

Integraal werken met gezinnen met meervoudige en complexe problematiek*

Doelgroep van de integrale unit van Beter Thuis



Voorwoord

Opgroeien is niet makkelijk.

In de ontwikkeling van kinderen en jongeren kunnen allerlei problemen ontstaan. Als de dynamiek in een gezin als gevolg van verschillende problemen zo groot is dat zij de cirkel niet zelf kunnen doorbreken, dan kan Beter Thuis hen helpen.

Vele gezinnen hebben baat bij de integrale zorg van de Beter Thuis teams, die zijn samengesteld met professionals vanuit de drie moederorganisaties: Youz, Ipse de Bruggen, Jeugdformaat en de volwassenenpsychiatrie van Parnassia Groep.

Het is een enorme stap voorwaarts dat deze gezinnen nu de zorg kunnen krijgen vanuit diverse invalshoeken en zij geen voordeuren na elkaar hoeven te bezoeken. Wij zijn verheugd dat wij inzicht kunnen geven in de problematiek van de gezinnen en de gezinsleden die tot nu toe zijn aangemeld. Het is bekend dat 50 procent van de kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem ook zelf een psychiatrische stoornis ontwikkelen*. Zij ontwikkelen deze stoornis vaak al voor hun 14de jaar. Om die reden is het van belang zo snel mogelijk hulp te bieden.

De komende periode gebruiken we om de doelmatigheid van onze gezamenlijke zorg aan te tonen. Binnenkort worden diverse trajecten afgerond en verwachten we evidentie voor onze behandelmethodiek. We streven ernaar om met de gemeenten afspraken te kunnen maken over een kostendekkend tarief voor onze gezinstrajecten. Binnen de Jeugdwet is integrale zorg één van de belangrijkste doelen voor complexe gezinnen. Er zijn voor zover bekend nog geen andere voorbeelden in Nederland onderzocht.

Wij zijn erg benieuwd wat u vindt van onze behandelvisie en aanpak.

Namens het bestuur van de Beter Thuis teams

Jan van Hoek
Bas Timman
Jozien Snijders

* (Rasic, Hajes, Alda, & Uher, 2014).

Inleiding

Ongeveer drie tot vijf procent van de Nederlandse gezinnen kunnen worden aangeduid als gezinnen met meervoudige en complexe problematiek (Nooteboom, Van den Driesschen, Kuiper, Vermeiren, & Mulder, 2020). De problemen spelen zich af op meerdere levensgebieden en zijn vaak een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen (Bodden & Deković, 2010; Van Dijk, 2015; Rots-de Vries, Kroesbergen, & Mathijssen, 2017; Nooteboom et al., 2020). Zo hebben zowel ouders als kinderen uit deze gezinnen vaak te maken met psychische problemen, een klein of afwezig sociaal netwerk en is er veelal sprake van negatieve interactiepatronen binnen het gezin die zorgen voor opvoedingsproblemen (Bodden & Deković, 2010; Visscher et al., 2019). Tevens kampen ouders regelmatig met stress waardoor sensitief opvoeden in het geding kan komen (Bachler, Frühmann, Bachler, Aas, Strunk, & Nickel, 2016). Dit kan vervolgens leiden tot problemen in de hechting tussen ouders en kinderen, wat vervolgens een risicofactor is voor het ontwikkelen van psychische problemen voor kinderen (Bachler et al., 2016). Door een cumulatie aan problemen en risicofactoren wordt de problematiek in stand gehouden en lijken gezinnen gevangen in een negatieve spiraal van factoren die het functioneren van de gezinnen beperkt (Bachler et al., 2016; Visscher et al., 2019).

In 2016 schreven Bodden en Deković een artikel met kenmerken van gezinnen met meervoudige en complexe problematiek. Aan de hand daarvan is een figuur opgesteld waarin de problemen worden ingedeeld in de volgende domeinen: sociaal netwerk, opvoeding, kind, ouder, gezinsfunctioneren, omgeving en mentale gezondheidszorg (Pannenbakker & Kocken, 2021). Binnen elk domein kunnen verschillende factoren een rol spelen in de ernst van de problematiek. Voor de leesbaarheid van ons rapport hebben wij aan elk domein een kleur toegevoegd, welke bovenaan zijn weergegeven (zie Figuur 1).

