gezinnen heeft geboekt. Meest ontevreden zijn de ketenpartners over de deskundigheid van de stagiaires.

- **Verbeterpunten maximale duur traject, communicatie en deskundigheid**

De belangrijkste verbeterpunten zijn volgens de ketenpartners een verlenging van de duur van de trajecten, een betere communicatie naar de ketenpartners toe en het vergroten van de kennis van coaches over de ontwikkeling- en opvoedingsproblematiek van kinderen en over regelingen zoals de WWB en de bijzondere bijstand.



4 Wat werkt voor wie?

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de interventietheorie van de Sociale Teams aan een nadere, empirische analyse onderworpen. Eerder is de interventietheorie achter de aanpak van de Sociale Teams uitgebreid beschreven in de publicatie “De basis op orde” (Hekelaar et al., 2011). De constructie van de interventietheorie was destijds gebaseerd op inhoudsanalyse van projectdocumenten en een analyse van de eerste ervaringen van uitvoerders. In dit hoofdstuk wordt de theorie geconfronteerd met empirische gegevens over de dagelijkse praktijk van de Sociale Teams. Deze gegevens zijn afkomstig uit dertien casussen van de vier Sociale Teams. Ten behoeve van deze casussen zijn gegevens verzameld uit de registratie Mens Centraal, de digitale dossiers van de Sociale Teams, survey-gegevens[98] en door middel van interviews met de gezinshoofden, de betrokken basiscoaches en interventiespecialisten. De gezinshoofden zijn gemiddeld tweemaal geïnterviewd: eenmaal gedurende de interventiefase, eenmaal na afloop van de interventiefase (soms na afloop van de nazorgfase). Voor een overzicht van de casussen, zie bijlage 4.

De kern van de eerder beschreven interventietheorie wordt gevormd door een tiental mechanismen die zouden moeten leiden tot de nagestreefde doelen (probleemreductie en bevordering van de zelfredzaamheid) op verschillende leefgebieden. In de beschrijving van de empirische analyse, geven we eerst inzicht in de resultaten die in de verschillende casussen zijn geboekt (paragraaf 4.3). Daarna wordt geanalyseerd welke mechanismen in de praktijk zijn waar te nemen (paragraaf 4.4.). In paragraaf 4.5 wordt vervolgens geanalyseerd wat de samenhang is tussen de waargenomen mechanismen en de resultaten. Omdat zal blijken dat de resultaten niet alleen te verklaren zijn uit de ‘werkzame’ mechanismen, zal in 4.6 aandacht worden besteed aan andere factoren die de resultaten beïnvloeden. In 4.7 wordt in gegaan op de vraag voor welke klanten het Sociaal Team het meest en het minst effectief is geweest. In paragraaf 4.8 tenslotte, worden de belangrijkste bevindingen en hun implicaties voor de interventietheorie beschreven.
We vervolgen dit hoofdstuk met een korte reprise van de interventietheorie.

[98] Elk van deze respondenten heeft ook geparticipeerd in de survey van de resultaten van de Sociale Teams.

4.2 De interventietheorie

Zoals gezegd, bestaat de kern van de theorie uit een samenstel van mechanismen die, elk voor zich of in samenhang, moeten bijdragen de verwezenlijking van de interventiedoelen. In bijlage 3 worden de verondersteld werkzame mechanismen beschreven.

De toetsing van mechanisme 1, namelijk dat door beïnvloeding van de gezinssituatie de ontwikkelingskansen van kinderen kunnen worden bevorderd, valt buiten het bestek van dit empirische deel van het onderzoek. Daarvoor is ander, langduriger empirisch onderzoek nodig naar de effecten van dit type interventies. In dit onderzoek wordt voor de toetsing van dit mechanisme volstaan met literatuuronderzoek, zie hoofdstuk 2.

Over de andere mechanismen zijn wel empirische gegevens verzameld. Omwille van de duidelijkheid zullen we die in dit hoofdstuk niet alle negen, inclusief aanvullingen en alternatieven meer dan vijftien, mechanismen separaat nalopen. We abstraheren van de heel specifieke beschrijvingen en gaan uit van vier thema's die even zovele uitgangspunten van de methodiek van de Sociale Teams vormen. Bij de beschrijving van de uitvoeringspraktijk volgens deze thema's, en de werkzaamheid van de uitvoering, komen de mechanismen weer ter sprake. De thema's zijn:

- Een integrale, gefaseerde werkwijze.
  Dit thema gaat over het interveniëren op meer leefgebieden, over de volgordelijkheid, over tijdigheid, met name vroegsignalering, en over het wegnemen van stressoren.
- Vraaggerichtheid en motivering.
  Dit thema behelst de aansluiting tussen de interventie en vragen en noden van het gezin, alsmede het onderwerp motivatie en motivatiestrategie.
- Competentiegericht leren.
  Gaat over de vraag of gezinnen in staat zijn om zich kennis en vaardigheden eigen te maken, zodat zij in de toekomst beter in staat zijn om hun problemen zelf op te lossen.
- Systeemgerichtheid.
  Dit houdt in dat de interventie niet op individuen is gericht, maar zich juist (ook) bekommert om de relatie van individuen met significante anderen. De systeemgerichtheid van de Sociale Teams is niet louter gericht op het gezinsverband, maar op de bredere netwerken waar een gezin of individuele gezinsleden deel van uit maken. Dat kunnen sociale netwerken zijn of contacten met professionals.

4.3 De resultaten: probleemreductie en bevordering van zelfredzaamheid

Alle casussen hebben de gebruikelijke begeleidingstermijn van een half jaar doorlopen. Een groot deel heeft daarna nog een verlenging van drie maanden gehad en een enkele casus is zelfs tweemaal verlengd – hier is een jaar lang begeleiding geboden. Dit los van de nazorgfase, waar in het algemeen ook nog een maand of drie voor is gepland. In geen van de casussen is sprake van voortijdige uitval. De casussen zijn evenwel niet alle dertien succesvol gebleken. We hebben daarvoor de volgende criteria gehanteerd:

- de mate van probleemreductie op de leefgebieden in vergelijking met de gestelde doelen;
- zijn er aanwijzingen dat probleemreductie duurzaam is (drie tot zes maanden na beëindiging van de interventiefase)?
- is er sprake van verbeterde zelfredzaamheid?

Uiteindelijk blijken zes van de dertien casussen succesvol in die zin dat er probleemreductie heeft plaatsgevonden conform de doelstellingen van de interventie, dat voor zover waarneembaar deze resultaten een duurzaam karakter lijken te hebben en dat de zelfredzaamheid van de gezinnen (vaak: gezinshoofden) is verbeterd. In vijf casussen is het resultaat twijfelachtig te noemen. De probleemreductie is beperkter dan nagestreefd en er is niet of nauwelijks sprake van toegenomen zelfredzaamheid. Twee casussen mogen als mislukt worden beschouwd. Er is niet of nauwelijks sprake van probleemreductie. Voor zover er resultaten zijn, zijn die deels al binnen de begeleidingstermijn teniet gedaan – en vindt er verdere terugval plaats nadat het Sociaal Team zich heeft teruggetrokken. Er is ook geen verbetering van de zelfredzaamheid waarneembaar.

4.3.1 Probleemreductie

Door het Sociaal Team worden vijf leefgebieden onderscheiden:

1. Werk, inkomen en schulden;
2. Ontwikkelingskansen; onderwijs en kinderen;
3. Huishouden op orde;
4. Sociaal-psychologische vraagstukken, verslaving, huiselijk geweld;
5. Politie en justitie.

De interventie van het Sociaal Team richt zich bij uitstek op de eerste drie genoemde leefgebieden. Ten aanzien van de leefgebieden 4 en 5 kan het Sociaal Team in voorkomende gevallen een bescheiden rol spelen, maar het is eigenlijk de bedoeling dat interventies op deze leefgebieden door andere professionals worden uitgevoerd.

Tegelijkertijd is eerder door de medewerkers van de Sociale Teams wel gewezen op de samenhang tussen deze leefgebieden[99]: zo zou het aanpakken van psychosociale problematiek een bijdrage kunnen leveren aan resultaten op de eerste drie leefgebieden en zou, andersom, stabilisatie op met name leefgebieden 1 en 3 een positieve invloed kunnen hebben op het psychische welbevinden.
We lopen hieronder probleemreductie als gevolg van de interventie van de Sociale Teams, als direct of indirect effect, af per leefgebied. De probleemreductie betreft, zoals kan worden verwacht, vooral de leefgebieden 1 (werk, inkomen en schulden) en 3 (huishouden op orde). In mindere mate zijn problemen verminderd op respectievelijk de leefgebieden 4 (sociaal-psychologische vraagstukken) en 2 (ontwikkelingskansen). Problemen op leefgebied 5 waren in geen der casussen aan de orde.

Leefgebied 1: werk, inkomen en schulden

De probleemreductie in leefgebied 1 heeft vooral betrekking op de financiële situatie. Het betreft vooral de ordening van de financiële administratie, het inzichtelijk maken van de schuldsituatie en daar oplossingen voor vinden én het verbeteren van de inkomenssituatie. Het ordenen van de financiële administratie is eigenlijk een standaardactie die in alle casussen wordt toegepast. In veel gevallen is deze door de ondersteuning van het Sociaal Team verbeterd, doch niet altijd structureel. In enkele casussen blijken de gezinshoofden niet bij machte om volledig zelfstandig die ordening te kunnen handhaven.(N5, C19)[100]
Veel aandacht is besteed aan schuldenproblematiek, waarmee alle casussen te kampen hebben. Soms was dat redelijk acuut: in drie gevallen moest het Sociaal Team een crisisinterventie uitvoeren om huisuitzetting te voorkomen. Dat is steeds gelukt. In bijna alle gevallen is veel inzet gaan zitten in het analyseren van de schuldsituatie en het vinden van adequate oplossingen. De les die uit deze acties kan worden getrokken, is dat die van een zeer langdurig karakter zijn en soms niet binnen de ondersteuningstermijnen (inclusief verlengingen) van het Sociaal Team kunnen worden gerealiseerd. Een andere les is dat het vaak situaties betreft, waarin toeleiding naar de KBR niet (meteen) aan de orde is of zinvol is. Hindernissen voor toeleiding naar de KBR zijn:

- inventarisatie van de schuldsituatie komt niet rond, omdat de cliënt daar zelf geen zicht op heeft, later weer nieuwe schuldeisers opduiken, de cliënt geen openheid van zaken geeft;
- doordat cliënten nog midden in een echtscheidingsprocedure verkeren is niet duidelijk hoe groot het aandeel in de schulden is, waarvoor zij geacht worden verantwoordelijk te zijn;

[99] Zie Hekelaar A., et al., (2011) De basis op orde. Tussenrapportage onderzoek Sociale Teams.
[100] Deze nummers verwijzen naar de toepasselijke casussen, zie bijlage 4.

- het type schulden: het betreft vaak (deels) informele schulden (bij vrienden of familieleden);
- er is geen sprake van een stabiele inkomenssituatie, waardoor er geen uitzicht is op structurele aflossingscapaciteit;
- cliënten zijn niet gemotiveerd of missen de competenties om de uitgaven aan te passen.

Daarom zijn in diverse casussen andere strategieën gevolgd, met meer of minder succes. Soms zijn door het Sociaal Team in samenwerking met de klant alsnog afbetalingsregelingen met schuldeisers getroffen, in twee gevallen heeft het Sociaal Team bewindvoering door de Stichting MEE weten te organiseren, in een geval beschermingsbewind wegens psychische problematiek en in enkele situaties zijn waarborgen getroffen om in ieder geval de schuld niet verder op te laten lopen (bijv. door betaling van huur en energie door de uitkeringsinstantie).
Een andere rol van het Sociaal Team op dit vlak is die van smeermiddel in de relatie tussen KBR en cliënt. In enkele gevallen dreigde een saneringstraject mis te lopen door miscommunicatie en onenigheid tussen beide partijen. Het Sociaal Team is er uiteindelijk in geslaagd om succesvol te bemiddelen en, daarmee, bij te dragen aan de continuïteit van het saneringstraject.
Zo bezien is het Sociaal Team vooral succesvol geweest bij crisisinterventies en de preventie van uitval uit saneringstrajecten of het bemiddelen naar bewindvoerders. In andere casussen zijn wel, voorlopig, partiële oplossingen getroffen (afbetalingsregelingen) of preventieve maatregelen (automatische betalingen). De kwestie in die situaties is of dat voldoende is voor uitzicht op structurele vermindering van de schuldsituatie.

De verbetering van de inkomenspositie is in een aantal casussen bereikt door een beroep te doen op specifieke publieke of private voorzieningen (zoals Bijzondere Bijstand, kwijtschelding lokale heffingen, fiscale toeslagen, Fonds Bijzondere Noden, Stichting Leergeld). In enkele gevallen is een algemene bijstandsuitkering verkregen. Het betreft situaties, waarin het gezinshoofd een arbeidsinkomen heeft uit parttime werk, maar daarmee (ver) onder het sociaal minimum blijft.
Verbetering van de inkomenspositie door aanvaarding van werk of uitbreiding van het aantal werkuren is nooit gelukt – in één geval is er sprake van een (zeer) tijdelijke urenuitbreiding. In de praktijk wordt weinig aandacht besteed aan arbeidsparticipatie. Het is vaak geen doelstelling bij aanvang van het traject, noch wordt het later in het traject een aandachtspunt. Incidenteel is sprake geweest van het helpen bij het opstellen van een CV en sollicitatiebrief. Soms is verwezen naar de klantmanager van SoZaWe voor begeleiding bij het zoeken naar werk. Maar dat zijn uitzonderingen. Sterker nog, in een enkele situatie, waarin aandacht voor werk wegens het aflopen van een tijdelijk arbeidscontract -en dus het wegvallen van dat inkomensdeel- gewenst was, is dat geen moment geproblematiseerd geweest gedurende het begeleidingstraject. (D13)

Leefgebied 2: ontwikkelingskansen, onderwijs en kinderen

Probleemreductie op leefgebied 2, ontwikkelingskansen, komt minder vaak voor. In feite gaat het hier om ontwikkelingskansen bij twee partijen; de ouders en/of de kinderen. In het eerste geval gaat het om kennisontwikkeling of scholing van de ouders, in het tweede geval kan het de schoolparticipatie van de kinderen betreffen, maar gaat het meestentijds om de opvoeding thuis. Niet vaak worden expliciet scholingsdoelen voor ouders gesteld in de begeleidingsplannen van de Sociale Teams. In die gevallen, waarin scholing wel expliciet als doel wordt benoemd – het betreft in twee gevallen taalscholing, in één geval vakscholing – blijkt die uiteindelijk niet verwezenlijkt te worden. Dat heeft in één geval te maken met de prioriteit die bij het oplossen van materiële problematiek (geld, huisvesting) is gelegd (D7). In andere gevallen wordt het afgehouden door cliënten wegens ervaren belemmeringen (gezondheid, combinatie met zorg voor de kinderen) en weinig zelfvertrouwen en mogelijke LVB-problematiek. (resp. N23, D12)

Andere doelstellingen binnen dit leefgebied hebben vooral betrekking op de kinderen, in het bijzonder de opvoeding. De rol van het Sociaal Team in ontwikkelingsvraagstukken gericht op de kinderen is in de praktijk beperkt – en dat geldt ook de resultaten op dit gebied. Deels heeft dit te maken dat het onderwerp ‘opvoeding’ of ontwikkelingskansen van kinderen op weerstand stuit bij cliënten. In het algemeen wordt toch verwacht dat het Sociaal Team gericht is op ondersteuning bij materiële problemen. Interventie op het immateriële vlak, zeker waar het kinderen betreft, wordt simpelweg niet altijd op prijs gesteld – ook al ervaren ouders zelf problemen. Deels heeft dit ook te maken met het feit dat de Sociale Teams worden opgeroepen in een situatie waarin andere hulpverleners zich al om dit thema bekommeren. De Sociale Teams hebben in dit soort situaties ook een beperkte opdracht, vooral gericht op materiële problemen.
Het is niet zo dat het thema ‘opvoeding’ dan geheel onbesproken blijft. Vaak wordt, in het kader van ‘huishouden op orde’, ook gesproken over ‘rust, reinheid en regelmaat’ voor kinderen (op tijd naar bed, op tijd en goed eten, kindveiligheid) en komen zaken als straffen en belonen aan de orde. Maar dat gaat eerder in de vorm van terloopse advisering, dan dat er sprake is van een uitgebreide analyse van de opvoeding en het maken van een plan van aanpak op dit thema.

In een andere rol heeft het Sociaal Team enkele malen gediend als ‘liaison officer’ naar andere opvoedingshulpverleners. Eenmaal zou het Sociaal Team vinger aan de pols houden en zonodig ondersteuning verlenen in afwachting van de geplande introductie van een gezinscoach. In een andere situatie heeft het Sociaal Team contacten gelegd met de zorgcoördinatie op school en is later via die weg Bureau Jeugdzorg ingeschakeld. In een derde casus heeft het Sociaal Team de coördinatie van de ondersteuners betrokken bij dit thema (van school, van het CJG) op zich genomen, om die later weer over te dragen aan een gezinscoach.

Voorts is een belangrijke constatering dat probleemreductie wat betreft de opvoeding in enkele gevallen een indirect en onbedoeld effect is geweest. Door verbetering van de psychosociale toestand van ouders, waardoor ze bijvoorbeeld minder stress ervoeren of beter met psychische problemen konden omgaan, verbeterde ook de aandacht voor de opvoeding en de relatie met de kinderen.
Al met al is er in beperkte mate sprake van resultaat op dit leefgebied, en blijkt er ook slechts, zeker gezien de uitgangspunten van het beleidsprogramma, beperkt aandacht voor – blijkend uit het feit dat er nauwelijks expliciete aandacht voor is in de begeleidingsplannen. Sterker nog, in enkele casussen is er evident sprake van opvoedingsvraagstukken, waarop geen of geen adequate ondersteuning is georganiseerd door derden, die echter ook door het Sociaal Team verder niet zijn aangepakt. (F5, D12)

Leefgebied 3: huishouden op orde
Hoewel niet bij alle casussen van toepassing, is op leefgebied 3 ('huishouden op orde') in de casussen de nodige vooruitgang geboekt. Dan kan het gaan om verbetering van de kwaliteit van de huisvesting. Enkele malen is er, met hulp van het Sociaal Team, naar een betere woning verhuisd. In andere gevallen gaat het om aanpassingen aan de woning, die de veiligheid en het comfort ten goede komen.
Daarnaast is er in enkele gevallen ook begeleid bij huishoudvoering (schoonmaken, op tijd eten, en dergelijke) door middel van het opstellen van roosters, voordoen bij het schoonmaken, etc. In enkele casussen lijkt de situatie wat dit betreft structureel verbeterd.

Leefgebied 4: sociaalpsychologische vraagstukken
In veel casussen beïnvloeden psychosociale problemen (van stress tot gediagnosticeerde psychiatrische problemen als depressiviteit) de situatie in de gezinnen en de mogelijkheden om die te verbeteren. Hoewel dit leefgebied niet tot de formele aandachtsgebieden van het Sociaal Team behoort, zie je toch dat er in diverse casussen (enige) vooruitgang wordt geboekt. Dit resultaat kan verschillende vormen aannemen:

- het Sociaal Team is onderdeel van een professioneel netwerk rondom het gezin, waarin andere partijen de psychosociale ondersteuning voor hun rekening nemen. Het Sociaal Team praat met het gezin over hun ervaringen met die ondersteuning en signaleert zonodig;
- het Sociaal Team stimuleert de bewustwording van psychische problematiek en de acceptatie van psychosociale zorg;
- er wordt een indirect effect bereikt: door verbetering van de materiële situatie van het gezin vermindert de stress.

Een specifieke aanpak op dit leefgebied is het testen van het gezinshoofd op mogelijke verstandelijke beperkingen. Dit heeft in 3 van de 13 casussen gespeeld. In één casus heeft het gezinshoofd ook aangegeven dat ze door de uitslag van de IQ-test, die inderdaad een verstandelijke beperking indiceerde, 'rustiger' is geworden. De uitslag van de IQ-test bood haar een verklaring voor haar worstelen met (alledaagse) problemen. (F15)
Tot slot zien we ook op dit leefgebied dat in enkele casussen de psychosociale situatie van de gezinsleden, in het bijzonder het gezinshoofd, ondanks de evidente invloed op de gezinssituatie, niet wordt waargenomen.(D12, N5) Dit sluit aan bij de eerdere constatering dat de interventie van het Sociaal Team op het immateriële vlak minder vanzelfsprekend is – en dat het risico dat dergelijke problemen 'ongezien' blijven groter is - dan bij materiële problemen.

4.3.2 Bevordering van zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid is een term die als zodanig in het handboek niet veelvuldig kan worden teruggevonden. Wel wordt aan het idee van competentiegericht leren de doelstelling verbonden dat gezinnen tot meer 'zelfsturing' in staat worden gesteld – zonder dat dit in het handboek wordt uitgewerkt. In de praktijk van de Sociale Teams blijken de uitvoerders (Hekelaar et al., 2011) aan de doelstelling zelfredzaamheid[101] diverse betekenissen te koppelen.

1) Competentiegericht leren: conform de uitleg van het handboek gaat het om het aanleren van vaardigheden die helpen om toekomstige problemen te voorkomen of om toekomstige problemen zelf beter te kunnen oplossen. Dat kunnen financiële of opvoedkundige vaardigheden zijn, sociale vaardigheden of bijvoorbeeld bureaucratische vaardigheden;

2) Sociaal kapitaal versterken: het in staat zijn om sociale steun te verwerven gezien;

3) Professionele hulpbronnen kunnen aanwenden: het hebben van kennis van de sociale kaart (infrastructuur van professionele, hulpverlenende organisaties) en het vermogen om tijdig dergelijke organisaties in te schakelen;

4) Psychologisch kapitaal versterken (Levering 2011, Snel et al. 2000): versterking van het zelfvertrouwen of selfefficacy (geloof in eigen kunnen).

[101] De term 'zelfsturing' wordt in de dagelijkse praktijk niet gebruikt.

Dit zijn vier aspecten van het concept zelfredzaamheid gebaseerd op betekenissen uit de praktijk. De vraag is hier of er uit de casuïstiek indicaties zijn te halen voor veranderingen in de zelfredzaamheid van gezinnen, vooral: gezinshoofden, en welke aspecten dat betreft. De vraag daaropvolgend is of de ontwikkeling van de zelfredzaamheid duurzaam is.

Voorafgaand aan de beantwoording van deze vraag doen we twee constateringen. De eerste is dat er wat betreft zelfredzaamheid weliswaar diverse ontwikkelingen bij gezinnen zijn waar te nemen, maar dat bij aanvang van de trajecten nooit specifieke doelen worden gesteld die gericht zijn op de versterking van de zelfredzaamheid. Ontwikkelingen van de zelfredzaamheid zijn dus eerder een neveneffect van de begeleiding van het Sociaal Team en de veranderingen van de situatie op één of meer leefgebieden, dan het gevolg van een planmatige interventie. Met twee uitzonderingen, die beide juist gezinnen met beperkte mogelijkheden betreffen. In een geval zijn er bewust geen zelfredzaamheidsdoelen gesteld. Het betreft een complexe situatie van een meewerkende, maar verstandelijk beperkte vrouw met een ongemotiveerde echtgenoot. Het Sociaal Team heeft al vrij snel de conclusie getrokken dat vooruitgang wat betreft zelfredzaamheid niet in de lijn der verwachting ligt. In afwijking van de gebruikelijke methodiek heeft het Sociaal Team een actieve hulpverlenersrol vervuld en zoveel mogelijk professioneel netwerk om het gezin georganiseerd (N22). In de andere casus is wel een doel gesteld, namelijk het verkennen van de grenzen van de zelfredzaamheid. Een IQ-test bevestigde verstandelijke beperkingen, waarna is omgezien naar structurele professionele inzet. (F15)
Daarbij aansluitend, kan, ten tweede, worden vastgesteld dat de startsituaties erg uiteen kunnen lopen. Tegenover de casussen, waarin van meet af aan twijfels zijn over bevordering van zelfredzaamheid, staan casussen die eigenlijk al een tamelijk hoog niveau van zelfredzaamheid kennen. Dat kenmerkt zich bijvoorbeeld door arbeidsparticipatie en economische zelfstandigheid, door inzicht in de sociale infrastructuur, weten hoe je professionele organisaties kunt bereiken, probleeminzicht en een, in vergelijking met andere casussen, kennelijk grotere mate van zelfzekerheid. (D7, C14)

Kijken we naar de resultaten, dan zijn er in drie van de casussen geen ontwikkelingen waar te nemen op één van de onderscheiden betekenissen. Dat betekent dat de zelfredzaamheid van deze gezinnen, of beter: gezinshoofden, niet is verbeterd. Bij de andere tien casussen zijn wel ontwikkelingen waar te nemen:

1) Competentiegericht leren
   Uit de casussen blijkt dat er in beperkte mate sprake is van dit type leereffecten (verbetering vaardigheden) – er wordt ook niet sterk of heel specifiek op gestuurd.[102] Meest voorkomend is de verbetering van de financieel-administratieve vaardigheden. Daarnaast worden leereffecten gemeld die hebben te maken met de kennis van en de omgang met professionele organisaties, zie hieronder.

2) Sociale hulpbronnen
   Er zijn nauwelijks voorbeelden van casussen die sociale steun hebben weten te verwerven of relevante sociale contacten, waar men in de toekomst op zou kunnen terugvallen. Dit heeft te maken met twee factoren: enerzijds kenmerken van de situatie van het gezin (sociaal isolement, schaamte, een netwerk met een beperkt cultureel en/of economisch kapitaal), anderzijds het niet gericht zijn van de Sociale Teams op versterking van dit 'sociale kapitaal' van gezinnen. We komen daar nog op terug.

3) Professionele hulpbronnen
   Op dit aspect worden in enkele casussen wel vorderingen gerapporteerd. Het gaat dan om meer kennis van de sociale infrastructuur (bij welke organisatie kan ik welke informatie of hulp krijgen), om vaardigheden in de omgang met organisaties (bellen om meer informatie, rustig en fatsoenlijk blijven in de omgang met organisaties) en om meer zelfzekerheid (contact durven leggen, uitleg durven vragen als je iets niet snapt, etc.) en vermindering van wantrouwen.

4) Psychologisch kapitaal
   Als laatste is in een aantal casussen vooruitgang in psychologische zin waar te nemen. Soms betreft het bijdragen aan bewustwording en acceptatie van de (probleem)situatie, in andere gevallen worden meer zelfzekerheid (zie ook hiervoor) en meer zelfregie (minder de neiging om zaken op zijn beloop te laten) gerapporteerd.

Samenvattend heeft de interventie van de Sociale Teams vooral effect gehad op het leren van enkele, zeer specifieke, vaardigheden en op versterking van het psychologisch kapitaal. Dat laatste is ook de basis, in een aantal gevallen, voor versterking van de positie ten opzichte van professionele organisaties.

[102] Hiervoor is al gemeld dat er zelden scholingsdoelstellingen zijn en voor zover gesteld, ze niet worden gerealiseerd.

Onvermogen en veerkracht

Het eenoudergezin heeft in enkele jaren tijd een sterke neerwaartse sociale mobiliteit meegemaakt. Van een geregeld gezin met een stabiel inkomen en een eigen huis is het bergafwaarts gegaan naar werkloosheid, gedwongen verhuizing naar een kleine huurwoning en een scheiding. De vader heeft, ziek geworden en gespannen, het gezin verlaten en moeder is alleen achtergebleven met haar kinderen. Ze heeft een klein inkomen uit vermoeiend werk, onder het sociaal minimum. Ze maakt geen gebruik van inkomensvoorzieningen en heeft grote (hypotheek)schulden.

Moeder sleept zich door de dagen heen. Ze kan de verlating door haar man niet accepteren en voelt zich machteloos nu ze niet meer op hem kan steunen – hij regelde altijd alles in hun leven en ze weet eigenlijk weinig van de maatschappij. Ze is neerslachtig, heeft moeite haar bed uit te komen, heeft steeds meer fysieke klachten en leunt steeds meer op haar oudste dochter. Die dreigt overbelast te worden, mede omdat ze zelf problemen heeft met de keuze van vervolgopleidingen en het vinden van werk. De tweede dochter is in de puberteit, heeft leerproblemen en verzet zich tegen haar moeder, die van de weeromstuit de teugels steeds strakker probeert aan te trekken – escalatie in deze verhouding ligt op de loer. Het gezin is sociaal geïsoleerd geraakt, nadat in de nasleep van de scheiding de verhoudingen met de familie zijn getroebleerd.

Dit is de situatie als het Sociaal Team wordt ingeschakeld door het maatschappelijk werk, dat zich richt op psychosociale ondersteuning van de moeder en oudste dochter. Het Sociaal Team wordt geconfronteerd met plastic zakken vol ongeopende post, ruiënde gezinsleden en een klagende, neerslachtige moeder “in een slachtofferrol”. De medewerkers van het Sociaal Team gaan aan de slag met de ordening van de financiële administratie. Daarnaast helpen ze bij het aanvragen van inkomensvoorzieningen, zoals een aanvullende bijstandsuitkering en zorgtoeslag. Tevens adviseren ze haar bij de stappen die ze moet zetten om de echtscheiding te formaliseren. Zeker in het begin vormen de gesprekken met het Sociaal Team ook een uitlaatklep voor de moeder om haar frustraties te kunnen uiten. Langzaam groeit bij haar het besef dat ze de verlating moet accepteren. De medewerkers van het Sociaal Team weten haar ook te doordringen van het belang om via de huisarts psychische hulp te vragen. Mevrouw regelt dat zelf en uiteindelijk wordt ze als depressief gediagnosticeerd; naast gesprekstherapie krijgt ze medicatie. Doordat het Sociaal Team moeder nu helpt bij ‘externe contacten’, wordt de oudste dochter ontlast.

Hoewel de situatie financieel inzichtelijker is geworden, het inkomen is verruimd en er psychische hulp is gevonden, is er sprake van een fragiel evenwicht. Als het Sociaal Team wegens vakantie en vervanging van een medewerker enkele weken niet komt, stapelt de post zich weer op, voelt mevrouw zich weer somberder en heeft ze de neiging om, als ze niet hoeft te werken, zich in haar slaapkamer terug te trekken. De dochters maken zich zorgen om haar en gaan ook ’s nachts regelmatig kijken of ze wel rustig slaapt.

Dit wankele evenwicht geldt nog steeds als het Sociaal Team deze casus na 9 maanden telefonisch overdraagt aan de instelling voor maatschappelijk werk, die haar ook had aangemeld. De toeleiding naar de KBR is nog niet gelukt, omdat de echtscheiding nog niet officieel is uitgesproken – daardoor kon bovendien nog geen huurtoeslag worden aangevraagd. Het maatschappelijk werk zou dit overnemen, zij het dat de instelling naast de nieuwe gunning voor het welzijnswerk heeft gegrepen dus ook al weer snel ophield te bestaan. In dezelfde tijd verloor mevrouw ook haar werk. Wegens werkvermindering is haar contract niet verlengd – en hoewel dit eigenlijk te voorzien was, is er door niemand (noch het Sociaal Team, noch de Sociale Dienst) op geacteerd.

En zo treffen we mevrouw vijf maanden na de interventie van het Sociaal Team. Ze klaagt over haar fysieke gezondheid, haar vergeetachtigheid en algeheel gebrek aan vitaliteit. Ze is somber en de verhoudingen in het gezin geven ook niet veel aanleiding tot vrolijkheid. De relatie met de jongste dochter is niet goed; die gaat haar eigen gang en mevrouw voelt zich genegeerd door haar. Voor het huishouden leunt ze meer op haar oudste dochter en bij tijd en wijle gaat de post weer ongeopend plastic zakken in – ze is teruggevallen op

bekende overlevingsstrategieën. Er zijn nog wel contacten met de Riagg. Haar begeleider heeft een organisatie ingeschakeld om haar het komende jaar te helpen bij de ordening van de financiën en de toeleiding naar de KBR. Of ze werkelijk van die diensten gebruik gaat maken weet ze niet. Dat hangt af van de hoogte van de eigen bijdrage die ze zal moeten betalen. Mevrouw lijkt weer terug bij af te zijn.

Maar toch… De echtscheiding is nu officieel uitgesproken. Mevrouw vertelt dat het haar nu minder emotioneert. Ze heeft zelf geregeld dat de woning op haar naam is gezet en heeft huurtoeslag aangevraagd. Hoewel het gebrek aan energie haar hindert, heeft ze nu het gevoel dat ze zelf moet zorgen dat haar leven invulling krijgt. Sinds een aantal weken doet ze enkele uren per week vrijwilligerswerk, waarvoor ze zich op eigen initiatief heeft aangemeld. De collega's weten dat ze soms moet verzaken omdat ze zich dan niet goed voelt, maar dat is geaccepteerd. Sterker nog, ze komen dan wel eens langs om te kijken hoe het gaat en blijven gezellig koffie drinken. En deze week heeft ze een afspraak om een ander vrijwilligersbaantje erbij te nemen. Ze is haar hele leven werkzaam geweest en ze wil onder de huidige omstandigheden hoe dan ook actief blijven.

4.4 De mechanismen

In deze paragraaf wordt geanalyseerd welke mechanismen, die eerder in de interventietheorie zijn geïdentificeerd, werkzaam zijn geweest in de casussen. Zoals in de inleiding aangegeven worden de mechanismen beschreven aan de hand van vier abstractere thema's, die de uitgangspunten van de methodiek van de Sociale Teams typeren

4.4.1 Integrale, gefaseerde werkwijze

Integraal werken heeft te maken met een brede inventarisatie van mogelijke problemen in de leefsituatie van gezinnen, het analyseren van samenhangen en het in samenhang aanpakken van deze problemen. In het handboek van de Sociale Teams wordt in dit verband gesproken over 'meervoudig kijken' dat tot 'meervoudig werken' of een 'totaalaanpak' zou moeten leiden.

Kan van meervoudig kijken worden gesproken?

In het algemeen is sprake van een brede inventarisatie van problemen op verschillende leefgebieden. In die zin kan gesproken worden van 'meervoudig kijken'. Of daarbij altijd wel voldoende de samenhang tussen problemen (zoals psychosociale problematiek en opvoeding of financiële problemen) worden geanalyseerd is de vraag. Bovendien lijken de analyses zich vooral te richten op de leefgebieden en de problemen die 'gereduceerd' moeten worden. Er wordt minder aandacht besteed aan andere belangrijke kenmerken zoals motivatie en zelfredzaamheid (competenties, sociale steun, psychologisch kapitaal).

Kan van meervoudig werken of een totaalaanpak worden gesproken?
Dit is minder eenduidig en er kan in ieder geval worden geconstateerd dat het niet vanzelfsprekend is. Allereerst blijkt dat niet in elke casus alle geconstateerde problemen op de diverse leefgebieden worden aangepakt. Daarop zijn de volgende factoren van invloed:

- het Sociaal Team maakt soms onderdeel uit van een professioneel netwerk rond een gezin en heeft daarbinnen een specifieke taakopdracht. Zaken als opvoedingsondersteuning en psychosociale begeleiding worden door andere partijen verzorgd;
- de motivatie van de klant ontbreekt om zich bij sommige, vooral immateriële, problemen te laten ondersteunen;
- de aandacht van medewerkers van het Sociaal Team voor andere problemen dan de dominante materiële problematiek.

Een eerder opgetekende opvatting van een aantal medewerkers van de Sociale Teams is dat de aanpak van psychosociale problematiek a. bijna altijd aan de orde is, b. verweven is met andere, problemen, ook de materiële, en c. voorwaardelijk is om duurzame resultaten te bereiken op de andere leefgebieden. In de praktijk blijkt er betrekkelijk weinig gerichte aandacht voor en aanpak van dit type problemen te zijn. Slechts incidenteel is er sprake van een samen optrekken met andere hulpverleners die psychosociale ondersteuning bieden. Voor zover de Sociale Teams daar zelf ondersteuning bij bieden, beperkt zich dat in het algemeen tot wat wel ‘een luisterend oor’ wordt genoemd .

Gezien de prevalentie van psychosociale problematiek (van stress tot onvermogen om het dagelijks leven te structureren tot ernstige achterdocht ten opzichte van personen en instanties tot psychiatrische problematiek), alsmede de verwevenheid met andere problemen in de casuïstiek, wordt het belang van de aanpak hiervan ondersteund – echter, dat blijkt weer niet altijd uit het *handelen* van de Sociale Teams in de praktijk.
Er zijn grote verschillen tussen de casussen waarneembaar. Enerzijds zien we casussen waarbij wel van een omvattende en samenhangende aanpak sprake is. Het gaat vaak om casussen waarin het Sociaal Team deel uit maakt van een goed functionerend netwerk. Dat zijn ook vaak de meer succesvolle casussen. Aan de andere kant zien we casussen waarin wel sprake is van ‘meervoudig kijken’, maar er uiteindelijk een ‘aanpak in compartimenten’ ontstaat: er is weliswaar zicht op de veelheid van problemen, maar ze worden veelal benaderd alsof ze op zichzelf staan.

Is er een patroon waar te nemen in de fasering, de volgorde, van de aanpak?
In de interventietheorie wordt ervan uitgegaan, geïnspireerd door de Maslow-piramide, dat er een immanente volgorde is, waarin problemen dienen te worden aangepakt. Eerst zou de aanpak zich (moeten) richten op materiële problemen en het huishouden op orde.

Pas daarna zou er ruimte zijn, omdat er minder stressfactoren zijn, voor de aanpak van ontwikkelingsproblemen (bij kinderen en ouders, de opvoeding) en vervolgens kan men zich gaan richten op maatschappelijke participatie. In de uitvoeringspraktijk zien we deze volgordelijkheid niet terug. In een aantal gevallen komt men sowieso niet toe aan de ondersteuning bij immateriële problemen. Maar er zijn ook situaties, zeker ook waarin andere hulpverlenende partijen betrokken zijn, waarin problemen op diverse leefgebieden tegelijkertijd worden aangepakt.
Voor zover er sprake is van een bewuste fasering, wordt die vooral bepaald door het onderscheid crisisinterventie en overige ondersteuning. Dreigt er huisuitzetting, uitval uit schuldhulp of dreigen kinderen niet tijdig ingeschreven te zijn voor scholen, dan wordt bij voorrang op dit type problemen ingezet. Voor het overige is er geen vaste volgorde waar te nemen waarin problemen worden aangepakt.
In overeenstemming met wat in de literatuur is gevonden, zien we ook in de casussen dat het boeken van praktisch succes, soms op korte termijn na een crisisinterventie, positieve effecten kan hebben op de relatie tussen het Sociaal Team en de klant en op de motivatie van de klant. In enkele gevallen zien we, andersom, dat het uitblijven van resultaat, zoals de aansluiting op de schuldhulpverlening door allerlei toegangsvereisten, demotiverend kan werken.