Figuur 1. Framework voor het identificeren van gezinnen met meervoudige en complexe problematiek



Wanneer gezinnen met meervoudige en complexe problematiek op de juiste manier worden ondersteund, kan opvoedstress verminderen en kunnen interacties tussen ouders en kinderen verbeteren. Hierdoor lopen kinderen minder risico op het ontwikkelen van eigen problemen en hebben zij meer ontwikkelingskansen (Bachler et al., 2016; Visscher et al., 2019). Voor de behandeling van deze gezinnen is een integrale aanpak noodzakelijk. De roep tot integraal werken is versterkt sinds de transformatie van de jeugdzorg (Van Dijk, 2015). De mogelijkheid tot het bieden van integrale zorgverlening lijkt een uitkomst voor de kwetsbare gezinnen die steeds weer worden doorverwezen naar andere zorginstellingen vanwege de complexiteit van hun problemen (Tausendfreund, Knot-Dickscheit, Post, Knorth, & Grietens, 2014; Visscher et al., 2019; Nooteboom et al., 2020). Voor de transformatie van de jeugdzorg werd het zorgaanbod voornamelijk gestuurd door de specialisaties van de zorgorganisaties (Hendrix, Konings, Doesburg, & de Groot, 1991). Cliënten kregen slechts de hulpverlening die zorgorganisaties standaard boden en werden doorverwezen als dat zorgaanbod niet toereikend was. Het herhaaldelijk doorverwijzen van cliënten deed echter geen recht aan de integrale behoeften van deze gezinnen en de benodigde continuïteit in hulpverlening.

Om de doelstellingen vanuit de transitie van de jeugdzorg te vertalen naar de praktijk, zijn in meerdere regio's zogenaamde 'integrale wijkteams' opgericht. In de praktijk is in meerdere regio's gebleken dat het vormgeven van een integraal zorgaanbod lastig was. Meerdere teams die zijn opgestart, zijn door verschillende redenen

niet succesvol van de grond gekomen. Hoewel integraal werken op papier prachtig klinkt, blijkt uit een landelijke evaluatie dat het bieden van integrale zorg uitdagend is (Friele et al., 2018). Er is onvoldoende aandacht geweest voor de transformatie van de werkwijze van professionals (Stein, 2016). De landelijke evaluatie liet zien dat medewerkers van de integrale wijkteams geen gedeelde visie hebben over de zorg en de hulpverlening onvoldoende op elkaar afstemmen (Friele et al., 2018). Professionals worden in het bieden van integrale zorg gehinderd door een tekort aan kennis en ervaring (Nooteboom et al., 2020). Tevens blijkt binnen de integrale wijkteams sprake van onduidelijkheid over taakafbakening, verantwoordelijkheden en rollen (Nooteboom et al., 2020; Van der Veer, Van Houten & Middelhof, 2014). De integrale wijkteams zijn zodoende onvoldoende toegerust om de gezinnen met meervoudige en complexe problematiek te bedienen.

Om uitvoering te geven aan de roep tot integraal werken, zijn in 2018 in de regio Haaglanden drie ambulante specialistische integrale teams opgestart. De teams zijn samengesteld vanuit een samenwerkingsverband tussen Jeugdformaat, Ipse de Bruggen en Youz/Parnassia Groep. Sinds 2020 werken zij gezamenlijk binnen de integrale unit onder de noemer 'Beter Thuis'. Het doel van het integrale zorgaanbod bij Beter Thuis is het bieden van afgestemde hulpverlening voor alle gezinsleden die noodzakelijk is voor duurzame participatie in de reguliere maatschappij. De doelgroep van de integrale unit van Beter Thuis betreft gezinnen met meervoudige en complexe problematiek die moeite hebben met het participeren aan het dagelijks leven. De hulpverlening heeft daarom betrekking op alle aspecten van 'het gewone leven', zoals individuele en gezinsproblematiek, woonsituatie, financiën, opleiding en arbeidstoeleiding. Gezinnen komen in aanmerking voor hulpverlening bij Beter Thuis als zij vastlopen op tenminste drie domeinen van het dagelijks leven. Daarbij is in ieder geval sprake is van (een vermoeden van) psychiatrische problematiek bij de jeugdige, gecombineerd met opvoedproblematiek en/of een lichte verstandelijke beperking en mogelijk (een vermoeden van) psychiatrische problematiek of een lichte verstandelijke beperking bij de opvoeder(s). Wanneer een jeugdige wordt doorverwezen naar hulpverlening bij een van de teams van de integrale unit van Beter Thuis, wordt het gezin in deze teams als de cliënt gezien. Maatwerk is altijd het uitgangspunt in het vormgeven van de hulpverlening (Soenen & Kalkwiek, 2018). Om het functioneren van een aangemeld gezin in kaart te brengen, bestaat de eerste fase van hulpverlening binnen Beter Thuis uit een integrale analyse. Daarbij wordt in eerste instantie in kaart gebracht op welke levensdomeinen het gezin tot herstel wenst te komen. Daarna wordt samen met het gezin nagegaan hoe bepaalde factoren daarop van invloed zijn. Daarbij wordt gekeken naar cognitieve mogelijkheden en beperkingen, adaptieve vaardigheden, fysieke en geestelijke gezondheid, participatie, interactie en sociale rollen en context en cultuur (Soenen en Kalkwiek, 2018). Er wordt in kaart gebracht in hoeverre sprake is van problematiek bij individuele gezinsleden en tussen gezinsleden. Daarnaast wordt bekeken welke ondersteuningsdimensies (zoals gezinsleven, sociaal netwerk, school, werk, vriendschappen, vrije tijd) een beschermende functie hebben voor het betreffende gezin. De balans tussen problematiek en ondersteuning binnen de dimensies geeft richting aan de intensiteit, vorm en context van het hulpverleningsaanbod binnen de ambulante specialistische integrale teams van de integrale unit van Beter Thuis (Soenen & Kalkwiek, 2018).