Leidt aanpak van materiële problemen tot vermindering van stress binnen gezinnen?
Dit is één van de argumenten om eerst op de aanpak van materiële problemen te richten. In een aantal casussen zien we dit mechanisme zich voltrekken – dit wordt gerapporteerd door zowel het gezinshoofd als de medewerkers van de Sociale Teams. De gezinshoofden rapporteren zelf een afname van gevoelens van spanningen en meer rust. Dat heeft in enkele situaties invloed op de sfeer in het gezin en de verbetering van de onderlinge relaties (meer aandacht, meer communicatie).
Maar de werkzaamheid van dit mechanisme is wel conditioneel. Als een op zichzelf staand mechanisme werkt het vooral in situaties, waarin betrokkenen (vooral: de ouder(s)) relatief wat zelfredzamer en zelfstandiger zijn (D7, C14, F5). In situaties waarin een ouder zelf worstelt met psychische problematiek en/of bijvoorbeeld de gezinsrelaties ernstig zijn verstoord werkt dit mechanisme niet (D13), tenzij ook op dat vlak begeleiding wordt geboden en problemen inmiddels wat beter kunnen worden gehanteerd (C22).

Stressreductie door materiële vooruitgang

Moeder is een tamelijk zelfredzame vrouw die, na migratie naar Nederland, binnen enkele jaren werk weet te vinden. Ze is er zeer gemotiveerd voor, omdat ze niet afhankelijk wil zijn van een uitkering, ook al verdient ze nauwelijks meer dan dat. De vader van het gezin verblijft en werkt in het land van herkomst en zal zich in de nabije toekomst hopelijk weer bij hen voegen. Andere familieleden van mevrouw (moeder en broer) wonen al langer in Rotterdam. Haar moeder is een belangrijke steunpilaar.
Hoewel een zelfredzame vrouw heeft ze via de Sociale Dienst (nadat ze al uit de uitkering was) toch om ondersteuning gevraagd. Ze heeft een laag inkomen en moet, vanwege de schuldsanering, van een beperkt leefgeld rondkomen. Ze vindt dat ze als ouder materieel tekort schiet. Bovendien kan ze door haar drukke

en onregelmatige werk de 3 kinderen niet altijd voldoende aandacht geven. De middelste heeft psychosociale problemen en daardoor loopt het op school niet op rolletjes. Een belangrijke bron van stress is de erbarmelijke huisvesting. De problemen dreigen haar 'eigen kracht' nu te boven te gaan. De combinatie met werk kost veel energie, haar taalvaardigheid schiet soms tekort, evenals haar kennis van organisaties en voorzieningen. In het contact met de KBR zijn er steeds misverstanden en dreigen conflicten, zelfs uitsluiting uit het saneringstraject.
Het Sociaal Team gaat onmiddellijk aan de gang om samen met mevrouw mogelijkheden voor aanvullende inkomensvoorzieningen te onderzoeken. Ook wordt een voedselpakket bij de Voedselbank aangevraagd en verkregen. Er vindt bemiddeling plaats tussen mevrouw en KBR, waardoor wordt voorkomen dat het saneringstraject vastloopt. Tegelijkertijd wordt met mevrouw afgesproken dat ze voortaan tijdig brieven opent, adequaat reageert en desnoods haar oudste dochter laat helpen bij het begrijpen van correspondentie. Het grootste succes wordt evenwel geboekt als er een nieuwe, comfortabele woning wordt gevonden. Al geeft de verhuizing naar de andere kant van de stad nog veel hoofdbrekens, het geeft een enorme positieve stimulans voor het gezin.
Het Sociaal Team is nauw betrokken bij verhuizing en de nasleep ervan. Een belangrijk, en door mevrouw veronachtzaamd, gevolg is dat de kinderen een andere school moeten vinden. Vanwege de urgentie daarvan hebben de medewerkers dat van haar overgenomen, met succes. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt over wie er helpt bij de verhuizing (haar moeder en haar stiefvader). Bovendien is afgesproken dat de kinderen minder vaak alleen gelaten worden als mevrouw werkt – hun oma zal wat vaker oppassen. Voor de jongste dochter heeft mevrouw zelf inmiddels een plaats op de peuterspeelzaal weten te organiseren.
Mevrouw vertelt bij afloop van de ondersteuning van het Sociaal Team dat haar situatie sterk verbeterd is. Natuurlijk in materieel opzicht (de woning en wat inkomensaanvullingen), maar vooral dat zich zekerder voelt in de omgang met organisaties en, nog belangrijker, dat de sfeer in het gezin beter is geworden. Toen ze haar hulpvraag bij de Sociale Dienst neerlegde, begon ze langzaam de moed te verliezen. Nu heeft ze weer meer vertrouwen in de toekomst. Ze heeft meer aandacht voor de kinderen en onderlinge communicatie is sterk verbeterd. Er zijn natuurlijk wel zorgen over de psychosociale problemen van het middelste kind, maar die krijgt sinds kort coaching van Bureau Jeugdzorg (door de school ingeschakeld).

Heeft de interventie van de Sociale Teams een preventieve werking doordat problemen in een vroeg stadium worden gesignaleerd?

Vroegsignalering en het 'voorkomen van ontwikkelingsproblemen bij kinderen' is één van de doelen van het Sociaal Team. In welke situaties er sprake is van vroegsignalering is niet geoperationaliseerd, al wordt wel gerefereerd aan de leeftijd van de kinderen – jonger dan 5 jaar. Vaak zijn er in de casussen wel jonge kinderen aanwezig, ook jonger dan 5 jaar. Echter, kijken we naar de duur van de problemen waarmee gezinnen te maken hebben en voorafgaande hulpverlening, dan kan moeilijk van vroegsignalering worden gesproken. Veel van de gezinsproblemen kennen een lange geschiedenis en bij veel gezinnen zijn al eerder hulpverleners betrokken (geweest).

4.4.2 Vraaggerichtheid en motivering

Vraaggerichtheid heeft te maken met de rol van de klant in het interventieproces. Daarin kunnen drie momenten worden onderscheiden:

- de rol van de klant in de definiëring van de problemen en de doelen;
- de rol van de klant in het bedenken van oplossingen;
- de rol van de klant in de uitvoering van het proces.

De term vraaggerichtheid is wat verwarrend, vanwege de suggestie dat de hulpverleners volledig afgaan op de wensen van de klant. In de context van de Sociale Teams gaat het vooral om een interactie tussen de professional en de klant, waarin wordt bepaald welke richting de interventie neemt en hoe problemen worden aangepakt. Een veronderstelling van de Sociale Teams is dat hoe groter de rol van de klant is (men spreekt ook wel van: regie) in de definitie van de situatie, in het bepalen van oplossingsrichtingen en in het uitvoeren van het verbeterproces, des te meer hij of zij gemotiveerd is om dit proces te doorlopen en des effectiever de interventie is.

Lukt het om tot een gedeelde definitie van de situatie te komen?
Hoewel de Sociale Teams in het algemeen niet door de klant zelf worden gevraagd, maar zijn gestuurd door derden, ontstaat er in veel gevallen consensus over de aard van de problemen en de manieren om die op te lossen. Deels gaat het daarbij om klanten die al een hoge mate van zelfredzaamheid vertonen, zelf goed kunnen aangeven wat problemen zijn en gemotiveerd zijn om problemen aan te pakken. In andere gevallen is de vraag van de klant minder gearticuleerd.
Het bereiken van een gedeelde analyse van de situatie kost tijd. Dat blijkt alleen al uit het gegeven dat het maken en ondertekenen van een begeleidingsplan doorgaans anderhalf tot twee maanden na de intake duurt. Vaak zijn dan materiële problemen redelijk in beeld – hoewel de inventarisatie van schulden bijvoorbeeld maanden kan duren; omdat de klant zelf geen overzicht heeft (dat blijkt pas uit de rekeningen en aanmaningen die successievelijk binnenkomen) of geen volledige opening van zaken geeft (uit schaamte). Als het gaat om immateriële problemen, bijvoorbeeld van psychosociale of cognitieve aard, neemt het maken van een analyse meer tijd.

In het algemeen kan worden geconstateerd dat het beeld van de situatie gedurende de gehele begeleidingsperiode kan wijzigen – en dat vaak ook doet. Er komt meer informatie over aard en ernst van problemen op tafel, door trial and error leert men over oplossingsmogelijkheden en grenzen, gaandeweg wordt men zich ook pas bewust, of krijgt men meer duidelijkheid, over de relatie tussen problemen – bijvoorbeeld hoe psychische problemen soms oplossingen in de weg staan - of krijgt men zicht op dieper liggende problematiek – er ontstaat een vermoeden van verstandelijke beperkingen (D12). Dit betekent dat definities van de situatie bijna altijd aan ontwikkeling onderhevig

zijn en er voortdurend onderhandeling plaats vindt, of: zou moeten vinden, tussen klant en hulpverlener. Dit kan als een gezamenlijk leerproces worden gezien.
Vanuit dit perspectief wekt het geen verbazing dat het begeleidingsplan voor de klanten weinig relevantie heeft en het moment van ondertekening niet erg betekenisvol is. Soms herinneren klanten zich niet eens een document te hebben getekend, de inhoud zijn de meesten vergeten. Het is slechts een moment in een proces van voortdurende exploratie van problemen en oplossingen.
Consensus wordt niet altijd bereikt. In een aantal casussen blijven definities van de klant en de medewerkers van de Sociale Teams uiteenlopen. De volgende factoren spelen daarin een rol:

- de klant heeft geen probleeminzicht en verwerft dit, ook met hulp van het Sociaal Team, zeer moeizaam;
- de relatie tussen het Sociaal Team en de klant is afstandelijk en de klant is achterdochtig (N17);
- de klant wil slechts geholpen worden bij materiële (lees: financiële) problemen en wil geen ondersteuning bij opvoeding of bijvoorbeeld activering (N23);
- klant heeft andere doelen dan de medewerkers van het Sociaal Team (C25);
- medewerkers van het Sociaal Team stellen de verschillen in definitie niet aan de orde en beperken zich tot die onderwerpen waar wel overeenstemming over bestaat (C25).

Wat is de rol van de klant bij de uitvoering van het proces?
Uitgangspunt van de methodiek is dat de klant zoveel mogelijk verantwoordelijk wordt gemaakt voor de uitvoering van het begeleidingsplan. “Niet overnemen, maar ondersteunen” is één van de meest nageleefde principes in de uitvoering. Veelal wordt getracht om de klanten zoveel mogelijk zelf te laten doen (bijv. contacten met organisaties te leggen) al dan niet voorbesproken met of begeleid door de Sociale Teams. De mate waarin dit mogelijk is, varieert per gezin, afhankelijk van de competenties en belemmeringen van de betrokkenen. Soms is al bij aanvang duidelijk dat dit principe niet gestand kan worden gedaan en dat de medewerkers van het Sociaal Team zelf veel moeten uitvoeren en regelen. (N22) In een aantal andere gevallen blijkt gaandeweg, nadat de zelfstandige inzet van klanten strandt of lange tijd in beslag neemt, dat de Sociale Teams meer taken gaan overnemen.

Lukt het in algemene zin om de regie bij de klant te leggen?
In algemene zin geldt dat de Sociale Teams toch een stevig stempel drukken op de inhoud en het tempo van het begeleidingstraject, in plaats van klanten de regierol toe te bedelen. Daarbij speelt dat sommige klanten dat zelf niet kunnen, een enkeling dat zelf niet wil en veel klanten dat bij aanvang ook zeker niet verwachten. Veel klanten verwachten een klassieke rolverdeling, waarin de hulpverlener de problemen voor hen oplost en de verantwoordelijkheid voor het hulpverleningsproces van hen overneemt. In

slechts enkele casussen is sprake van meer wisselwerking tussen klant en medewerkers van het Sociaal Team over wie welke taken uitvoert en op welk moment stappen worden gezet. Dat zijn casussen waarin gezinshoofden zelf meer in staat zijn tot reflectie over hun situatie en zelfredzamer zijn in het handelen – en er geen crisissituatie is, bijvoorbeeld dreigende huisuitzetting, die tot handelen noopt. (D7, C14)

Bevordert betrokkenheid van de klant, en groeiend bewustzijn van problemen en oplossingen, de motivatie om problemen aan te pakken?

Voor dit mechanisme hebben we weinig grond kunnen vinden in de casussen. Veeleer is er sprake van een samengaan van betrekkelijk zelfstandige of zelfredzame personen die van meet af aan sterk gemotiveerd zijn om problemen aan te pakken. Uit de casussen blijkt niet dat stimuleren van een actieve rol van de klant tot meer motivatie leidt – het verband is eerder andersom.

Op welke wijze hebben de Sociale Teams getracht klanten te motiveren?

Om te beginnen kan worden geconstateerd dat er geen klanten zijn die niet gemotiveerd zijn om problemen aan te pakken. Motivatie in de zin van een basale 'wil tot verandering' van de situatie is in alle gevallen aanwezig. Maar deze 'wil tot verandering' wordt beïnvloed door opvattingen en overtuigingen, in die zin is er vooral sprake van "begrensde motivatie": motivatie beperkt zich tot de aanpak van bepaalde leefgebieden, motivatie wordt begrensd door een beperkt geloof in eigen kunnen (selfefficacy), wantrouwen in organisaties, een beperkt zelfinzicht en geen overzicht meer hebben. Dat maakt het begrip ook tamelijk ongrijpbaar. In de praktijk blijken de medewerkers van de Sociale Teams soms moeite te hebben om de motivatie van klanten te duiden. Vaak blijkt ook pas in de loop het ondersteuningsproces dat gezinnen alleen op bepaalde vlakken (financieel) begeleiding wensen en geen bemoeienis accepteren met bijvoorbeeld opvoedingszaken. Soms ontstaan later ook twijfels over motivatie als gezinnen zich minder in lijken te zetten tijdens het traject, afspraken over inspanningen niet nakomen of daar heel veel tijd voor nodig hebben, etc. Dan blijkt het tamelijk lastig om een eenduidige analyse te maken waarom processen niet lopen zoals gepland: is er sprake van belemmeringen of zijn mensen minder gemotiveerd dan verwacht en wat is de reden daarvan? Soms kan bij medewerkers gaandeweg een wijziging van het klantbeeld worden waargenomen: van een goed bedoelende 'niet-kunner' naar een minder te goeder trouw zijnde 'niet-willer'. (D12)

De medewerkers van de Sociale Teams hebben op diverse manieren getracht de motivatie van de gezinnen te beïnvloeden, met meer of minder succes. Er zijn op basis van de casuïstiek geen werkzame strategieën te benoemen, ook omdat dit sterk afhangt van de aard van de motivatieproblemen en het repertoire van de medewerkers. Toegepaste motivatiestrategieën zijn:

- stimulerende, empathische gespreksvoering: vanuit begrip voor de situatie en moeilijkheden wijzen op het belang en de mogelijkheden om de situatie te veranderen. Daarbij uitdrukkelijk ook aandacht besteden aan de eigen rol en invloed van de klant;
- het benadrukken van de verantwoordelijkheden als ouder. In enkele casussen is het belang van verbetering van de situatie (materieel, ontwikkeling, onderlinge verhoudingen) voor de kinderen voorgehouden als strategie om ouders te motiveren; (D13)
- het confronteren met schrikbeelden: problemen uit het verleden, zoals huisuitzetting, die men niet weer wil meemaken of negatieve scenario's in geval van passiviteit schetsen; (C22)
- de laatste waarschuwing: in een casus heeft een netwerk van hulpverleners, waaronder het Sociaal Team, een 'laatste kans' gesprek gevoerd, nadat allerlei ondersteuningsprocessen stagneerden. Dit is succesvol geweest en heeft geleid tot meer medewerking van de klant; (N17)
- succeservaring: het met hulp de Sociale Teams opdoen van positieve ervaringen, bijvoorbeeld in het contact met organisaties, draagt bij aan de motivatie om de situatie te veranderen. Medewerkers vertellen vaak dat ze stilstaan bij deze successen om de klant te laten zien die hij of zij wel degelijk invloed heeft op zijn leefsituatie. Het uitblijven van succes kan de motivatie om mee te werken aan de interventie verminderen (C19)
- drang en dwang: methoden om tegen de wil van een gezin interventies uit te voeren worden in het algemeen niet toegepast. In twee casussen hebben medewerkers van de Sociale Teams uiteindelijk besloten, nadat klanten niet tot medewerking te bewegen zijn, om, in het belang van de kinderen, gedwongen hulpverlening te adviseren. In een geval is een AMK-melding gedaan (N5), in het andere geval is een VIG-coach ingeschakeld (C19).

De motivatiestrategieën hebben in het algemeen een incrementeel karakter. Daarmee wordt bedoeld dat gaandeweg het traject wordt bepaald hoe klanten te motiveren zijn op basis van voortschrijdend inzicht in motivatieproblemen. Daarbij blijken de medewerkers, nogmaals, soms te worstelen met de duiding van de motivatie van de klant. In enkele gevallen overigens, hebben de medewerkers zich daarbij geen rekenschap gegeven van de opvattingen van de klant. In twee casussen hebben klanten zelf uitdrukkelijk aangegeven een stevige benadering nodig te hebben, maar zijn de medewerkers van de Sociale Teams toch tamelijk voorzichtig, in de zin van weinig directief, te werk gegaan. (C19, F5).

Van empathische ondersteuning naar gedwongen hulp

Deze casus is aangemeld door een gezinscoach van het CJG, die door de praktische problemen in het gezin niet toekwam aan de opvoedkundige ondersteuning. Het betreft een alleenstaande moeder van eind twintig met een dochtertje van een jaar. Ze wonen in een rommelige en vuile woning. Moeder zelf maakt een enigszins onverzorgde indruk. Er is nauwelijks contact met de vader van het kind. Hij is thuisloos en woont in een instelling voor maatschappelijke opvang. Mevrouw heeft een groot deel van haar problematische jeugd in instellingen gewoond en heeft uitgebreide ervaring met de hulpverlening. Dat werkt verschillende richtingen uit. Ten eerste, kent mevrouw de weg en weet ze zelf hulpverleners te bereiken als ze dat nodig acht. Zo heeft ze met de naderende geboorte van haar dochtertje zelf bij het CJG om hulp bij de opvoeding gevraagd en is ze bij het maatschappelijk werk hulp gaan vragen bij haar torenhoge schulden. Tegelijkertijd, ten tweede, heeft die ervaring ook andere kanten: ze is zeer achterdochtig vanwege de potentiële macht van instanties (ze is als de dood dat haar dochtertje uit huis wordt geplaatst – dat is haar in haar jeugd ook overkomen), maar ze kan zich ook wat berekenend en consumptief-afwachtend opstellen. De houding tegenover de hulpverlening is dus diffuus: ze werkt van harte mee, maar laat het geregeld bij afspraken afweten, ze wil een actieve rol spelen, maar is teleurgesteld en later boos als het Sociaal Team veel aan haar overlaat, ze wil haar afhankelijkheid van hulpverleners zoveel mogelijk beperken, maar merkt herhaaldelijk op dat ze ‘een schop onder haar kont nodig heeft’.

Ook de motivatie van mevrouw is moeilijk te peilen. Haar krachtigste drijfveer om haar situatie te verbeteren is haar dochtertje. Ze werkt daarom aanvankelijk enthousiast mee met het Sociaal Team en de gezinscoach van het CJG. Maar als tastbare resultaten, zoals regeling van de vele schulden, na enkele maanden uitblijven, verliest ze al snel haar vertrouwen en geeft ze, soms letterlijk, niet meer thuis. Mevrouw is erg wispelturig. Ze heeft moeite om voor langere tijd gestructureerd te werken aan haar problemen. Dat speelde haar ook parten in de aanmelding voor bijvoorbeeld schulddienstverlening.

Kortom, het is lastig om haar houding tegenover hulpverleners en haar motivatie te peilen. Het Sociaal Team heeft lang geprobeerd, gevoed door het aanvankelijke enthousiasme van mevrouw, om aan te sluiten bij haar beleving van de situatie en haar de regie over de richting en het tempo van het traject te geven. Pas op het allerlaatst, toen duidelijk was dat het traject op niets uitliep, is geconcludeerd dat een directieve, zelfs verplichte vorm van hulpverlening op zijn plaats was.

De samenwerking met de gezinscoach heeft, in ieder geval vanuit het gezichtspunt van het Sociaal Team, te wensen overgelaten. Er is wel wat informatie over de voortgang van de ondersteuning uitgewisseld, maar van een gemeenschappelijke strategie en werkelijke afstemming is geen sprake geweest. Zo kon het ook bestaan dat het Sociaal Team het volstrekt niet eens was met de beëindiging van de ondersteuning door de gezinscoach, na een aantal maanden, omdat de partijen een volstrekt uiteenlopende beoordeling hadden van de kwaliteit van de opvoeding. Door beide partijen zijn in ieder geval ook de psychosociale aspecten van de situatie veronachtzaamd. De enorme ongestructureerdheid van mevrouw, haar wispelturige gedrag, haar diepe wantrouwen tegen over anderen, in het bijzonder hulpverleners is door niemand geagendeerd, terwijl deze kenmerken evident bijdroegen aan de bestendiging van haar problemen.

Het finale antwoord van het Sociaal Team op de onbevredigende afloop van een jaar lang ondersteuning is geweest het opschalen van de casus naar gedwongen hulpverlening (een gezinscoach). Laatste bericht is dat het deze na enkele pogingen nog niet gelukt is om contact met mevrouw te krijgen.

4.4.3 Competentiegericht leren

Het competentiegericht leren is één van de centrale begrippen in het handboek waarin de methodiek van de Sociale Teams wordt beschreven. Het gaat om het herkennen en vergroten van bestaande kwaliteiten en mogelijkheden van gezinsleden, die in de praktijk moeten leren hoe die gebruikt kunnen worden om hun leven positief te beïnvloeden (Handboek Gezinsaanpak Rotterdam, p. 6). Daarbij gaat het om het herstellen van het evenwicht tussen vaardigheden en taken van gezinsleden (Handboek Gezinsaanpak Rotterdam, p. 10).

In hoeverre is er sprake van competentiegericht leren en welke competenties betreft dat dan?

In ongeveer de helft van de casussen is er geen sprake van leereffecten, in de andere helft worden wel leereffecten gerapporteerd. Het betreft vooral het leren van administratieve en bureaucratische vaardigheden. Het eerste betreft vooral het ordenen en geordend houden van de financiële administratie. Het tweede heeft betrekking op het contact met organisaties: hoe reageer je op brieven, hoe leg je telefonisch contact, hoe bereid je je voor op gesprekken (documentatie compleet, van te voren bedacht wat je wilt vragen of wilt zeggen), e.d. In sommige gevallen is er sprake van het leren voeren, of beter: structureren, van het huishouden (schoonmaken, op tijd eten, en dergelijke). Overigens worden naast de ontwikkeling van vaardigheden andere leereffecten gerapporteerd. Het gaat om vergroten van de kennis van de sociale kaart bijvoorbeeld, over hoe organisaties werken (bijv. de schulddienstverlening van KBR) en om effecten op de attitude: rustig en fatsoenlijk blijven in de omgang met functionarissen bijvoorbeeld.

Hoe is het principe 'al doende leert men' in de praktijk gebracht?

Dit is het uitgangspunt geweest in alle casussen en toegepast naar de door de medewerkers van de Sociale Teams ingeschatte mogelijkheden en competenties van de gezinnen. Soms betekende dat, dat men toch alles is gaan 'overnemen', omdat de leerbaarheid heel laag wordt geacht. Maar in de meeste casussen is getracht zoveel mogelijk de gezinnen of gezinshoofden zelf onderdelen van het traject te laten uitvoeren, opdat betrokkenen ervaringen opdoen en daarvan leren. De rol van de medewerkers heeft daarbij verschillende vormen aangenomen:

- voorbeeldgedrag tonen (bijv. eerste keren meegaan met afspraken bij organisaties) en het later aan de klant overlaten;
- voorbereiden en evalueren van handelingen;
- een variant hierop is het geven van 'huiswerkopdrachten' en die later nabespreken;
- hulpmiddelen aanreiken: bijvoorbeeld in de vorm van een schoonmaakrooster.

Belangrijk daarbij blijkt het 'cyclisch werken' te zijn. Dat betekent dat praktijkervaringen besproken worden en geëvalueerd worden met de klant. In casussen, waarin die manier van werken is toegepast, worden meer leereffecten gerapporteerd (C25) dan in casussen, waarin klanten een gebrek aan feedback hebben ervaren (C14).
We hebben al eerder gezien, in voorgaande paragraaf over de resultaten van de Sociale Teams, dat andere manieren van leren (door middel van trainingen, cursussen, scholing) zelden worden gepland en in de praktijk uiteindelijk nooit worden toegepast.

Draagt competentiegericht leren bij een aan duurzaam resultaat van de interventie?
De werking van dit mechanisme is op basis van de casuïstiek moeilijk aantoonbaar. Ten eerste wordt in veel casussen niet systematisch aandacht besteed aan leerprocessen. Ten tweede blijkt dat in sommige gezinnen belemmeringen van het gezinshoofd (cognitief of psychisch van aard) leerprocessen in de weg staan. Gevolg is dat er uiteindelijk in slechts een deel van de casussen (beperkte) leereffecten zijn behaald.

4.4.4 Systeemgerichtheid

De systeemgerichtheid van de Sociale Teams beperkt zich, althans in de interventietheorie, niet tot het gezinssysteem (de onderlinge relaties). Uitgaande van de 'ecologische benadering' van Bronfrenbrenner gaat het daarnaast ook om de positie van gezinnen of individuele gezinsleden in bredere netwerken van sociale en/of institutionele aard.

Is er sprake van een benadering van het gezin als systeem?
In het handboek gaat het over de betrekkingen tussen en het gedrag van de gezinsleden, die van invloed kunnen zijn op de bestendiging of juist de oplossing van problemen. In het algemeen is er in de praktijk zelden sprake van een systeembenadering in deze zin. De medewerkers hebben wel oog voor het welbevinden en mogelijke problemen van individuele gezinsleden en dragen ook bij aan de oplossing daarvan door gerichte doorverwijzingen, bijvoorbeeld naar Bureau Jeugdzorg en Riagg. Maar dit gebeurt veel meer in het kader van een individuele benadering, dan dat er analyses worden gemaakt van hoe problemen van gezinsleden het functioneren van andere leden of het gezin als geheel beïnvloeden. In enkele casussen wordt dit ook niet van het Sociaal Team verwacht, omdat van andere partijen wordt verondersteld, bijvoorbeeld een gezinscoach of gezinsvoogd, dat zij een systeembenadering hanteren.
In één casus is wel expliciet aandacht geweest voor de relatie tussen kinderen en ouder, omdat die evident ten koste ging van het welzijn van de betrokkenen. Er was sprake van rolconversie in die zin dat de dochters, met name de oudste, verantwoordelijkheden voor het gezin op zich namen, die eigenlijk door de ouder zouden moeten worden vervuld, met veel conflicten en dreigende overbelasting van de oudste dochter als gevolg. Het Sociaal Team heeft daarom met succes aangedrongen op het inschakelen van de Riagg. (D13)

Is sprake van het inschakelen of versterken van het sociale netwerk ten behoeve van sociale steun?

Dit mechanisme speelt in de dagelijkse uitvoeringspraktijk niet of nauwelijks een rol. Het activeren of ontwikkelen van het sociale netwerk van het gezin is zelden een doel van de ondersteuning. Deels geeft dit de beperkte oriëntatie van medewerkers weer ten aanzien van dit facet van de ondersteuning, deels is dit het resultaat van beperkte mogelijkheden. In een aantal casussen, al waren er mogelijkheden, blijkt de versterking van het "sociaal kapitaal" van gezinsleden, in casu het gezinshoofd, niet als doel te zijn gesteld. Opmerkelijk daarbij is dat in die situaties waarin een ex-partner nog in beeld is én een rol speelt voor de kinderen, ook die niet wordt betrokken. Maar dat geldt eveneens voor andere familieleden of vrienden.

Daartegenover staat dat in veel situaties de mogelijkheden tot benutting van sociale contacten beperkt zijn. In bijna de helft van de casussen wordt melding gemaakt van een schamel sociaal netwerk of zelfs sociaal isolement. Daar komt bij dat gezinsleden zich soms ook schamen voor hun situatie of dat de sociale status in het netwerk of de gemeenschap na bijvoorbeeld een echtscheiding sterk is gedaald. Bovendien zijn netwerken niet alleen beperkt, maar kunnen de schaarse relaties zwak zijn – vanwege conflicten of machtsmisbruik in het verleden. Bovendien is het soms de vraag of het cultureel (opleiding, cognitie), sociaal of economisch kapitaal van netwerkleden uitzicht biedt op mogelijkheden voor sociale steun. Bij enkele gezinshoofden is het vertrouwen in 'de ander' zodanig beschadigd, dat zij niet meer in staat zijn om informele hulp te vragen.

In hoeverre worden professionele hulpbronnen ingeschakeld?

Het perspectief van de Sociale Teams op de inschakeling van professionele hulp is tweeslachtig. Enerzijds streeft men naar een minimaal beroep op professionele ondersteuning. De gezinnen moeten zoveel mogelijk op eigen benen staan, al dan niet met informele hulp. Anderzijds wordt juist het niet tijdig inschakelen van (ook professionele) ondersteuning en de moeizame relatie tussen gezinnen en professionele organisaties als oorzaak gezien waarom problemen niet adequaat worden aangepakt. In veel casussen investeren medewerkers van de Sociale Teams, zoals al eerder gemeld, in het verminderen van wantrouwen tegenover ondersteunende organisaties en in 'bureaucratische vaardigheden' (kennis van de sociale kaart, kennis van de werking van organisaties, vaardigheden in de omgang met professionals).

Daarnaast fungeren medewerkers van de Sociale Teams als 'oliemannetjes' in de contacten van gezinnen en organisaties. Soms is het gelukt om ontsporende relaties met instanties te herstellen. In andere gevallen heeft men geholpen om voor het eerst een brug te slaan met hulpverlenende instanties.

Meer dan in de versterking van het "sociaal kapitaal" is de ondersteuning van de Sociale Teams gericht op het leggen van een verbinding met professionele ondersteuning.

4.5 Samenhang mechanismen en resultaten

In deze paragraaf gaan we kort in op de samenhang tussen werkzame mechanismen en resultaten. Uit de casuïstiek kan worden geconcludeerd dat de werkzame mechanismen die we in de praktijk hebben kunnen waarnemen, weliswaar bijdragen aan een positieve uitkomst van de interventie, maar nooit volledig het welslagen kunnen verklaren. Daarom zullen we in de volgende paragraaf aandacht besteden aan andere factoren die van invloed zijn op het resultaat.

Welke mechanismen hebben zich in de interventiepraktijk van de Sociale Teams dan wel voorgedaan en lijken werkzaam te zijn, in de zin van bij te dragen aan een positieve uitkomst?
Eén van de belangrijkste lijkt te zijn de wederzijdse aansluiting van de probleemdefinities van de medewerkers en de klant. Dat is in ieder geval de gemeenschappelijke factor in de succesvolle casussen – en het niet tot stand komen daarvan een belangrijke factor in de mislukking van een aantal andere casussen. De consensus tussen medewerker en klant is niet altijd van meet af aan een gegeven. In enkele casussen heeft de ondersteuning van het Sociaal Team tot een bewustwordingsproces bij de klant geleid, onder meer resulterend in het overtuigen van het belang van psychologische hulp.
Een tweede mechanisme dat vaak voorkomt, en ook in de succesgevallen belangrijk is gebleken, is de ondersteuning van het Sociaal Team bij het aanboren van professionele hulpbronnen. Dat kan zijn in de vorm van vergroting van de kennis van de ‘sociale kaart’ bij de klant, maar veel belangrijker lijkt de toename van het zelfvertrouwen in de omgang met ‘instanties’ te zijn. Vaak snapt men de werkwijze van organisaties niet of wantrouwt men deze a priori – mogelijk vanwege negatieve ervaringen in het verleden. Het doorbreken van achterdocht en versteviging van de zelfzekerheid in dit opzicht is van belang gebleken – met daarnaast advisering over handelen en houding in de concrete omgang met ‘instanties’.
Een derde mechanisme betreft het verminderen van stress door veranderingen in de materiële omstandigheden (inkomen, schuldenbeheersing, huisvesting). In diverse casussen is dit een reëel mechanisme gebleken, zij het wel in casussen waarin naast deze stressoren geen andere, ernstige psychische problematiek speelt.
Een vierde mechanisme, integraal werken, kan niet altijd even duidelijk in de praktijk worden waargenomen. Een onderdeel ervan, meervoudig kijken, is gebruikelijk, zij het dat het zich beperkt tot een uitgebreide inventarisatie van problemen. Systematische analyse van kenmerken als motivatie en zelfredzaamheid (competenties, sociale netwerken, psychologisch kapitaal) komt minder voor. Met andere woorden, dat analyses zijn sterk ‘probleemgericht’. Het ‘meervoudig kijken’ leidt niet vanzelfsprekend tot het tweede element van integraal werken: een samenhangende of meervoudige aanpak. In een aantal casussen is veeleer sprake van een aanpak ‘in compartimenten’. Echter, de casussen, waarin wel sprake is van een samenhangende strategie, vaak ook in netwerkverband, zijn veelal succesvol.

Een vijfde mechanisme, competentiegericht leren, is hier en daar waarneembaar. Vaak betreft het leren omgaan met 'instanties' (zie hiervoor), soms andere (financieel-administratieve) vaardigheden. Uit de casuïstiek is niet af te leiden dat dergelijke competentieverwerving heel sterk heeft bijgedragen aan het eindresultaat. Mogelijk zijn andere leereffecten, niet op gebied van vaardigheden, maar eerder op psychologisch vlak (bewustwording, wat meer zelfvertrouwen) van groter belang.
Dat brengt ons bij een zesde mechanisme met een vergelijkbaar karakter: motivering. Als ontwikkelingsproces zien we hier weinig van terug. Soms wordt iets meer zelfvertrouwen gerapporteerd en geloof in mogelijkheden dat de situatie kan verbeteren (na gebleken succes). Maar vaak is motivatie een statisch gegeven: klanten zijn of sterk gemotiveerd of er zijn van meet af aan twijfels – en onenigheden – over de motivatie van de klant. Dus als factor is het van belang, als mechanisme in de zin van een proces van motivering zelden voorkomend.

Een vergelijkbare conclusie moeten we trekken in verband met een zevende mechanisme: het zoveel mogelijk leggen van de regie (en een actieve rol) bij de klant. Slechts in een paar casussen is hier sprake van en het betreft steeds casussen waarin het gezinshoofd behoorlijk zelfredzaam en gemotiveerd is. Het is lastig om uit te maken of het leggen van de regie bij klant nu een resultante is van deze klantkenmerken of mogelijk ook nog een bijdrage heeft geleverd aan de zelfredzaamheid, motivatie en effectiviteit van de interventie. Dat laatste wordt in de interventietheorie wel verondersteld, maar empirisch onderbouwen kunnen we dat niet.

Van crisisinterventie naar structurele opvoedingsondersteuning

Mevrouw is halverwege dertig, heeft 4 kinderen tot 8 jaar, waarvoor ze alleen verantwoordelijk is – contact met de vaders is er niet. Op het moment van aanmelding bij het Sociaal Team is ze hoogzwanger en dreigt ze uit huis gezet te worden wegens opgelopen huurachterstanden. Dat laatste is de reden dat ze door het schoolmaatschappelijk werk zowel bij het Sociaal Team als het CJG is aangemeld. Huisuitzetting dreigt niet voor het eerst. Zoals ze ook al eerder een wettelijk schuldsaneringstraject heeft gehad (uitgevallen vlak voor de eindstreep), schuldhulp van het maatschappelijk werk, gezinscoaching, hulp van sociaal raadslieden, etc. De situatie is complex. Er is sprake van fysieke gezondheidsklachten bij mevrouw, er zijn dus financiële problemen, naast de dreigende huisuitzetting is de kwaliteit van de woning matig te noemen, de kinderen hebben gedrags- en leerproblemen, er is een opvoedingsvraagstuk. Dat laatste uit zich onder meer in het gedrag van mevrouw tegenover haar kinderen: ze schreeuwt veel en ze hanteert geen duidelijke regels – ze biedt de kinderen geen structuur. Ze geeft zelf aan dat de kinderen een grote mond tegen haar hebben en dat ze hen eigenlijk niet aan kan. Haar kinderen zijn ook niet in staat langdurig met vriendjes te spelen zonder conflicten te krijgen – vriendjes komen er dus ook zelden of nooit. De kinderen zijn brutaal tegen leraren en pesten de gezinscoach.
De factor die mogelijk het meest belemmerend werkt is de mentaliteit van mevrouw. Het Sociaal Team is al door de verwijzer gewaarschuwd: zet er een zwaargewicht op, want deze 'mevrouw is niet voor de poes'. Mevrouw weet de weg in de hulpverlening en is goed op de hoogte van regels en voorzieningen. Ze is gemotiveerd om samen te werken met het Sociaal Team om haar situatie te verbeteren. Tegelijkertijd heeft ze de neiging om de oorzaken van haar problemen buiten zichzelf te leggen en kan ze zich verbaal agressief uiten. Ze achterdochtig tegenover anderen. Dat verstoort haar relatie met professionals en ze heeft ook moeite

met het leggen van sociale contacten en het onderhouden daarvan. Haar netwerk is klein. Ze blijft eigenlijk het liefst binnen en verlaat niet graag haar huis – dit lijkt bijna een fobie. Het Sociaal Team vermoedt dat er sprake is van een dieper liggend psychisch probleem. Dit was echter nooit gediagnosticeerd.
Het Sociaal Team gaat eerst met de urgente problemen aan de slag. Dreigende huisuitzetting wordt afgewend door het treffen van voorzieningen via de Bijzondere Bijstand en het Fonds Bijzondere Noden, met medewerking van de woningcorporatie. Dreigende afsluiting van de energie wordt voorkomen doordat de betaling van de energierekening voortaan via de uitkeringsinstantie gaat lopen. Mevrouw is aangemeld bij de Voedselbank.
Maar het Sociaal Team laat het niet bij deze problemen alleen. Gezien de aard van de problematiek wordt mevrouw ook direct aangesproken op haar mentaliteit, op opvoedingsproblemen en de mogelijkheid van persoonlijke belemmeringen. Daarin worden onmiddellijk ook intieme onderwerpen aangesneden, zoals het gebruik van voorbehoedsmiddelen. De onderwerpen 'opvoeding' en mogelijke psychische problematiek stuitten aanvankelijk op flinke weerstand. Mevrouw wil eigenlijk geen bemoeienis op die vlakken. De medewerkers van het Sociaal Team hebben gekozen om haar voortdurend een tweeledige boodschap voor te houden. Enerzijds de zekerheid dat ze haar zullen bijstaan, maar haar anderzijds bij voortduring confronteren met de gevolgen van haar eigen gedrag. Er worden ook stevige gesprekken met haar gevoerd over het niet nakomen van afspraken.
Deze strategie lijkt te werken. Mevrouw accepteert de verwijzing in verband met een psychiatrisch onderzoek en aanvaardt ook de hulpverlening op basis van de uitkomsten daarvan. Mede op basis van deze diagnose wordt beschermingsbewind aangevraagd en verkregen in verband met bewindvoering over haar financiën.
Het Sociaal Team coördineert de hulp rondom 'opvoeding', nadat een van de dochters op school steeds meer probleemgedrag gaat vertonen. Er wordt een overleg georganiseerd met school, het CJG en mevrouw zelf. Daar worden afspraken gemaakt over leerondersteuning thuis en de inzet van een gezinscoach, die ook de casusregie op zich zal gaan nemen. De gezinscoach zal tevens een inventarisatie doen van de problemen van de kinderen bij hun verschillende behandelaars (o.m. huisarts en kinderarts).
Zowel mevrouw als de medewerkers van het Sociaal Team karakteriseren de interventie als een succes. Mevrouw vindt het prettig dat een aantal zaken nu goed voor haar geregeld zijn. Ze ervaart veel minder stress en is bereid om ook andere hulpverlening (psychisch en opvoedkundig) te accepteren. Het Sociaal Team ziet dat ook en er kan nu meer ondersteuning worden gericht op dit type problematiek. Ze is een stuk minder achterdochtig tegenover organisaties. Maar, om het zekere voor het onzekere te nemen, is er wel een gezinscoach ingeschakeld die vanuit een gedwongen kader kan werken.