Tot op heden is weinig bekend over de precieze doelgroep van gezinnen die in aanmerking komen voor ambulante specialistische integrale hulpverlening. In dit rapport beschrijven we de doelgroep van de integrale unit van Beter Thuis. Het betreffen gezinnen die in de periode september 2019 tot februari 2021 zijn aangemeld bij een team van de integrale unit. De gegevens zijn afkomstig vanuit Routine Outcome Monitoring (ROM). ROM is bij de teams van de integrale unit van Beter Thuis standaard onderdeel van de eerste fase van integrale analyse en wordt daarmee gebruikt voor het vormgeven van het hulpverleningsplan en voor zorgevaluatie. Binnen ROM vullen opvoeders, jeugdigen¹ en behandelaren vragenlijsten in bij de start en bij het einde van de hulpverlening. Voor ons rapport is gebruik gemaakt van de informatie die bij de startfase is verzameld als gezinsleden daar geen bezwaar tegen hadden. Hieronder worden de vragenlijsten toegelicht. De gegevens zullen worden ingedeeld overeenkomstig aan de domeinen en bijbehorende kleuren zoals opgenomen in Figuur 1. Voor de overzichtelijkheid wordt vervolgens weergegeven welke items van welke vragenlijsten bij welk domein uit Figuur 1 behoren.

1. Onder "jeugdige" wordt verstaan: kind/jongere/adolescent (leeftijd 0-18 jaar)

Zelfredzaamheidmatrix (ZRM)

De ZRM meet de mate van zelfredzaamheid op de verschillende gebieden. Per gebied wordt door een betrokken professional ingevuld in welke mate elke opvoeder zelfredzaam is op een vijfpuntsschaal: acute problematiek, niet zelfredzaam, beperkt zelfredzaam, voldoende zelfredzaam en volledig zelfredzaam.

De volgende gebieden vanuit de ZRM worden meegenomen in onze doelgroepbeschrijving:

- Financiën:** verwerft de opvoeder zelfstandig voldoende inkomsten om in de basisbehoeften te voorzien en zijn inkomsten en uitgaven in balans?
- Werk en opleiding:** heeft de opvoeder betaald werk of volgt de opvoeder een opleiding of een traject die naar werk leidt?
- Tijdsbesteding:** heeft de opvoeder plezierige/nuttige activiteiten, dagstructuur en een regelmatig dag-nacht ritme?
- Huisvesting:** heeft de opvoeder een veilig en toereikende woning en kan daarin langere tijd verblijven?
- Huiselijke relaties:** onderhoudt de opvoeder goede relaties met personen met wie een huishouden wordt gedeeld, wordt de opvoeder ondersteund door leden van het huishouden in groei en ontwikkeling en andersom?
- Geestelijke gezondheid:** heeft de opvoeder geestelijke problemen en zo ja; hoe gaat opvoeder ermee om en welke invloed heeft dit op het dagelijks leven?
- Lichamelijke gezondheid:** is de opvoeder lichamelijk gezond/is er sprake van een gezonde leefstijl?
- Middelengebruik:** is er sprake van drug-, gok- of alcoholgebruik en welke invloed heeft dit op het dagelijks functioneren van de opvoeder?
- Basale ADL:** zijn er beperkingen in het uitvoeren van de algemene dagelijkse levensverrichtingen?
- Instrumentele ADL:** zijn er beperkingen in de uitvoering van de instrumentele ADL?
- Sociaal netwerk:** heeft de opvoeder voldoende personen om zich heen voor steun en begeleiding in groei/ontwikkeling?
- Maatschappelijke participatie:** participeert de opvoeder actief in de maatschappij?
- Justitie:** komt de opvoeder in aanraking met de politie of heeft de opvoeder een strafblad?
- Ouderschap – Scholing:** gaan leerplichtige kinderen naar school, hebben zij mogelijkheden om huiswerk te maken en is de opvoeder betrokken bij school?
- Ouderschap – Lichamelijke verzorging:** zorgt de opvoeder voor een veilige fysieke omgeving voor de jeugdige en is de lichamelijke basiszorg op orde?
- Ouderschap – Sociaal-emotionele ondersteuning:** zorgt de opvoeder voor een omgeving waarin de jeugdige zich sociaal-emotioneel gezond kan ontwikkelen?

Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL)

De OBVL wordt ingevuld door opvoeders en brengt de door hen ervaren opvoedingsbelasting in kaart.

De vragenlijst bestaat uit 34 items en die op een vierpuntsschaal (van geldt niet tot geldt helemaal) beantwoord worden. De OBVL berekent een **Totaalscore** voor de opvoedingsbelasting en heeft daarnaast vijf subschalen:

- Problemen opvoeder-kind relatie**
- Problemen met opvoeden**
- Depressieve stemmingen**
- Rolbeperking**
- Gezondheidsklachten.**

Geestelijke gezondheid en sociaal functioneren (Health of the Nation Outcome Scales - HoNOS)

Deze lijst meet de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van de betrokken opvoeders van de twee weken voorafgaand aan invullen. De professional vult deze lijst in over elke opvoeder.

Items worden gescoord op een vijfpuntsschaal van geen problemen tot zeer ernstige problemen. Wanneer onvoldoende informatie voorhanden is, wordt dit ook gescoord. De volgende subschalen van de HoNOS worden meegenomen in de doelgroepbeschrijving:

- Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag / Opzettelijke zelfverwonding / Problematisch alcohol- of drugsgebruik / Cognitieve problemen / Lichamelijke problemen of handicaps / Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen / Problemen met depressieve stemming / Overige psychische en gedragsproblemen / Problemen met relaties / Problemen met ADL / Problemen ten gevolge van ontremming.**
- Problemen met woonomstandigheden / Gebruik of verbeteren vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd**

Screening LVB (Screener voor Intelligentie en licht verstandelijke beperking voor volwassen – SCIL 18+)

De SCIL 18+ wordt gebruikt om te screenen op een mogelijk licht verstandelijke beperking (LVB) bij de betrokken opvoeders. Bij het afnemen van de vragenlijst stelt de hulpverlener de vragen aan de opvoeder.

Een score van 19 of lager is een **indicatie voor het vermoedelijk functioneren op het niveau van LVB**

Probleemgedrag jeugdige (Child Behavior Checklist (CBCL) 1.5-5)

De CBCL/1.5-5 is een gedragsvragenlijst die opvoeders bij de teams van de integrale unit van Beter Thuis invullen over kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar en bestaat uit 100 vragen over emotionele en gedragsproblemen. Opvoeders geven per item aan of het probleem 'helemaal niet', 'een beetje of soms' of 'duidelijk of vaak' van toepassing is. Voor dit rapport is gebruik gemaakt van de subschalen **Internaliserende, Externaliserende en Totale problemen.**

Geestelijke gezondheid en sociaal functioneren kind (Health of the Nation Outcome Scales for children and adolescents - HoNOSCA)

Deze lijst meet de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van jeugdigen vanaf drie jaar in de twee weken voorafgaand aan invullen. De professional vult deze lijst over de betrokken jeugdige in. Items worden gescoord op een vijfpuntsschaal van geen problemen tot zeer ernstige problemen. Wanneer onvoldoende informatie voorhanden is, wordt dit ook gescoord. Aan de hand van normscores op basis van leeftijd en geslacht kan worden afgelezen hoe de score van een jongere geïnterpreteerd kan worden. De volgende subschalen van de HoNOSCA worden gebruikt voor dit rapport:

- Problemen met storend, antisociaal of agressief gedrag / Problemen met hyperactiviteit, aandacht of concentratie / Opzettelijke zelfverwonding / Problemen met alcohol, misbruik van (oplos)middelen / Problemen met leer- of taalvaardigheid / Problemen vanwege een lichamelijke aandoening of handicap / Problemen die gepaard gaan met hallucinaties, wanen of abnormale percepties / Problemen met niet-organische somatische symptomen / Emotionele problemen en daarmee verband houdende symptomen / Problemen met zelfverzorging en onafhankelijkheid**
- Problemen met relaties met leeftijdsgenoten**
- Problemen met gezinsleven en relaties**
- Afwezigheid van school.**

Adaptief functioneren kind (Vineland Screener)

De Vineland Screener wordt ingevuld door opvoeders en brengt adaptief gedrag van kinderen van nul tot en met zes jaar in kaart. De lijst geeft een indicatie van het adaptieve ontwikkelingsniveau van kinderen en vergelijkt deze score met het ontwikkelingsniveau van leeftijdgenoten waardoor zichtbaar wordt of een kind zich leeftijdsadequaat ontwikkelt. Daarbij worden verschillende subschalen onderscheiden:

- Communicatieve vaardigheden, Sociale vaardigheden, Dagelijkse vaardigheden, Motorische vaardigheden en Adaptief gedrag totaal.**

Thuisklimaatlijst

Deze vragenlijst vullen jeugdigen vanaf zes jaar in over hoe zij hun thuisklimaat ervaren. Voor dit rapport zijn de gegevens gebruikt over de primaire thuissituatie van de jeugdigen. De vragenlijst bevat de volgende subschalen:

- Autonomie, Verbondenheid, Competentie en Totaal.**

Op basis van informatie van ontwikkelaars wordt op basis van het door hen vastgestelde afkappunt besloten of een score zorgelijk is of niet.

Overzicht items per vragenlijst per domein:

Sociaal Netwerk

ZRM:	Sociaal netwerk
HoNOS:	Problemen met relaties
HoNOSCA:	Problemen met relaties met leeftijdsgenoten

Opvoeding

ZRM:	Ouderschap – Lichamelijke verzorging / Ouderschap – Sociaal-emotionele ondersteuning
OBVL:	Totaalscore / Problemen met opvoeden / Rolbeperking

Kind

CBCL:	Internaliserende problemen / Externaliserende problemen / Totale problemen
HoNOSCA:	Problemen met storend, antisociaal of agressief gedrag / Problemen met hyperactiviteit, aandacht of concentratie / Opzettelijke zelfverwonding / Problemen met alcohol, misbruik van (oplos)middelen / Problemen met leer- of taalvaardigheid / Problemen vanwege een lichamelijke aandoening of handicap / Problemen die gepaard gaan met hallucinaties, wanen of abnormale percepties / Problemen met niet-organische somatische symptomen / Emotionele problemen en daarmee verband houdende symptomen / Problemen met zelfverzorging en onafhankelijkheid
Vineland screener:	Communicatieve vaardigheden / Sociale vaardigheden / Dagelijkse vaardigheden / Motorische vaardigheden / Adaptief gedrag totaal

Ouder

ZRM:	Geestelijke gezondheid / Lichamelijke gezondheid / Middelengebruik / Basale ADL / Instrumentele ADL
OBVL:	Depressieve stemmingen / Gezondheidsklachten
HoNOS:	Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag / Opzettelijke zelfverwonding / Problematisch alcohol- of drugsgebruik / Cognitieve problemen / Lichamelijke problemen of handicaps / Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen / Problemen met depressieve stemming / Overige psychische en gedragsproblemen / Problemen met ADL / Problemen ten gevolge van maniforme ontremming
SCIL:	Indicatie voor het vermoedelijk functioneren op het niveau van LVB

Functioneren van gezin

ZRM:	Huiselijke relaties
OBVL:	Problemen opvoeder-kind relatie
HoNOSCA:	Problemen met gezinsleven en relaties
Thuisklimaat:	Autonomie / Verbondenheid / Competentie / Totaal

Omgeving

ZRM:	Financiën / Werk en opleiding / Tijdsbesteding / Huisvesting / Maatschappelijke participatie / Justitie / Ouderschap – Scholing
HoNOS:	Problemen met woonomstandigheden / Gebruik of verbeteren vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd
HoNOSCA:	Afwezigheid van school

Mentale gezondheidszorg

Voor dit item zijn geen vragenlijsten beschikbaar, aangezien het in kaart brengt of cliënten gebruik maken van geestelijke gezondheidszorg. Bij de teams van de integrale unit van Beter Thuis is dat dus in alle gezinnen het geval.