Drie mechanismen vinden we in de praktijk van de Sociale Teams niet terug – en hebben dus ook geen verklarende waarde voor de geboekte resultaten: de gefaseerde aanpak, de benadering van gezinnen als systemen en versterking van het 'sociale kapitaal' van gezinnen.

4.6 Overige factoren

De resultaten van de interventie van de Sociale Teams, in de zin van probleemreductie of bevordering van zelfredzaamheid, kunnen niet uitsluitend worden verklaard uit het wel of niet optreden van veronderstelde mechanismen volgens de interventietheorie. Daarnaast hebben externe factoren, extern in de zin dat ze niet in de interventietheorie zijn benoemd, invloed op de uitkomsten van de interventie. We onderscheiden hier factoren die gerelateerd zijn aan de klant, aan het Sociaal Team en aan de institutionele samenwerking rond multiprobleemgezinnen.

4.6.1 Kenmerken van de klant

In de voorgaande paragrafen schemerde al door dat de startsituaties bij de ondersteuning door de Sociale Teams buitengewoon verschillend kunnen zijn. Het gaat hier om kenmerken van de klant die van meet af aan of een heel gunstige invloed uitoefenen op de slaagkans van de ondersteuning of van meet af aan juist belemmerend werken. Hoe dan ook zijn het kenmerken die niet licht veranderbaar zijn, althans niet binnen de ondersteuningstermijnen van de Sociale Teams. Het betreft:

a) motivatie om de situatie, op onderdelen zoals opvoeding, te verbeteren en geloof in de mogelijkheid dat de situatie verbeterd kan worden;
b) de mate zelfstandigheid of zelfredzaamheid. Zijn klanten zelf al behoorlijk goed in staat om hun situatie te analyseren, initiatief te nemen om de situatie te verbeteren of hulp te organiseren?
c) leerbaarheid: van sommige klanten is van meet af aan duidelijk dat het aanleren van vaardigheden een weinig vruchtbare weg is;
d) voorkomen van psychische of ernstige psychosociale problematiek (depressiviteit, slecht vermogen tot structurering, ADHD, diepgeworteld wantrouwen tegenover ‘instanties’).

De aanwezigheid van positieve kenmerken (sterke motivatie, zelfstandigheid, goede leerbaarheid, afwezigheid van psychische problematiek) helpt om goede resultaten te bereiken. De afwezigheid van deze kenmerken, kan sterk belemmerend werken.

4.6.2 Factoren bij het Sociaal Team

Een aantal andere factoren, dat van invloed is op het eindresultaat, is gerelateerd aan de wijze waarop de methodiek door medewerkers van het Sociaal Team wordt uitgevoerd.

Assessment

Deels is deze factor al besproken bij het mechanisme ‘integraal werken’. Daar werd geconstateerd dat de medewerkers van de Sociale Teams doorgaans een redelijk volledig beeld hebben van de situatie van de klant op de verschillende leefgebieden. Tegelijkertijd is ook geconstateerd dat het veelal ontbreekt aan samenhang in de analyse, wat tot een ‘gecompartimentaliseerde’ aanpak leidt. In een deel van de meer succesvolle casussen (D7, C22) is waar te nemen dat de medewerkers er toch wat beter in slagen om een geïntegreerd beeld van de situatie te creëren – in een aantal minder gelukte casussen is de kwaliteit van de assessment, in de zin van het ontbreken van een volledige inventarisatie, ook minder.
Wat bedoelen we eigenlijk met een gebrek aan samenhang? Het gaat, voor de hand liggend, allereerst om het niet voldoende leggen (of doordenken) van de relatie tussen

problemen op de verschillende leefgebieden. Zoals bijvoorbeeld de relatie tussen materiële problemen en psychische problemen.
Daarnaast ontbreekt vaak de relatie met kenmerken van de klant die de mogelijkheden van zelfredzaamheid beïnvloeden, van psychische (bijv. zelfvertrouwen), sociale (hulpbronnen in het netwerk) en cognitieve (leerbaarheid) aard. Als er evident sprake is van (gediagnosticeerde) cognitieve problemen, dan dringt het belang daarvan voor de analyse en aanpak zich wel op. Maar bij wat minder grijpbare problemen van psychische of psychosociale aard zien we die geen duidelijke plaats krijgen in de probleemanalyse en de voornemens met betrekking tot de aanpak.
Tenslotte constateren we dat lang niet altijd aandacht wordt besteed aan de achtergrond en het ontstaan van problemen, de 'coping strategies' van de klant en de betekenis daarvan voor de bestendiging of juist de aanpak van problemen. Kennis nemen van "de geschiedenis" van het gezin en, vooral, van het anticiperend gedrag ('coping') van de gezinsleden, kunnen veel leren over kwaliteiten of beperkingen, over probleemoplossend vermogen of probleembestendigend gedrag.

Kortom, vaak is de assessment in dit opzicht nogal 'dun'. Daarbij kan worden geconstateerd dat het ook lang niet altijd gemakkelijk is om snel een goede assessment te maken. De assessment is geen fase waar je in het begin van de interventie 'doorheen' moet, maar eerder een voortdurend leerproces, voor zowel de medewerker als de klant. Zeker ten aanzien van sommige eigenschappen van de klant (motivatie, psychosociale problematiek, leerbaarheid) wordt vaak pas gaandeweg duidelijk hoe je die moet duiden. Met als gevolg dat pas later in het interventieproces kan worden gereflecteerd over de implicaties van deze (voortschrijdende) inzichten voor de aanpak.
Een interveniërende factor is de relatie met de klant. Een goede assessment is afhankelijk van de kwaliteit van deze relatie. Zelfs in de meer succesvolle casussen, waarin de verhouding tussen medewerker en klant van begin af aan tamelijk open lijkt, rapporteren medewerkers dat de klant geen volledige opening van zaken geeft, informatie in 'stukjes en beetjes' komt, dat men telkens geconfronteerd wordt met nieuwe feiten; kortom, dat men steeds gedwongen wordt het beeld van situatie te herzien. En inderdaad, in sommige casussen met een goede relatie tussen Sociale Team en klant blijkt de laatste belangrijke informatie uiteindelijk nooit met de medewerkers van het Sociaal Team te hebben gedeeld. Dat is trouwens niet altijd een uitdrukking van een gebrek aan vertrouwen, maar het duidt (ook) op het gebrek aan overzicht bij de klant, het geen onderscheid kunnen maken tussen wat wel en wat niet relevant is, en bijvoorbeeld schaamte voor sommige aspecten van het leven. Het geeft hoe dan ook aan dat het tijd kost, en 'presentie' (aanwezig zijn, het samen optrekken met de klant), om een goede assessment te kunnen maken - ook bij de casussen die relatief goed zijn verlopen. In andere gevallen stuiten medewerkers op achterdocht en diepgeworteld wantrouwen, die het maken van een analyse hinderen.

Maatvoering

Een andere factor die van invloed is op de resultaten is het verrichten van maatwerk door de medewerkers van het Sociaal Team. Op praktisch niveau wordt in alle casussen maatwerk geleverd. Er worden immers begeleidingsplannen gemaakt op basis van de specifieke problemen van het gezin. Daarbij wordt zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid voor de verbetering van de situatie bij het gezin gelegd en wordt ondersteuning geboden waar nodig – en dat varieert per situatie. De vraag is echter, is er op een wat hoger abstractieniveau ook altijd sprake van maatvoering? Zijn medewerkers geneigd of in staat om te reflecteren op hun interventiestrategie en die aan te passen aan de situatie? Of zijn medewerkers sterk geneigd vast te houden aan de uitgangspunten van de methodiek zoals “niet overnemen, maar ondersteunen”? Zijn medewerkers in staat om gedurende het traject op basis van voortschrijdend inzicht de strategie te wijzigen?

Ten aanzien van dit aspect zijn wel flinke verschillen tussen casussen waar te nemen, die samenhangen met de mate van succes. In een aantal casussen zien we dat medewerkers op basis geconstateerde beperkingen radicale keuzes maken om zelf zoveel mogelijk (institutionele) waarborgen (betrekken andere professionals, automatische betaling van huur, e.d.) te organiseren om te voorkomen dat deze gezinnen, met beperkte zelfredzaamheid, weer terugvallen.(C22, N22, N17) Veel in eigen hand nemen dus, en relatief weinig aan de gezinsleden overlaten. Soms ook wijzigen de medewerkers onderweg expliciet van strategie. In casus N17 probeert men aanvankelijk zoveel mogelijk aan te sluiten bij de beleving en wensen van de ouder om het wantrouwen te doorbreken. Als blijkt dat dat niet werkt, kiest men voor een confronterende en directieve aanpak. Deze casussen zijn in termen van probleemreductie én organisatie van een professioneel vangnet tamelijk succesvol afgesloten.

In andere casussen is er weinig of geen sprake van strategische reflectie of aanpassing van de strategie aan de situatie. Soms wordt vastgehouden aan principes als ‘niet overnemen, maar ondersteunen’, ondanks flinke taalproblemen en het ontstaan van vermoedens van cognitieve beperkingen (D7). Men blijft veel aan de cliënt overlaten, met als gevolg dat afgesproken acties niet van de grond komen of mislukken. In een andere casus (N5) wordt het wantrouwen van klant en het, door de medewerkers ervaren, gebrek aan medewerking niet aan de orde gesteld. Er is geen strategie op verbetering van de als slecht ervaren klantrelatie, noch op beëindiging van het traject – men moddert voort. Een derde voorbeeld is een casus waarin verschillen in probleemdefinities (C25) wel waargenomen worden (volgens de medewerkers overschat de klant haar mogelijkheden), maar niet ter discussie worden gesteld. In elk van deze gevallen leidt het gebrek aan reflectie en strategische maatvoering tot problemen in de relatie tussen de medewerkers en de klant en, uiteindelijk, tot twijfelachtige resultaten.

Maatvoering: niet ondersteunen maar overnemen

Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) meldt dit gezin bij het Sociaal Team aan. Het betreft een echtpaar met twee zeer jonge kinderen. Het gezin kent een lange hulpverleningsgeschiedenis. Het echtpaar is afhankelijk van een bijstandsuitkering en komt rond van een leefgeld van 100 euro per week. De rest van het geld wordt door de uitkeringsinstantie beheerd en deels gebruikt om schulden af te lossen. Moeder is een welwillende vrouw, die gehinderd wordt door haar lage begaafdheid. Vader is niet cognitief beperkt, maar ongemotiveerd. Hij slaapt een groot deel van de dag, is 's nachts wakker. Hij meldt zich ziek als hij wordt opgeroepen voor een activeringstraject. De beide kinderen gaan naar een medisch kinderdagverblijf (MKD). Eerder is een 'ondertoezichtstelling' uitgesproken en er is een gezinsvoogd bij het gezin betrokken.
Het Sociaal Team wordt gevraagd om ondersteuning bij ordening van de financiën en toeleiding naar een schuldsaneringstraject. Bovendien wordt de medewerkers gevraagd een vinger aan de pols te houden met betrekking tot opvoedingsvraagstukken, totdat de aangekondigde gezinscoach beschikbaar is. Gezien de huisvestingssituatie, de woning is niet echt schoon en de kindveiligheid is gebrekkig (geen traphekjes of stopcontactbeveiliging), onderneemt het Sociaal Team ook op dit vlak actie.
De interventiestrategie is al snel duidelijk en wordt door alle betrokken partijen, met als centrale figuur de gezinsvoogd, gedeeld: verantwoordelijkheid uit handen nemen en waarborgen treffen voor de toekomst ter preventie van nieuwe problemen.

De interventiespecialist: "Ze maakten bij het eerste gesprek een lakse en niet gemotiveerde indruk. Vanaf dag één had je het idee dat je ze bij alles bij de hand moet pakken. (…) Bij hun zag je al heel gauw dat dat niets zou worden. Ik probeerde het wel door hun opdrachten te geven en het te bespreken met hun gezinsvoogd. We hebben heel veel gedaan, en heel lang, maar dat hielp niet. Ik gaf ze vaak opdrachten, maar die deden ze vaak niet. Dan hadden ze geen zin of waren ze te moe. Meneer vooral. Op zich deed mevrouw wel haar best (…) Ze weten wel wat hun probleem is, maar dat betekent niet dat ze er zelf iets aan kunnen doen. Ze zijn al heel lang afhankelijk van de hulpverlening, en dat vinden ze wel best (…) We weten met z'n allen: dit gezin kun je nooit zelfredzaam maken. Dat gaat 'm niet worden (…) Er is bewust voor gekozen om ze het stempel 'niet-kunner' op te drukken. Maar het ligt genuanceerd: moeder is een niet-kunner, maar wil het wel. Vader zou het kunnen, maar die wil het niet. Hij focust alleen maar op wat de hulpverlening had moeten doen, in plaats van dat hijzelf in actie komt. Op een gegeven moment hebben we besloten: we gaan ook eens even niets doen, om te kijken hoe hij reageert. En toe ging hij in de weerstand: 'Jullie doen het ook niet'. En toen konden wij in gesprek: 'Luister, jij doet het ook niet. Als jij niets doet, waarom zouden wij het dan doen?' En vanaf dat moment begon hij wat meer te doen. Want hij dacht: 'Als ik niks doe, doen zij het ook niet. (…) Want het zijn wel labiele ouders. Hulpbehoevend zullen ze altijd blijven. Daarom is ook het beschermingsbewind ingezet, want een schuldhulpverleningstraject via de KBR zou nooit zijn gelukt. We hebben het in het begin geprobeerd, maar zelfs papieren inleveren en dingen opzoeken, dat gebeurde gewoon niet. Dat moest bij hun worden weggehaald. Iemand moest het gewoon voor ze gaan beheren."

Belangrijkste resultaten zijn het ordenen van de financiën en het aanstellen van een bewindvoerder. De relatie met de laatste loopt, ook een half jaar na afloop van de interventie van het Sociaal Team goed. De ouders sturen hem hun post toe en ze krijgen op tijd hun leefgeld. Ook is het huis nu een stuk schoner en zijn enkele maatregelen getroffen in verband met de kindveiligheid. Het gezin wordt verder ondersteund door de gezinsvoogd en gezinscoach, het CJG en het MKD.

Duur traject en nazorg

Veel medewerkers en klanten ervaren dat de duur van het traject, maximaal zes maanden met een mogelijke verlenging van maximaal drie maanden, kort is, tekort om

alle doelen te kunnen halen. In veel casussen wordt daarom de ondersteuningstermijn verlengd.[103] De (te) korte duur van het traject geldt soms ook voor praktische of materiële problematiek, waarvan men zou kunnen veronderstellen dat die wel binnen deze termijn zou kunnen worden aangepakt. Naast de tijd die het kost om een goede analyse van de problemen te maken, blijken sommige procedures een lange doorlooptijd te kennen: bijvoorbeeld de afronding van een echtscheidingsprocedure, die voorwaardelijk is om huurtoeslag aan te kunnen vragen of zich aan te kunnen melden bij de KBR.
Vaak is er sprake van 'losse eindjes' bij afloop van de formele ondersteuningstermijn. Om die reden is de fase van de nazorg eigenlijk altijd van belang. Deze duurt formeel maximaal drie maanden na afloop van het ondersteuningstraject, eventuele verlenging incluis. De wijze waarop de nazorg invulling krijgt, varieert nogal. Soms hoeft het Sociaal Team zelf in het geheel geen nazorg te bieden. In casussen waarin het Sociaal Team deel uit maakt van een professioneel netwerk, nemen de partners verantwoordelijkheid om de 'losse eindjes aan elkaar te knopen'. Een uitgebreide overdracht aan het einde van het traject volstaat. In andere gevallen zijn medewerkers ook in deze fase incidenteel nog actief voor de klant: omdat urgente problemen om een (kort) optreden eisen of er toch nog uitgebreide advisering nodig is. In andere gevallen kiest het Sociaal Team ervoor om, min of meer, de vinger aan de pols te houden. Er vinden soms verwijzingen plaats naar andere hulpverleners, maar waarborgen dat die worden geraadpleegd worden niet getroffen. Vaak beperkt het contact zich tot één of enkele telefoontjes. Niet altijd is duidelijk waarom voor een actieve of passieve vorm van nazorg wordt gekozen. Het hangt in ieder geval niet samen met de mate van zelfredzaamheid van de klant. In een casus (D7) wordt tamelijke actieve nazorg geboden bij een redelijk zelfredzame klant, terwijl in andere gevallen (D12, D13) voor passieve nazorg is gekozen bij minder zelfredzame klanten – en in die gevallen nam geen andere professional waar.

4.6.3 Institutionele samenwerking

Een belangrijke factor in het welslagen van de interventie blijkt, althans in een aantal casussen, de wijze van functioneren van het Sociaal Team in relatie tot 'ketenpartners' te zijn. De functie van de ketenpartners kan verschillen; van signaleerder die verantwoordelijk is voor de inschakeling van het Sociaal Team of van één van de partners die ondersteuning biedt aan het gezin, of beide.
In een aantal casussen maakt het Sociaal Team deel uit van een netwerk van professionals op het gebied van opvoeding (gezinscoach, gezinsvoogd), psychosociale hulpverlening (maatschappelijk werk, Riagg, medisch kinderdagverblijf), materiële hulp (SoZaWe, KBR) en bijvoorbeeld de DOSA-regisseur (voor overlastgevende jongeren). In een enkel geval zijn deze netwerken (mede) gevormd door inzet van het Sociaal Team (C22), soms zijn het bestaande netwerken waaraan het Sociaal Team is toegevoegd (N17, N22). In deze casussen speelt het netwerk, met in alle drie de gevallen ook een

[103] In één casus hebben de medewerkers de ondersteuningsperiode zelfs tweemaal verlengd.

duidelijke casusregisseur (resp. het Sociaal Team zelf, een DOSA-regisseur en een gezinsvoogd), een cruciale rol in het welslagen van de interventie van het Sociaal Team, alsmede in de voortzetting na beëindiging van de bijdragen het Sociaal Team.
In andere casussen is geen sprake van institutionele samenwerking. Soms zijn er geen contacten met andere professionals die bij het gezin zijn betrokken. Dat is ook niet altijd nodig omdat de interventies elkaar niet beïnvloeden en de, relatief zelfstandige, klant zelf de 'verbindingsfunctie' kan vervullen. Dan wordt het resultaat ook niet negatief beïnvloed door het ontbreken van samenwerking. Echter in andere situaties, waarin de klant niet zelfredzaam is en er sprake lijkt te zijn van een kluwen van onderling samenhangende problemen, kun je je afvragen waarom er geen samenwerking is gezocht, teneinde een beter resultaat te halen. Dat leidt niet alleen tot 'langs elkaar heen' werken, soms werkt men ook tegen elkaar in. In één casus stimuleert het Sociaal Team de klant om ondersteuning te zoeken bij de stichting MEE en een IQ-test te laten verrichten, terwijl het schoolmaatschappelijk werk dit afraadt.(D7)
Tot slot zien we een tussenvariant waarin het Sociaal Team ad hoc contacten heeft met andere professionals. Er worden wel werkafspraken gemaakt, maar zoals een medewerker het treffend verwoord: "dat is geen samenwerking, maar werkverdeling". We kunnen hierin de organisatorische component herkennen van wat we eerder hebben genoemd het werken 'in compartimenten'. Met als gevolg dat er geen samenhangende aanpak van de problemen in deze gezinnen plaatsvindt.

Sterk netwerk

Een eenoudergezin met 4 kinderen tot en met 10 jaar wordt voor de tweede maal bij het Sociaal Team aangemeld. Het gezin heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis van jeugdzorg en zorg voor verstandelijk beperkten (voor de twee oudste kinderen). Het oudste kind is recent uit huis geplaatst, tegen de zin van mevrouw. De relatie met Bureau Jeugdzorg (BJZ) is zeer gespannen en dat geldt in meer of mindere mate voor alle contacten met 'instanties'. Mevrouw krijgt budgetbeheer van de KBR vanwege hoge schulden en moet rondkomen van een leefgeld van 200 euro per maand.
Eerder heeft het Sociaal Team ondersteuning afgebroken, omdat mevrouw zich geen moment aan afspraken hield. De DOSA-regisseur heeft het gezin later desalniettemin opnieuw aangemeld. Op diens voorspraak neemt het Sociaal Team de casus opnieuw op zich. Ook omdat BJZ en een pedagoog van ASVZ (voor gezinnen met personen met een verstandelijke beperking) al aanwezig zijn en zich intensief met opvoedingsvraagstukken bemoeien. Het Sociaal Team krijgt binnen dit netwerk een specifieke opdracht: financiële administratie ordenen, een schuldhulpverleningstraject realiseren, de kwaliteit van de huisvesting verbeteren en eventueel later voorbereiden op re-integratie in de arbeidsmarkt. De DOSA-regisseur is de spil in het netwerk en organiseert geregeld casusoverleg.
Ook nu loopt het contact niet vlekkeloos. Mevrouw toont zich niet "intrinsiek gemotiveerd", aldus het Sociaal Team, maar wil hooguit meewerken om weer zo snel mogelijk van de hulpverleners af te komen. Ze legt voortdurend de schuld van haar problemen buiten zichzelf en laat zich moeilijk aanspreken op gedragsverandering of het zelfstandig aanpakken van problemen. Uiteindelijk wordt haar verhouding tot 'instanties' en hulpverleners, en haar eigen rol in de probleemsituatie, het belangrijkste thema van de ondersteuning. Maar daarvoor is wel eerst een crisis nodig. Als mevrouw plotsklaps vertrekt voor een achtwekelijkse vakantie in het buitenland loopt de huurachterstand weer op en dreigt huisuitzetting. Bovendien is zoveelste moment van niet-bereikbaarheid van mevrouw reden voor de KBR om te dreigen haar medewerking in te trekken.

Nog eenmaal besluiten de hulpverleners alles op alles te zetten. Het Sociaal Team besluit vanwege de dreigende huisuitzetting zelf nu een voorziening te treffen (leenbijstand) om dit te voorkomen. De DOSA-regisseur overlegt met de KBR om hen 'binnenboord' te houden. Het Sociaal Team heeft een waarschuwend gesprek met mevrouw dat ze nu echt volledige medewerking moet geven, omdat ze anders alle hulp gaat verliezen. Dit wordt nog eens zachtjes overgedaan in een 'groot overleg' onder voorzitterschap van de DOSA-regisseur met alle betrokken ondersteuners én mevrouw zelf. Ze krijgt een laatste kans en om die te grijpen zal ze volledig mee moeten werken met alle partijen. Dit overleg blijkt een belangrijk kantelpunt in het proces te zijn geweest, dat ook door mevrouw zelf als zodanig is ervaren.
Hoewel de contacten met mevrouw nog steeds niet heel vertrouwelijk zijn, veranderen ze wel. Mevrouw gedraagt zich nu fatsoenlijk, houdt zich (iets) beter aan afspraken en de resultaten zijn er ook naar. Inmiddels participeert mevrouw in een wettelijk schuldsaneringstraject, de woningcorporatie heeft wat achterstallig onderhoud gepleegd en mevrouw houdt haar huis veel beter schoon (met het rooster dat het Sociaal Team voor haar heeft opgesteld). Ze onderhoudt contacten met het maatschappelijk werk en de Sociaal Raadslieden als ze 'bureaucratische' ondersteuning nodig heeft. Van re-integratie naar het arbeidsmarkt is het door alle strubbelingen niet gekomen. Maar mevrouw ziet dat voorlopig ook niet zitten. Ze wil zich wijden aan de zorg voor haar kinderen. Na 7 maanden houdt de ondersteuning van het Sociaal Team op, omdat de belangrijkste doelen zijn bereikt.
De medewerkers van het Sociaal Team hebben nog weinig fiducie in de "schijt aan de maatschappij"-mentaliteit van mevrouw. Betrokkene zelf echter, zegt dat ze juist daarover het meest geleerd heeft van het Sociaal Team en de andere hulpverleners. Sindsdien lopen haar contacten met onder meer de KBR en opvoedingsondersteuners redelijk goed. Het blijkt in ieder geval uit het feit dat ze niet weer uitgevallen is uit allerlei hulpverleningstrajecten.

Overigens worden de Sociale Teams met verschillende obstakels in de contacten met andere professionals geconfronteerd. Een gezinscoach trekt zich tegen de zin van het Sociaal Team terug: hij vindt dat de opvoedingsproblemen zijn opgelost, terwijl het Sociaal Team het gezin in dat opzicht nog heel kwetsbaar acht. Overdracht en vervanging bij ziekte van een andere gezinscoach is slecht geregeld, waardoor de ontluikende samenwerking stopt. Het maatschappelijk werk stopt met werkzaamheden omdat de organisatie geen nieuw contract meer krijgt van de gemeente.[104] Zo kunnen verschillen van inzicht en diverse obstakels van procedurele en personele aard leiden tot discontinuïteit in de relatie met de ketenpartners.

4.7 Bij wie werkt het Sociaal Team?

Nu we inzicht hebben in de resultaten en de 'werkzame ingrediënten' van de werkwijze van het Sociaal Team, is de vraag of het Sociaal Team bij bepaalde type klanten effectiever is geweest dan bij andere. Om die vraag te beantwoorden is het niet alleen van belang om te kijken naar afgeronde casussen, maar ook naar klanten die voortijdig zijn 'uitgevallen', dat wil zeggen dat de ondersteuning van het Sociaal Team is gestopt voordat de ondersteuningstermijn was afgelopen of de doelen waren bereikt.[105]

[104] Een welzijnsorganisatie heeft de concurrentiestrijd in een aanbestedingsprocedure verloren

[105] De bevindingen over de 'uitvallers' zijn gebaseerd op Balderramos, R. (2013) *Verschillen in normativiteit: hoe conflicterende burgerschapsnoties de hulpverleningsrelatie op scherp zetten* en Wartena, V. (2013) *Stoppen met de hulp, een wederzijds gevoel? Een onderzoek naar de reden waarom hulptrajecten voor gezinnen in*

Bezien we de casussen die wel een volledig ondersteuningstraject hebben doorlopen, dan dient zich een tamelijk duidelijk patroon aan. We kunnen deze groep indelen op basis van kenmerken zelfredzaamheid, motivatie, leerbaarheid in enerzijds betrekkelijk 'lichte' casussen, anderzijds betrekkelijk 'zware' casussen en een (flinke) middengroep. De 'lichte' casussen zijn relatief zelfredzaam, zijn goed gemotiveerd om hun problemen aan te pakken, hebben zelfinzicht en kunnen een relatief grote rol in het traject spelen. De 'zware' casussen zijn daarentegen niet-zelfredzaam, niet altijd sterk gemotiveerd en niet in staat om een rol in het traject te spelen, of althans maar zeer bescheiden. De tussengroep neemt, vanzelfsprekend, een positie tussen deze twee uitersten in.
Het meeste succes boekt het Sociaal Team bij de twee uitersten, de 'lichte' én de 'zware' casussen, en het Sociaal Team lijkt meer moeite te hebben met de tussengroep. Hoe kan dit patroon worden verklaard?
Het boeken van succes bij relatief 'lichte' casussen lijkt voor de hand te liggen – ze hebben als het ware slechts een steuntje in de rug nodig, maar hoe kunnen we het succes bij de 'zware' casussen verklaren? Een verklaring kan in ieder geval zijn: de evidentie van de interventiestrategie. Hiervoor is al geconstateerd dat in casussen, waarin al snel blijkt dat er sprake is van ernstige belemmeringen bij de ouder(s) in het gezin, de medewerkers van de Sociale Teams geneigd zijn om radicale keuzes te maken. Radicaal, in de zin van bewust afwijkend van de uitgangspunten van de methodiek en daadkrachtige regie gaan voeren in plaats van dat, zoveel mogelijk, aan de klant over te laten. Uiteindelijk lijkt men in beide situaties, 'licht' en 'zwaar', gemakkelijker te komen tot de keuze van een eenduidige interventiestrategie, met, zoals we al zagen, meer resultaat.

In situaties die zich minder goed of minder snel laten 'lezen' door de medewerkers, worden daarentegen minder resultaten geboekt. Doordat er geen heldere analyse tot stand komt (motivatie is onduidelijk, de mate van zelfredzaamheid is moeilijk in te schatten, de mogelijkheden voor ontwikkeling of 'leren' zijn lastiger te peilen, de aard en ernst van de problemen zijn niet scherp in beeld), wordt het ook moeilijk om een adequate en consistente interventiestrategie toe te passen: wat kun je overlaten aan de klant, in hoeverre moet je toch zelf de regie voeren, wil de klant eigenlijk wel geholpen worden, in welke volgorde moeten problemen worden aangepakt, welke ketenpartners zijn nodig, etc.? Gevolg is dat de interventiestrategie diffuus is of niet passend is in de zin van aansluitend bij de kenmerken van de klant – en we hebben gezien dat bij gebrek aan reflectie de medewerkers niet altijd in staat zijn om de strategie later alsnog aan te passen.

Rotterdam voortijdig stoppen.

Naast deze afgeronde casussen is onderzoek gedaan naar achtergrond en redenen van ‘uitval’, het voortijdig stoppen van trajecten. Dit uitvalonderzoek kan ook enig zicht bieden op kenmerken van personen voor wie de interventie niet ‘werkt’.
Uit het onderzoek wordt duidelijk dat uitval uiteindelijk steeds is te herleiden tot verschillen in inzichten, verwachtingen en definities van de situatie tussen de klant en de medewerker(s) van het Sociaal Team. Beide auteurs vatten dit samen in de term ‘mismatch’. Overigens kan die ‘mismatch’ over verschillende aspecten van de hulpverleningsrelatie gaan. Zo is onder meer geconstateerd dat sommige klanten vrezen dat het Sociaal Team uiteindelijk gedwongen hulpverlening in gaat schakelen en/of dat zij het ouderlijk gezag over hun kinderen zullen verliezen. In andere gevallen gaat het om verschillen in de definitie van de situatie door verschillen in normen. Het ging onder meer om een verschil in inzicht over de ordelijkheid en netheid van het huishouden en verschil in inzicht over het gebruik van fysieke straffen in de opvoeding. De auteurs benadrukken dat het verschil in verwachtingen over de verdeling van de verantwoordelijkheden en taken in de relatie tussen hulpverlener en klant vaak aanleiding is voor een proces van verwijdering en beëindiging van deze relatie. Ze nemen bij een aantal klanten de verwachting waar dat de hulpverlener problemen ‘overneemt’ en voorziet in de oplossing daarvan, terwijl de filosofie van de Sociale Teams daar haaks op staat. Het uitgangspunt is immers dat de klant zoveel mogelijk geholpen wordt om zelf zijn problemen op te lossen en op te leren lossen. Indien met dit verschil in inzicht niets gebeurd en er vervolgens ook geen successen worden geboekt, kan dit tot beëindiging van het contact leiden.

Overigens benadrukken de auteurs dat een breuk niet altijd onvermijdelijk is. Management van verwachtingen door van meet af aan duidelijk te zijn over de voorwaarden van ondersteuning kan behulpzaam zijn. Maar ook het bespreken van de hulpverleningsrelatie als die niet goed lijkt te lopen. Diverse klanten hebben gemeld dat zij moeite hadden om hun ongenoegen te uiten tegenover de hulpverlener. Sensitiviteit voor dergelijke ervaringen en gevoelens bij de klant en tijd vrij maken om deze te bespreken, zouden kunnen helpen om de ‘mismatch’ te verkleinen.

4.8 Samenvatting

Centraal in dit hoofdstuk staat de vraag ‘wat werkt voor wie’? Er is geconstateerd dat in de casussen, overigens vergelijkbaar met het survey-onderzoek, de Sociale Teams vooral resultaat boeken ten aanzien van de ordening van de financiën, verruiming van inkomsten door gebruik van inkomensvoorzieningen, huisvesting en structurering van het huishouden. De resultaten op het leefgebied ‘ontwikkelingskansen’ voor zowel ouder(s) als kinderen zijn minder pregnant. Niet bedoeld, maar in een aantal gevallen wel aantoonbaar zijn resultaten op leefgebied 4, de psychosociale vraagstukken; het gaat om stressreductie, probleembewustwording en –acceptatie, ook van (psychosociale) hulpverlening.

Ook de resultaten op het terrein van de bevordering van zelfredzaamheid kunnen als 'neveneffecten' worden aangeduid. We hebben zelfredzaamheid in vier aspecten uiteengelegd:

a) competentiegericht leren;
b) sociaal kapitaal versterken: sociale steun verwerven;
c) professionele hulpbronnen kunnen benutten: kennis van sociale kaart en het vermogen om tijdig professionele organisatie in te schakelen;
d) psychologisch kapitaal versterken: zelfvertrouwen en selfefficacy vergroten.

Er wordt niet (heel sterk) gestuurd op de ontwikkeling van zelfredzaamheid door de Sociale Teams, maar er zijn soms wel ontwikkelingen bij klanten waarneembaar. Vaak voorkomend, daar wordt vaak wel bij ondersteund, betreft het verbetering van de relatie met professionele hulpbronnen en kennis over (de werking) van 'instanties'. In andere gevallen wordt op dit vlak, maar ook wel breder, een versterking van het zelfvertrouwen gerapporteerd en meer geloof in eigen kunnen – het psychologisch kapitaal. In bescheiden mate worden leereffecten gerapporteerd. Versterking van het sociaal kapitaal zien we daarentegen nergens.

In onderstaande tabel wordt samengevat welke mechanismen, volgend uit de interventietheorie van de Sociale Teams, in de praktijk werkzaam zijn en welke mechanismen in ieder geval niet empirisch waarneembaar zijn.

Tabel 4.1 Werkzame en niet waarneembare mechanismen

Werkzame mechanismen	Niet waarneembaar
Vraaggerichtheid: overeenstemming over definitie van de situatie	Gefaseerde werkwijze
Kunnen inschakelen van professionele hulpbronnen	Systeemgericht werken: gericht op gezin als systeem
Stressreductie door ordening, beheersing of vermindering 'materiële' problematiek	Systeemgericht werken: versterking sociaal kapitaal
Integraal werken	
Competentiegericht leren (*beperkt*)	
Motivering (*beperkt*)	
Vraaggerichtheid: actieve rol en regie van klant in de uitvoering (*beperkt*)	

Uit de tabel kan worden afgeleid dat het vraaggericht werken een belangrijke voorwaarde voor succes is. Dat begint met het vinden van overeenstemming over de definitie van situatie (problemen en oplossingsrichtingen). Dat is geen kwestie van het eenzijdig aansluiten bij de vraag de klant, maar veeleer een proces van vraagarticulatie, een gezamenlijk leerproces, waarin ook van de zijde van de klant een proces van bewustwording kan worden waargenomen. Een ander aspect van het vraaggericht

werken, zoveel de regie (en uitvoering) bij de klant leggen, is een mechanisme dat alleen bij al betrekkelijk zelfredzame en gemotiveerde klanten is waargenomen. Sterker; in een aantal gevallen is juist het uit handen nemen van de regie en zoveel mogelijk waarborgen om het gezin heen organiseren een belangrijke bijdrage voor succes gebleken.
Een tweede belangrijk mechanisme is de brugfunctie die het Sociaal Team vervult tussen de klant en professionele hulpbronnen. Het kan gaan om verbetering van de kennis van de klant van organisaties en hun werkwijze, het communiceren met organisaties, vermindering van wantrouwen en onzekerheid ten opzichte van 'instanties'.
Een derde, eveneens vaker optredend, mechanisme is het verminderen van stress in het gezin als gevolg van meer overzicht, beheersing en soms vermindering van materiële (schulden, inkomen) of praktische (huisvesting, huishouden) problemen. Stressreductie op haar beurt kan weer gevolgen hebben voor de motivatie om (andere) problemen aan te pakken en bijvoorbeeld op de verhoudingen binnen het gezin.
Ten vierde kan het integraal werken als werkzaam mechanisme worden bestempeld. Veel casussen zijn zo complex dat een samenhangende aanpak nodig is om tot (duurzaam) succes te komen. Overigens is geconstateerd dat de uitvoeringspraktijk op dit punt nog wel systematische aandacht vraagt en overdenking over wat een 'integrale aanpak' moet omvatten.
Tenslotte zien we dat veronderstelde mechanismen als competentiegericht leren en motivering zeer beperkt aantoonbaar werkzaam zijn. Het leren beperkt zich tot enkele specifieke vaardigheden (financieel-administratief, bureaucratisch). Motivering wordt zelden strategisch of planmatig benaderd.