Resultaten

Algemene kenmerken van de doelgroep

Er zijn gegevens beschikbaar van 89 jeugdigen, afkomstig uit 62 gezinnen die waren aangemeld bij de teams van de integrale unit van Beter Thuis. De gemiddelde leeftijd van de naar de integrale unit van Beter Thuis verwezen jeugdige is 8;4 jaar (SD 5;3). Het jongste kind is een baby en de oudste adolescent is bijna 18 jaar. De jeugdigen zijn ongeveer gelijk verdeeld in de leeftijdscategorie nul tot zes jaar, zes tot 12 jaar en 12 jaar en ouder (respectievelijk 38.2%, 31.5% en 30.4%). Hiervan zijn 44 jeugdigen vrouwelijk (49.4%) en 45 mannelijk (50.6%). De moeders zijn in 50% in Nederland geboren en de andere helft elders (o.a. Suriname, Polen, Nederlandse Antillen, Groot-Brittannië, India). Van vaders is 39.1% in Nederland geboren en 60.9% elders (o.a. Suriname, Marokko, Nederlandse Antillen, Polen, Azië, Indonesië, India, Turkije). In de meeste gevallen zijn twee opvoeders betrokken (66.3%), in 30.3% is één opvoeder in het gezin en in 3.4% zijn drie of vieropvoeders betrokken. Omdat er nauwelijks data beschikbaar zijn over de derde opvoeder, beperkt ons rapport zich tot gegevens over Opvoeder 1 (96.6% moeder, 1.1% vader, 1.1% stiefvader, 1.1% tante) en Opvoeder 2 (93.8% vader, 3.1% stiefvader, 3.0% anders).

Voor elk domein uit Figuur 1 is per jeugdige in kaart gebracht of er problemen bekend zijn. In sommige gevallen was onvoldoende informatie beschikbaar om met zekerheid te spreken van een probleem. Vanuit 25 gezinnen zijn meerdere jeugdigen officieel aangemeld met een hulpvraag bij de teams van de integrale unit van Beter Thuis. Daarmee is rekening gehouden door het gezin als uitgangspunt te nemen om inzichtelijk te maken op hoeveel domeinen sprake is van problematiek binnen de doelgroep. Tabel 1 geeft weer op hoeveel domeinen problemen bekend zijn bij hoeveel gezinnen. Mogelijk is hier dus sprake van onderrapportage omdat niet altijd voldoende informatie bekend was.

Tabel 1. Overzicht binnen hoeveel gezinnen sprake is van problematiek op hoeveel domeinen

Aantal domeinen met problematiek	Aantal gezinnen	Percentage
1	0	0
2	1	1.6
3	3	4.8
4	2	3.2
5	9	14.5
6	11	17.7
7	36	58.1

Hieronder wordt per domein besproken hoe de problematiek van de doelgroep zich laat kenmerken. De informatie die daarbij wordt beschreven, is op het niveau van aangemelde jeugdige in kaart gebracht. De gedetailleerde toelichting van de scores per subschaal of vragenlijst behorend bij elk domein kan worden opgevraagd bij de contactpersonen (zie contactgegevens onderaan dit rapport).

Sociaal Netwerk

Op dit domein blijkt bij 82.3% van de doelgroep sprake te zijn van problematiek. Bij het andere deel bestaan of geen zorgen, of is onvoldoende informatie beschikbaar. Ongeveer de helft van de opvoeders is niet of beperkt zelfredzaam op het vlak van sociaal netwerk volgens de ZRM (54.1% Opvoeder 1 en 46.9% van Opvoeder 2). Daarvan is bij één Opvoeder 1 sprake van acute problematiek (1.6%). Slechts 9.8% van Opvoeder 1 is volledig zelfredzaam op het vlak van sociaal netwerk en 18.8% van Opvoeder 2. Vanuit de HoNOS wordt zichtbaar dat 63.4% van Opvoeder 1 en 43.4% van Opvoeder 2 ondersteuning behoeft op het gebied van sociale relaties. Voor jeugdigen geldt dat bij 45.3% problemen worden gezien in relaties met leeftijdsgenoten.

Opvoeding

Op het domein 'Opvoeding' is voor 93.5% van de doelgroep bekend dat er sprake is van problematiek. Uit het ouderschapssupplement van de ZRM blijkt dat een 19.7% van Opvoeder 1 en 16.1% van Opvoeder 2 niet tot beperkt zelfredzaam is op het gebied van lichamelijke verzorging van de jeugdigen. Op het vlak van sociaal emotioneel ondersteunen van de jeugdigen blijkt dat hulpverleners een aanzienlijk deel van Opvoeder 1 (62.9%) als niet tot beperkt zelfredzaam zien en bijna de helft van Opvoeder 2 (44.8%). In enkele gevallen is sprake van acute problematiek. Vanuit de totale score van de opvoedingsbelasting vragenlijst (OBVL) blijkt dat ongeveer de helft van Opvoeder 1

problemen ervaart (48.8%) en twee derde van Opvoeder 2 (32.6%). Daarbij is de score van Opvoeder 1 in 41.7% ernstig tot zeer ernstig, tegenover 25.6% bij Opvoeder 2. Gekeken de subschaal 'Problemen met opvoeden' van de OBVL, valt op dat 44.2% van Opvoeder 1 problemen ervaart en bijna een derde ernstig tot zeer ernstig. Van Opvoeder 2 ervaart ook 40.9% problemen met opvoeden, waarbij een kwart ernstig tot zeer ernstig. Bij de subschaal 'Rolbeperking' komt naar voren dat 36.5% Opvoeder 1 en 20% Opvoeder 2 de ouderlijke rol als inperking ervaren op hun vrijheid. Voor 29.4% van Opvoeder 1 en 13.3% van Opvoeder 2 zijn deze problemen ernstig tot zeer ernstig.

Kind

Van de aangemelde jeugdigen wordt bij 66.3% problematiek gezien op tenminste een van de items behorende bij dit domein. Bij het andere deel bestaan of geen zorgen, of is onvoldoende informatie beschikbaar. Wanneer gekeken wordt naar de leeftijd van de jongeren, valt op dat bij de jongste kinderen in de leeftijd van nul tot zes jaar bij 58.8% problematiek bekend is. Voor de kinderen van zes tot 12 jaar is dat bij 64.3%. Bij jongeren vanaf 12 jaar blijkt bij 77.8% problematiek bekend te zijn. Wanneer daarbij wordt ingezoomd op de oudste adolescenten (vanaf 16 jaar), is bij 85.7% problematiek aangegeven.

De problematiek bestaat volgens de HoNOSCA onder andere uit aandacht- en concentratieproblemen (54.5%), problemen met leer- of taalvaardigheid (44.4%), emotionele problemen (41.4%), problemen met storend gedrag (39.3%) en problemen met zelfverzorging/afhankelijkheid (25.2%). Daarnaast heeft ongeveer 16.4% van de jeugdigen niet-organische somatische symptomen en is bij 10.9% sprake van lichamelijke problematiek. Bij 9.6% van de jeugdigen bestaan zorgen over opzettelijke zelfverwonding en 5.4% is bekend met problemen op het gebied van hallucinaties of wanen. Tenslotte is bij bijna 3.7% sprake van middelenproblematiek.

Omdat over slechts een beperkt aantal kinderen in de leeftijdsgroep van anderhalf tot drie jaar gegevens beschikbaar zijn vanuit de CBCL (10 van Opvoeder 1 en 3 van Opvoeder 2), beperken wij ons hier tot de beschrijving van de scores van Opvoeder 1 op de schalen Internaliseren, Externaliseren en Totaal. Volgens Opvoeder 1 is bij de helft van de kinderen sprake van internaliserende problematiek, bij 40% externaliserende problemen en bij de helft zijn problemen op de Totaal-schaal. Ook vanuit de Vineland Screener is beperkte data beschikbaar voor kinderen tot zes jaar (21 van Opvoeder 1 en 7 van Opvoeder 2). Daarom is tevens hier voorzichtigheid geboden bij de interpretatie. Op het vlak van communicatieve vaardigheden loopt ongeveer de helft van de kinderen achter in ontwikkeling van wat op basis van kalenderleeftijd kan worden verwacht (47.6% Opvoeder 1, 42.9% Opvoeder 2). Voor sociale vaardigheden is dat volgens 38.1% van Opvoeder 1 en 42.9% van Opvoeder 2 het geval. In dagelijkse vaardigheden is volgens 28.6% van Opvoeder 1 en 14.3% van Opvoeder 2 sprake van een achterstand bij de kinderen. Wat betreft motoriek is dat volgens Opvoeder 1 bij 47.6% van de kinderen en bij 42.9% volgens Opvoeder 2. Wat betreft de Totaal schaal van het adaptieve gedrag van kinderen, zien 52.4% van Opvoeder 1 problemen bij de kinderen en 42.9% van Opvoeder 2.