Voor een aantal veronderstelde, werkzame mechanismen is geen empirische onderbouwing gevonden. Het betreft het gefaseerd werken en het systeemgericht werken, zowel in enge (gezinssysteem) als in ruime zin (versterking sociale kapitaal). Dit wil overigens niet zeggen dat deze mechanismen niet zouden kunnen werken in de praktijk – we hebben geen contra-indicaties gevonden. Hier wordt bedoeld dat de interventiepraktijk in ieder geval geen ondersteuning biedt.

Voorts is vastgesteld dat het al dan niet optreden van mechanismen in de praktijk geen volledige verklaring biedt voor het resultaat van de interventie. Er is een aantal factoren geïdentificeerd, die geen plaats hebben in de interventietheorie, maar wel de uitkomsten beïnvloeden. Zo is een aantal *klantkenmerken* (motivatie, zelfredzaamheid, leerbaarheid, psychische problematiek) van invloed gebleken op het resultaat, in positieve of negatieve zin. In een aantal gevallen is door de medewerkers van het Sociaal Team geconcludeerd dat versterking van de zelfredzaamheid geen reëel perspectief was.

Daarnaast zijn enkele factoren geïdentificeerd die te maken hebben met het *handelen van de Sociale Teams*. Allereerst is geconstateerd dat de assessments, de analyses van situatie van het gezin, vaak wat oppervlakkig zijn. Veelal is er wel zicht op de diversiteit van problemen in het gezin, maar ontbreekt een analyse van de samenhang tussen

problemen, het ontstaan van problemen en bijvoorbeeld ‘coping strategies’ van de klant – hoe is die tot nu toe met de problemen omgegaan? Gevolg is dat het integraal werken eigenlijk niet goed uit de verf komt. Dat het handelen van de medewerkers heel praktisch gericht en concreet is, maar dat casussen als een verzameling ‘losse’ problemen worden benaderd en minder als een geheel, minder strategisch zo men wil.
Dat raakt aan een tweede factor: zijn medewerkers in staat tot maatvoering op ‘strategisch niveau’? In enkele gevallen is succesvol afgeweken van de gebruikelijke uitgangspunten van de interventiestrategie, terwijl in andere gevallen vruchteloos is vastgehouden aan ‘de’ methodische principes. Het is van belang dat professionals in staat zijn om generieke principes ‘te vertalen naar’ en toe te passen in concrete situaties, maar ook in staat zijn om bewust daarvan af te wijken als de situatie daarom vraagt.
Een derde factor tenslotte is de invulling van de nazorg. De ervaring is dat bij de formele afronding van de interventie er vaak nog ondersteuning nodig is. Dit kan in het kader van de nazorg worden georganiseerd, bijvoorbeeld door als Sociale Team de vinger aan de pols te houden of door een goed gereguleerde overdracht naar andere hulpverleners. De praktijk van de nazorg is erg diffuus. Indien het Sociaal Team deel uitmaakt van een bestaand professioneel netwerk rond het gezin, loopt de nazorg en overdracht vaak wel goed. Als dat niet het geval is, is een onduidelijke praktijk waar te nemen, met een weinig strategische inzet van de nazorg, onduidelijke doelstellingen, lang niet altijd een goede overdracht en waarborgen daarvoor.

Laatste relevante factor is de inbedding van de interventie van het Sociaal Team in een breder *institutioneel netwerk*. Slechts in sommige casussen is institutionele samenwerking overbodig: het betreft casussen met vaak relatief zelfredzame ouders, waarin problemen in het gezin niet sterk met elkaar interfereren. Echter, in veel casussen is afstemming met andere professionele organisaties of functionarissen wel van belang, juist vanwege de verwevenheid met de problematiek. Daar waar die samenwerking goed is georganiseerd levert dat ook een belangrijke bijdrage aan de resultaten van het Sociaal Team. Succesvolle samenwerking in een netwerk wordt gekenmerkt doordat de casusregie goed is belegd: in deze netwerken neemt een van de partners evident de rol van regisseur.

Tot slot is vastgesteld bij welke categorieën gezinnen het Sociaal Team de beste resultaten boekt. Dat blijken vooral de ‘lichtere’ casussen en de ‘zwaardere’ casussen te zijn. Een belangrijke verklaring hiervoor kan worden gevonden in de evidentie van de interventiestrategie die dergelijke casussen oproepen: je weet wat je te doen staat. In casussen waarin de aard en ernst van de problematiek, alsmede de motivatie en de zelfredzaamheid van de klant moeilijker zijn te doorgronden, is de interventiestrategie minder duidelijk en het resultaat navenant. Onderzoek onder uitvallers uit de trajecten van de Sociale Teams levert een complementair beeld op. Uitval is vaak te verklaren uit de onopgeloste ‘mismatch’ van verwachtingen, normen en waarden, definities van de situaties tussen klant en medewerker.

Literatuurlijst en verantwoording van de afbeeldingen

Baat, M. de, N. Foolen en N. Udo (november 2013). *Crisisinterventie in gezinnen. Wat werkt?* Utrecht: NJi. http://www.nji.nl/nl/Watwerkt_Crisisinterventie.pdf

Bakker, I. e.a. (1989). *O&O in perspectief.* Utrecht: NIZW. http://www.nji.nl/nl/OenOinPerspectief.pdf

Bandura, A. (1977). 'Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change' in: *Psychological Review, Vol. 84, No. 2,* 191-215.

Barnhoorn, J. e.a. (augustus 2013). *Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd.* Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam en het Verwey-Jonker Instituut. http://www.verwey-jonker.nl/doc/jeugd/De-impact-van-client-professional_5240_web.pdf

Berg, D. van den, S. van der Goot en M. Jansen (april 2008). *Cirkel van onmacht. Mechanismen in hulpverlening.* Amsterdam: Gemeente Amsterdam. www.amsterdam.nl/publish/pages/430922/cirkel_van_onmacht.pdf

Buckx, F. (2011). *Gezinsrapport 2011: een portret van het gezinsleven in Nederland.* Den Haag: SCP. www.scp.nl/dsresource?objectid=28448&type=pdf

Carneiro, P. en j. Heckman (2003). *Human capital policy*, NBER Working paper 9495, Cambridge: NBER. http://www.ucl.ac.uk/~uctppca/HCP.pdf

Colijn, J. e.a. (2012), *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse Jeugdzorg.* Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht http://www.onderzoek.hu.nl/los/Kenniscentrum%20Sociale%20Innovatie/~/media/KENNISCENTRA/Documents/FMR/Wraparound%20Care/GreepopwraparopundcareDEF12042012.ashx

Cyr, C. e.a. (2010). 'Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses', in: *Development and Psychopathology, 22,* p.87-108.

Dam, L. van en M. Hoogendijk e.a. (juni 1999). 'Inleiding in de methodiek SPH' in: In M. Heemelaar e.a. (Red.), *Methodiek sociaalpedagogische hulpverlening,* p.15-43. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Draijer, N. (1988). *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten.* Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Durkin, K. (1998). *Developmental Social Psychology*. Malden: Blackwell Publication.

Feldman, R.S. (2005). *Ontwikkelingspyschologie.* Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Geenen, G. (2007). *Intergenerationele overdracht van gehechtheid bij Belgische moeders en kinderen die in extreme armoede leven: een meervoudige gevalsstudie*. Dissertatie. Leuven: KUL.
https://lirias.kuleuven.be/handle/1979/955

Gemeente Rotterdam (september 2010). *Handboek Basiscoach.* Rotterdam: Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
http://www.rotterdam.nl/DSV/Document/bureau%20frontlijn/Handboek%20Basiscoach%20definitief%20Bureau%20Frontlijn.pdf

Gemeente Rotterdam (29 september 2011). *Handboek Sociale Teams Rotterdam.* Rotterdam: Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
http://www.rotterdam.nl/SoZaWe/Document/SoZaWePerspectief/HB%20sociale%20teams.pdf

Gemeente Rotterdam (2013). *Jaarverslag 2012.* Rotterdam: gemeente Rotterdam, cluster Maatschappelijke Ontwikkeling.
http://www.rotterdam.nl/Clusters/Maatschappelijke%20ontwikkeling/Document%202013/Activering%20en%20Welzijn/Jaarverslag%202012%20Sociale%20Teams.pdf

Gemeente Rotterdam (september 2008). Samenvatting 'Meegroeien van achterstandsgroepen'. Rotterdam: Bureau Frontlijn.
http://www.rotterdam.nl/DSV/Document/bureau%20frontlijn/Methodiekbeschrijving%20uitgebreid.pdf

Gemeente Rotterdam (november 2009). *Uitvoeringsplan Sociale Teams/Kinderen in Zorg. Voor elk kind een gezond gezin.* Rotterdam: Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
Gerritsen, E. (2008). 'De aanpak van multiprobleemgezinnen in Amsterdam' in: *Management en Organisatie (M&O, nummer 3/4*, p. 101.

Guiaux, M. e.a. (2011). *Voorbestemd tot achterstand? Armoede en sociale uitsluiting in de kindertijd en 25 jaar later.* Den Haag: SCP.

Hekelaar, A., L. Hoekstra, J. Maaskant, F. Moors en T. Wentink (september 2011). *De basis op orde. Tussenrapportage onderzoek Sociale Teams.* Ongepubliceerd. Rotterdam: SoZaWe-SWA.

Hermanns, J. (2001) 'Handen af van de opvoeding. De jeugd als probleemcategorie' in:*Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening, februari,* 4-9.

Hermanns, J. (2008). Professionaliteit in discussie. In J. Hermanns, A. Montfoort e.a. (Eds.), *Gezinsinterventies. Aan de slag met problematische opvoedingskwesties.* Amsterdam: Uitgeverij SWP, p .11 en 12.

Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G. m.m.v. Junger, M. & Blom, M. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeiproblemen*. Utrecht: Inventgroep.

Integraal Toezicht Jeugdzaken (2011). *Het kind van de rekening. Hulp aan kinderen die leven in armoede*. Utrecht: ITJ. http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/04/12/onderzoeksrapport-het-kind-van-de-rekening/rapportitj-het-kind-van-de-rekening.pdf.

Katz, I. e.a. (2007). *The relationship between parenting and poverty.* York: Policy Research Bureau.

Lans (red.), J. van de (2013). *Canon Zorg voor de Jeugd.* Amsterdam:Vereniging canon sociaal werk.
http://www.canonsociaalwerk.eu/0000_boekCanonJeugdzorg/Canon_Zvdj_los1.pdf

Lee, C. e.a. (oktober 2009). 'Family income and parenting: the role of parental depression and social support' in: *Family Relations*, Volume 58, Issue 4, pp. 417-430.

Leeflang, M. (27 juni 2011). *Professionals in het CJG: bruikbaarheid van prestatie-indicatoren*. Masterthesis. Utrecht, Den Haag: UU, VWS.
http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/206808/Masterthesis%20Leeflang%2c%20MJ-3455416.pdf?sequence=1

Levering, B. (februari 2011). 'We zien armoede te weinig als psychologisch probleem' in: *PIP magazine, jaargang 17, nr. 59,* p. 6-11. http://www.eriksnel.nl/wp-content/uploads/Interview-Erik-Snel-11.pdf

Mears, P. (1974). 'Structuring communication in a working group.' in: *Journal of communication*, *volume 24, issue 1,* p. 71-79.

Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte Jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal.* Dissertatie. Groningen: RUG. http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/gmw/2011/j.metselaar

Moors, F. en I. Libregts (april 2013). *Koopkrachtonderzoek. Eerste vervolgmeting van een panelonderzoek naar de effecten van landelijke en lokale bezuinigingsmaatregelen op de koopkracht van Rotterdamse huishoudens met een minimuminkomen in 2012.* Rotterdam: Gemeente Rotterdam, Serviceorganisatie Onderzoek & Business Intelligence.
http://www.rotterdam.nl/Clusters/RSO/Document%202013/OBI/Publicaties/13-B-0148.Koopkrachtonderzoek%20Rotterdam%201e%20vervolgmeting.pdf

Onderzoek & Statistiek en Juvans (maart 2008). *Een huishouden van Jan Steen? Effecten van de aanpak multi-probleemhuishoudens.* Gemeente 's Hertogenbosch: O&S en Juvans.
http://www.s-hertogenbosch.nl

Pawson, P. en R. Tilly (april 1997). *Realistic Evaluation.* London: SAGE Publications Ltd.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (april 2012). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*, Den Haag: RMO.
http://www.maatschappelijkeopdracht.nl/doc/Ontzorgen-en-normaliseren.pdf

Reelick, N.F. (2010). *Langdurige armoede en de opvoedingscontext*. Rotterdam: SoZaWe-SWA.
http://www.rotterdam.nl/COS/publicaties/MOR/038%20Langdurige%20armoede%20en%20de%20opvoedingscontext.pdf
Rensen, P. e.a. (maart 2009). *Passend bewijs voor effectiviteit in de sociale sector. Discussiestuk*.
Utrecht: Movisie.

Regenmortel, T. van (2004). *Empowerment in de praktijk van OCMW*. Leuven: KUL.
http://www.demos.be/uploads/tx_bworxebib/Empowerment_in_de_praktijk_van_het_OCMW.pdf

Roest, A. e.a. (2010). *Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden.* Den Haag: SCP.
www.scp.nl/dsresource?objectid=25130&type=pdf

Rots-de Vries, C., I. Kroesbergen en I. van de Goor (2009). *Bemoeizorg voor gezinnen. Handleiding voor interventie door de Jeugdgezondheidszorg.* Breda: GGD West Brabant.

http://www.loketgezondleven.nl/bijlagen/Interventie465/Document/Handleiding_Bemoeizorg-voor-gezinnen.pdf

Shure, M. en R. Israeloff (2001) *Raising a thinking preteen: The I Can Problem Solve program for eight-to-twelve-year olds.* New York: Owl/Holt.

Snel, E., e.a. (2000). 'Arm Nederland: verandering en bestendiging van armoede', in: G.B.M. Engbersen (red.), *Balans van het armoedebeleid; het vijfde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting.* Amsterdam: University Press.

Snippe, J., F. Schaap, A. Kruize, B. Bieleman (september 2009). *Onderzoek Gezinscoaching Rotterdam.* Groningen: Stichting Intraval.
www.intraval.nl/pdf/OCR_c35.pdf

Steketee, M. en M. Vandenbroucke (juni 2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam. Een studie in het kader van Klein maar Fijn – Cephir.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
http://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/Typologie_multiprobleemgezinnen_Rotterdam.pdf

Tudjman, T., W. de Jong en E. Snel (december 2010). *Gezinsbegeleiding achter de voordeur. Een evaluatie volgens de methode Theory of Change.* Utrecht/ Rotterdam: Movisie/ EUR.
http://repub.eur.nl/pub/33029/Metis_156855.pdf

Vanhee, L. (2007). *Weerbaar en broos: mensen in armoede over ouderschap: een verkennende kwalitatieve studie in psychologisch perspectief.* Dissertatie. Leuven: KUL.
http://hdl.handle.net/1979/1032

Widom, C.S. (oktober 1992) *The Cycle of Violence .* Research in Brief . NCJ 136607. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National. Institute of Justice . www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij (geraadpleegd op 12-12-2013).

Widom, C.S. (februari 2001). *An update on the cycle of violence .* Research in Brief . NCJ 183894. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National. Institute of Justice . www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij (geraadpleegd op 12-12-2013)

Yin, R.K. (1989). *Case study research. Design and methods.* Newbury Park, CA: Sage Publishing:

Yperen, T. van e.a. (maart 2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de Jeugdzorg.* Utrecht: NJi. www.nji.nl/nl/(301939)-55-Vragen-over-effectiviteit.pdf

Yperen, T. van e.a. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: NJi. www.nji.nl/nl/Rapport-AlgemeenWerkzameFactoren.pdf

Yperen, T. van, Y. Booy en M. Van der Veldt (mei 2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd. http://www.nji.nl/nl/2003-yperen-vraag.pdf

Yperen, T. van en M. van Bommel (4 februari 2009). *Erkenning interventies: criteria 2009-2010. Erkenningscommissie (Jeugd) interventies.* Utrecht: NJi. www.nji.nl/nl/Erkenning_interventies_criteria_2009-2010.pdf

Yperen, T. van (18 maart 2012). 'Maslow op zijn kop' in: *Jeugdkennis. Verdieping voor professionals.* http://www.jeugdkennis.nl/jgk/Columns-Jeugdkennis/Maslow-op-zijn-kop?highlight=Maslow%2c%20op%2c%20zijn%2c%20kop

Zoon, M. en T. Berg-le Clercq (oktober 2013). Wat werkt in multiprobleemgezinnen? Utrecht: NJi. www.nji.nl/nl/Watwerkt_Multiprobleemgezinnen.pdf

Verantwoording van de afbeeldingen

Pagina 13:

Familiemwr (2007). *Army Photography Contest -FMWRC - Arts and Crafts -Just The Two Us.* [Online afbeelding]. Gedownload op 20december 2013,van http://s3.amazonaws.com/everystockphoto/ fspid20/43/20/71/adammancini-black-white-432071-o.jpg

Pagina 20:

http://www.everystockphoto.com/photo.php?imageId=8956355&searchId=aed14105a459dc71ebcba4f1cf0e1a49&npos=19

Pagina 28, 55, 96 en 148:

Microsoft Office 2007

Bijlage 1 Responsanalyse

Enquête deelnemers

In totaal zijn er 378 gezinnen in 2012 gestart bij het Sociaal Team (MensCentraal, 10 oktober 2013). Uiteindelijk werden hiervan 129 gezinnen door het Sociaal Team aan ons doorgegeven alszijnde geschikt voor het onderzoek, dat wil zeggen hiervan bestond de verwachting dat ze minimaal 6 maanden in traject zouden blijven, zodat in ieder geval een tweede meting mogelijk zou zijn) en hebben 75 gezinnen daadwerkelijk aan de eerste meting deelgenomen. Zodoende hebben we een responspercentage bereikt van 58%. Dit is gezien de doelgroep en soort onderzoek alleszins acceptabel.
Er zouden in principe drie metingen bij eenzelfde gezin plaatsvinden waarvan de meetmomenten zijn gebaseerd op de standaard duur van de trajectonderdelen: intakefase, interventie- en nazorgfase). In de praktijk bleek de duur van een trajectonderdeel echter sterk te kunnen variëren.

Van de 75 deelnemers hebben er uiteindelijk ook nog 43 aan de tweede en 10 aan de derde meting deelgenomen. Dat laatste aantal is dusdanig laag dat een analyse van de nazorgfase (verandering tussen derde en tweede meting) niet zinvol is.
Omdat we ons met name focussen op de veranderingen die hebben plaatsgevonden gaat het bij de representativiteit erom in hoeverre de groep van 43 respondenten die aan beide metingen heeft deelgenomen representatief is voor de gehele groep deelnemers aan de interventie in diezelfde periode.

Als het gaat om de representativiteit van de responsgroep zijn in de eerste plaats de redenen van de non-respons van belang. Naast weigeringen zijn er ook vele klanten niet aangemeld voor de enquête door de medewerkers van de Sociale Teams. Zeker in het begin werd veelal ten onrechte verondersteld dat een gezin niet tot de doelgroep van het onderzoek zou behoren. Daarnaast waren de belangrijkste redenen voor non-respons dat klanten zich niet in staat achtten deel te nemen (geen tijd, teveel (gezondheids)problemen) of dat zij onbereikbaar waren. Er is slechts een klein aantal gezinnen dat wel tot de doelgroep behoorde maar weigerde aan het onderzoek deel te nemen.

Bij de tweede meting waren de belangrijkste redenen van non-repons het feit dat de respondent niet meer bereikbaar was of dat een tweede meting door de onderzoeker niet langer relevant werd geacht. De klant was bijvoorbeeld al dusdanig vroegtijdig uit het traject gevallen en er had nog nauwelijks een interventie plaatsgevonden vanuit het Sociaal Team. Ook had een aantal respondenten bij de eerste meting al aangegeven niet meer aan een tweede meting te willen deelnemen. We hebben op een aantal variabelen gekeken naar mogelijke verschillen tussen respondenten die wel aan meting 1 maar niet aan meting 2 (non-responsgroep) hebben deelgenomen. Het blijkt dan dat responsgroep,

d.w.z. de groep die wel heeft deelgenomen aan meting 2, wat meer problemen heeft dan de non-responsgroep. Anders gezegd de resultaten van de 2e meting en de vergelijking tussen beide metingen zijn vooral van toepassing op de 'zwaardere' groep. Het gaat dan om problemen met rondkomen, opvoedingsproblemen en de beleving van de eigen gezondheid. In de responsgroep is de groep die aangeeft niet rond te kunnen komen, problemen met opvoeden te hebben en aangeven een minder goede gezondheid te hebben groter dan in de non-responsgroep. Opvallend is dan wel dat het succespercentage van de responsgroep hoger is dan van de non-responsgroep. Verder blijkt dat de non-respons groep gemiddeld negatiever oordeelt over de mate waarin de basiscoach hen probeert op het gemak te stellen.
Er zijn verder geen opvallende verschillen tussen beide groepen qua huishoudsamenstelling, netto-inkomen (behalve dan dat de groep met een zeer lag inkomen (tot € 500,-) alleen in de responsgroep aanwezig is), schulden, aflossen van schulden, voldoende geld hebben voor zaken die met de kinderen te maken hebben, aanvragen tegemoetkomingen en participatie in betaald werk.

Om enige indicatie van de representativiteit van de totale responsgroep (meting 1 en 2) te hebben is gekeken of er op de beschikbare, veelal algemene, kenmerken belangrijke verschillen te zien zijn tussen de responsgroep en de totale groep die in 2012 hun intake kregen en deelnamen aan de interventie ST. Deze laatste groep schatten we op zo'n 288 gezinnen. Echter, omdat MensCentraal niet geheel betrouwbaar is m.b.t. deze doelgroepkenmerken, is een exacte afperking van de doelgroep van de enquête niet mogelijk en is de nodige voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de responsanalyse. We noemen daarom alleen opvallende verschillen zoals die uit een vergelijking tussen responsgroep en onderzoeksgroep naar voren komen. In de volgende tabel zijn alle beschikbare gegevens van de onderzoeks- en responsgroep opgenomen.

Tabel B1.1 Responsanalyse klantenquête

Kenmerken	Responsgroep	Onderzoeksgroep
	(n=43)	(n=288)
	%	%
Geslacht (van alle ouders) [106]		
Vrouw	77	76
Man	23	24
Leeftijd (gemiddeld jaren) (van alle ouders))	36	35
Sociaal Team		
Charlois	23	24
Delfshaven	30	32
Feijenoord	13	20
Noord	35	23
Gezinsamenstelling		
Eenouder	75	71
Overig	0	3
Tweeouder	25	26
Trajectresultaat		
Geslaagd	*28*	*36*
Niet geslaagd	*72*	*64*
Gemiddeld aantal kinderen	1,9	2,1
Gemiddelde leeftijd jongste kind (jaren)	*7,5*	*6,1*

Cursief = statistisch significant verschil met deel doelgroep dat niet tot de responsgroep behoort
(Chisq, $p < 0.05$ of bij gemiddelden t-test, $p < 0.05$)

[106] Over het algemeen wordt er een ouder per gezin als vaste gesprekspartner van ST aangewezen. Meestal is dat de moeder. De gegevens in deze tabel hebben betrekking op deze ouder. Geslacht en leeftijd vormen een uitzondering hierbij staan de gegevens van beide ouders vermeld.

Het blijkt dat in de responsgroep%procentueel wat meer gezinnen te vinden zijn die hun traject succesvol hebben beëindigd. Verder is de responsgroep op algemene kenmerken (geslacht, leeftijd, gezinssamenstelling, Sociale Team, aantal kinderen) representatief voor de totale groep klanten die in 2012 door het Sociaal Team in begeleiding is genomen.

Enquête ketenpartners

Van de in totaal 95 ketenpartners die voor de internetenquête zijn benaderd, hebben er 32 een bruikbare respons geleverd. Hiermee komt het responspercentage op 35%.

Naast de lage respons blijkt deze ook nog eens sterk selectief. Zo zijn de ketenpartners van Team Noord sterk overgerepresenteerd. Wel blijken de meeste ketenpartners van de Sociale Teams, zoals CJG, DOSA, LZN-(LTHG), FlexusJeugdplein, Bureau Jeugdzorg, SMW, AMW, klantmanager inkomen (W&I), klantmanagers zorg (MO), Stedelijke Zorg, Jongerenloket en ST. Mee vertegenwoordigd in de responsgroep. Belangrijke partijen die ontbreken zijn medewerkers van het KBR, de Sociaal Raadslieden en de Woningcorporaties.
De respondenten hebben verschillende functies zoals regisseur, coördinator, teamchef, consulent, klantmanager, verpleegkundige, maatschappelijk werker, voorpostfunctionaris, jeugdwerker, gezinsvoogd, gezinscoach en jeugdbeschermer.

Tabel B1.2 Team waarmee ketenpartner contact heeft gehad

Sociaal Team/ gebiedsteam	n	%
Charlois	6	19
Feijenoord (en IJsselmonde)	4	13
Delfshaven	5	16
Noord	17	53
Totaal	**32**	**100**

Door de lage en scheve respons is de statistische generaliseerbaarheid van het tevredenheidsonderzoek zeer beperkt. Aantallen en percentages binnen de onderzoeksgroep mogen niet zonder meer worden doorgetrokken (gegeneraliseerd) naar de volledige populatie van ketenpartners van de Sociale Teams in Rotterdam. Wel kan in algemene zin de tevredenheid met en oordelen van ketenpartners over, bepaalde aspecten van, de werkwijze en resultaten van het Sociaal Team worden geduid en dat was ook het primaire doel van dit onderzoeksonderdeel.

Bijlage 2 Resultaten

Tabel B2.1 Resultaten aanmelding naar achtergrondkenmerken (rijpercentages), MensCentraal (n=1303)

	Wel in begeleiding	Niet in begeleidng	Totaal
	%	%	%
Sociaal Team			
Charlois (332)	*45*	*55*	*100*
Delfshaven (421)	*45*	*55*	*100*
Feijenoord/IJsselmonde (286)	*29*	*71*	*100*
Noord/Centrum (264)	*52*	*58*	*100*
Aanmelder			
CJG (557)	*48*	*52*	*100*
DOSA (135)	*38*	*62*	*100*
LZN/LTHG (186)	*52*	*48*	*100*
Overig (407)	*33*	*67*	*100*
Aanmeldjaar			
2010 (326)	*19*	*81*	*100*
2011 (399)	*54*	*46*	*100*
2012 (353)	*56*	*44*	*100*
2013 (225)	*37*	*63*	*100*
Gezinssamenstelling			
Eenouder (934)	*44*	*56*	*100*
Tweeouder (40)	*46*	*54*	*100*
Onbekend (329)	*0*	*100*	*100*
Leeftijd jongste kind (jaren)	*6,2*	*6,8*	*6,5*
Aantal kinderen	2,3	2,2	2,3
Totaal (1303)	**43**	**57**	**100**

cursief = statistisch significant verschil (Chisq, p<0.05 of bij gemiddelden Anova, p<0.05) .

Tabel B2.2 Resultaten begeleide gezinnen naar achtergrondkenmerken (rijpercentages), MensCentraal (n=524)

	Niet geslaagd	Geslaagd	Totaal
	%	%	%
Sociale Team			
Charlois (139)	*39*	*61*	*100*
Delfshaven (179)	*45*	*55*	*100*
Feijenoord/IJsselmonde (81)	*57*	*43*	*100*
Noord/Centrum (125)	*37*	*63*	*100*
Aanmelder (drie grootste)			
CJG (250)	47	53	100
DOSA (48)	52	48	100
LZN/LTHG (89)	42	58	100
Jaar van aanmelding			
2010 (59)	48	52	100
2011 (214)	45	55	100
2012 (193)	39	61	100
Gezinssamenstelling			
Eenoudergezin (382)	43	57	100
Tweeoudergezin (142)	45	55	100
Interventiespecialist (40 of meer gezinnen in begeleiding)			
IVS 1 (129)	*43*	*57*	*100*
IVS 2 (103)	*33*	*67*	*100*
IVS 3 (73)	*37*	*63*	*100*
IVS 4 (66)	*56*	*44*	*100*
IVS 5 (40)	*45*	*55*	*100*
Basiscoach (20 of meer gezinnen in begeleiding)			
1 (Charlois) (27)	*26*	*74*	*100*
2 (Charlois) (23)	*39*	*61*	*100*
3 (Charlois) (20)	*35*	*65*	*100*

	Niet geslaagd	Geslaagd	Totaal
4 (Charlois) (20)	*50*	*50*	*100*
5 (Delfshaven) (34)	*59*	*41*	*100*
6 (Delfshaven) (26)	*50*	*50*	*100*
7 (Delfshaven) (26)	*19*	*81*	*100*
8 (Delfshaven) (24)	*38*	*62*	*100*
9 (Noord) (31)	*38*	*62*	*100*
Doelgroep enquête ST2012			
Ja (n=196)	*40*	*60*	*100*
Nee (n=295)	*37*	*42*	*100*
Duur interventie (maanden) (n=275, 48% missing)	*7*	*12*	*10*
Leeftijd jongste kind (jaren)	5,9	6,6	6,5
Aantal kinderen	2,4	2,3	2,3
Totaal (524)	**44**	**57**	**100**

cursief = statistisch significant verschil (Chisq, $p<0.05$ of bij gemiddelden Anova, $p<0.05$) .


HOLY BIBLE
HOLY BIBLE

Bijlage 3 Mechanismen volgens de interventietheorie

Mechanisme 1: Het centrale mechanisme in de methodiek van de Sociale Teams is dat beïnvloeding van het gezin tot verbetering van de ontwikkelingskansen van het kind of de kinderen leidt. De interventie van het Sociaal Team maakt het mogelijk om risicofactoren die opgroei- en opvoedproblemen kunnen veroorzaken, weg te nemen. Een niet-ordentelijk huishouden, dat wil zeggen een huishouden zonder rust, regelmaat en reinheid, is een veronderstelde risicofactor voor opgroei- en opvoedproblemen. Ook materiële problemen zijn een risicofactor.

Mechanisme 2: Door risicofactoren bij de opvoeding van kinderen vroeg te signaleren - bij voorkeur wanneer de kinderen jonger dan 5 jaar zijn - en vervolgens daarop in te grijpen, kunnen ernstige(r) ontwikkelingsproblemen van kinderen op latere leeftijd voorkomen worden. Vroege interventies zijn hierbij effectiever dan interventies op latere leeftijd.

Mechanisme 3: Het creëren van een gezonde omgeving vergt een aanpak op meer leefgebieden, omdat in probleemgezinnen per definitie sprake is van een samengaan of samenhangen van problemen van verschillende aard. De Sociale Teams richten zich daarbij op de leefgebieden 1 t/m 3.

Mechanisme 3A: Ondersteuning op het leefgebied 'psychosociale problematiek', ten aanzien van bijv. laag zelfbeeld en gebrekkig zelfvertrouwen, is vaak nodig om problemen op de eerste drie leefgebieden (blijvend) te kunnen oplossen.

Mechanisme 4: Een gezond gezin moet fasegewijs verwezenlijkt worden. In fase 1 wordt stabilisatie van met name materiële en praktische elementen in gezin (geld, huisvesting, huishouden) nagestreefd. Daarna kan in fase 2 worden ingezet op ontwikkeling en bijvoorbeeld verbetering van de opvoeding. Tenslotte kan in fase 3 op basis van een stabiele omgeving en competentieontwikkeling maatschappelijke participatie worden bevorderd.

Mechanisme 4A: Stabilisatie van de gezinssituatie (fase 1) wordt bevorderd door het wegnemen van factoren die stress veroorzaken bij gezinsleden. Het wegnemen van spanningen biedt de ruimte om te gaan werken aan competentieontwikkeling (fase 2).

Mechanisme 4B: Het oplossen van urgente problemen in de basis van het huishouden gaat samen met competentieontwikkeling en activering. Competentieontwikkeling en activering zijn voorwaardelijk om de basis op orde te houden.

Mechanisme 5: Gezinsleden moeten kennis verwerven en vaardigheden aanleren om zelf problemen te kunnen oplossen en een gezond gezin te creëren en te houden.

Mechanisme 5A: Competentiegericht leren met als doel zelfredzaamheid bestaat uit de elementen bewustwording van de (probleem)situatie, kennis en vaardigheden om concrete problemen in het gezin te kunnen oplossen, kennis en vaardigheden die nodig zijn om hulpbronnen te kunnen aanboren (bureaucratische vaardigheden) en te kunnen participeren (taalvaardigheid).

Mechanisme 6: Het verwerven van kennis en vaardigheden verloopt het meest succesvol door zelf te doen, leren door praktijkervaring.

Mechanisme 7: De kans op effectieve hulpverlening en betrokkenheid van de gezinsleden is groter wanneer zij inzicht hebben in de aard en achtergrond van hun problemen, wanneer zij de ruimte krijgen om de eigen problemen te benoemen en de regie te nemen bij de oplossing ervan.

Mechanisme 7A: bewustwording en erkenning van problemen door gezinsleden helpt om hen te motiveren deze problemen aan te pakken. Doordat het gezin (mede) de regie voert over het ondersteuningstraject is de kans op effectieve hulpverlening groter. Ongemotiveerde gezinnen kunnen tot medewerking aan de ondersteuningstrajecten worden bewogen, door (te dreigen met) dwangmaatregelen of sancties.

Mechanisme 8: Door regie en een actieve rol van het gezin leert het gezin beter om te gaan met probleemsituaties en oplossingen te zoeken.

Mechanisme 9: De problemen van de afzonderlijke gezinsleden moeten in het systeem van het gezin benaderd worden. De verhoudingen tussen gezinsleden kunnen het oplossen van problemen in de weg staan. De ondersteuning moet zich daarom richten op succesvolle interacties tussen gezinsleden.

Mechanisme 10: Het leren gebruiken van hulpbronnen in de omgeving van het gezin draagt bij aan het hulpverleningsproces.

Mechanisme 10A: door emotionele, praktische of financiële ondersteuning uit het sociale netwerk kan worden bijgedragen aan verbetering van het gezinsfunctioneren en de bestendiging daarvan.

Mechanisme 10B: de bijdrage van het sociaal netwerk kan nihil zijn (er zijn nauwelijks contacten) of zelfs negatief zijn, indien gezinsleden daardoor verleid worden tot probleembestendigend gedrag.

Bijlage 4 Overzicht van de casussen

Legenda: Groen = succesvol
Oranje = twijfelachtig resultaat
Rood = geen resultaat

Casus	*Huishouden*	*Inkomen*	*Problematiek*	*Zelfredzaamheid*
D7	Eenoudergezin van Kaap-Verdische herkomst met drie dochters 15, 13 en 3 jaar	Werkend tegen minimumloon, geen uitkering	Schulden, slechte huisvesting, psychische problemen dochter	Zelfredzaam en sterk gemotiveerd
D12	Eenoudergezin van Kaap-Verdische herkomst met zoontje van 9 jaar	Werkend, inkomen ver onder sociaal minimum, geen uitkering	Schulden, werkzekerheid laag, huisvestings-problemen, lees- en schrijfvaardigheid slecht, opvoedingsproblemen en gedragsproblemen zoon	Niet erg zelfredzaam, motivatie onduidelijk, mogelijk LVB
D13	Eenoudergezin van Surinaamse herkomst met 2 adolescente dochters	Werkend, inkomen onder sociaal minimum, geen uitkering	Schulden, ernstige psychische problematiek en fysieke klachten ouder, gezinsrelaties onder druk, werkzekerheid laag	Niet heel zelfredzaam, gemotiveerd maar psychisch ernstig belemmerd
C22	Eenoudergezin van Antilliaanse herkomst met 5 kinderen (basisschoolleeftijd en een baby)	WWB-uitkering	Dreigende huisuitzetting, schulden, psychische problematiek, opvoedingsvraagstuk, psychische en fysieke klachten kinderen	Geschiedenis van hulpverlening, wantrouwt instanties, onderkent eigen verantwoordelijkheid niet
N5	Eenoudergezin van Antilliaanse herkomst met 3 kinderen in de basisschoolleeftijd	WWB-uitkering	Dreigende huisuitzetting, schulden, opvoedingsproblemen, schoolverzuim, slechte huisvesting, belast verleden	Passief, motivatie onduidelijk
N17	Eenoudergezin van Surinaamse herkomst met 4 kinderen (3 in de basisschoolleeftijd, jongste 1 jaar)	WWB-uitkering	Dreigende huisuitzetting, schulden, twee kinderen LVB, een kind fysieke beperkingen, huishouden niet op orde, relatie met KBR dreigt te ontsporen	Wat passief, sterk wantrouwen in instanties, oorzaken problemen plaatst ze buiten zichzelf

C19	Eenoudergezin van Surinaamse herkomst met een kind van 1 jaar	WWB-uitkering	Schulden, financiën wanordelijk, huishouden niet op orde, vervuild, belast verleden	Gemotiveerd, maar neigt naar inactiviteit, onvermogen tot structurering/organisatie
N22	Twee-oudergezin van gemengde herkomst met 2 kinderen van 2 en 1 jaar	WWB-uitkering	Schulden, huishouden ongestructureerd, opvoedingsproblemen	Moeder gemotiveerd maar cognitief beperkt, vader niet gemotiveerd
F5	Eenoudergezin van Nederlandse herkomst met zoontje van 8 jaar	Loon en aanvullende WWB-uitkering	Schulden, hulp bij structurering huishouden is nodig, psychische klachten	Gemotiveerd, weinig zelfvertrouwen
C14	Eenoudergezin van Antilliaanse herkomst, jongste zoon (16) woont nog thuis	WWB-uitkering	Schulden, irreguliere tijdelijke huisvesting, stressklachten a.g.v. materiële onzekerheid	Gemotiveerd en tamelijk zelfredzaam
C25	Twee-oudergezin van Antilliaanse herkomst met kind van 6 jaar	Geen inkomen	Hoge schulden, werkloosheid, psychische klachten, relatie onder druk	Gemotiveerd, maar doelen ST en gezin lopen uiteen
F15	Eenoudergezin van Joegoslavische herkomst met kind van 14 jaar	WWB-uitkering	Schulden, financiële administratie wanordelijk, woning schaars ingericht	Gemotiveerd, maar cognitieve beperkingen
N23	Eenoudergezin van Marokkaanse herkomst met kinderen van 13, 11 en 8 jaar	WWB-uitkering	Weinig schulden, administratie wanordelijk, gezondheidsklachten, kwaliteit woning slecht, opvoedingsvraagstuk, slechte beheersing Nederlands, sociaal isolement	Alleen gemotiveerd voor materiële ondersteuning, zelfredzaamheid beperkt