Ouder

Bij het domein 'Ouder' is bij 95.2% bekend dat er sprake is van problematiek. Ook hier is weer een divers beeld aan problematiek. Allereerst blijkt uit de SCIL dat van de 48 gezinnen gegevens bekend zijn, 29% van de jeugdigen opgroeit met tenminste een opvoeder waarbij vermoedelijk sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB). Van 14 gezinnen is onbekend of er mogelijk sprake is van een LVb van de ouder wegens het ontbreken van de SCIL. Als enkel gekeken wordt naar gezinnen waarvan gegevens bekend zijn, blijkt 37.5% van de jeugdigen op te groeien bij een opvoeder waarbij vermoedelijk sprake is van een LVb. Daarvan blijkt bij Opvoeder 1 dat 27.1% vermoedelijk sprake is van LVb en voor Opvoeder 2 is dat 33.3%. Wanneer naar de subschaal 'Cognitieve problematiek' van de HoNOS wordt gekeken, blijkt dat professionals inschatten dat daar in veel mindere mate zorgen over zijn (14.5% Opvoeder 1 en 6.3% Opvoeder 2).

Bij de ZRM rapporteren professionals voor 41.9% van Opvoeder 1 en 34.3% van Opvoeder 2 zorgen over de zelfredzaamheid van opvoeders op het gebied van geestelijke gezondheid. Wanneer bij de HoNOS gekeken wordt naar welke problematiek volgens professionals het meest moet worden meegenomen in de behandeling, blijkt dat de restcategorie 'overige psychische problemen' te zijn (64.4% voor Opvoeder 1 en 51.7% voor Opvoeder 2). Daarnaast hebben professionals over bijna de helft van Opvoeder 1 zorgen over depressieve stemmingen, tegenover 16.7% bij Opvoeder 2. Wanneer gekeken wordt naar zelfrapportage van opvoeders ten aanzien van depressieve stemmingen, wordt zichtbaar dat 44.2% van Opvoeder 1 problematiek aangeeft en 38.7% van Opvoeder 2. Daarbij is problematiek met depressieve stemmingen bij 37.2% van Opvoeder 1 en 29.6% van Opvoeder 2 ernstig tot zeer ernstig.

Bij een aanzienlijk deel van beide opvoeders (27.4% Opvoeder 1 en 12.5% Opvoeder 2) worden problemen gezien op het gebied van algemene dagelijkse verzorging bij de HoNOS. Voor een kwart van zowel Opvoeder 1 als Opvoeder 2 bestaan zorgen op het gebied van lichamelijke problemen. Daarbij wordt 17.7% van Opvoeder 1

en 18.3% van Opvoeder 2 als onvoldoende zelfredzaam gezien op het gebied van lichamelijke gezondheid. Andere onderwerpen tot zorg bij opvoeders zijn hyperactief, agressief, destructief en geagiteerd gedrag (13.1% Opvoeder 1 en 15.6% Opvoeder 2), manifforme ontremming (13.6% Opvoeder 1 en 6.3% Opvoeder 2), alcohol- of drugsgebruik (3.6% Opvoeder 1 en 10.3% Opvoeder 2).

Functioneren van gezin

Bij 83.9% van de cliënten bestaan zorgen op het gebied van gezinsfunctioneren. Bij het andere deel bestaan of geen zorgen, of is onvoldoende informatie beschikbaar. Vanuit de OBVL komt naar voren dat meer dan een derde Opvoeder 1 (35.5%) en 20.9% van Opvoeder 2 problemen ervaart in de opvoeder-kind relatie. Voor Opvoeder 1 geldt dat 31.7% de problemen als ernstig tot zeer ernstig zijn, tegenover 16.3% van Opvoeder 2. Professionals zien in 75% van de jeugdigen problemen op het gebied van gezinsleven volgens de HoNOSCA. Wanneer professionals bij de ZRM de mate van zelfredzaamheid beoordelen van opvoeders op het domein van huiselijke relaties, rapporteren zij bij 62.9% van Opvoeder 1 en 54.8% van Opvoeder 2 beperkte zelfredzaamheid. Dit houdt in dat deze opvoeders de problemen erkennen en proberen te veranderen. Daarnaast wordt 4.8% van Opvoeder 1 en 16.1% van Opvoeder 2 als 'niet zelfredzaam' aangeduid. Bij deze opvoeders bestaan zorgen rondom aanhoudende relationele problemen binnen het huishouden of dreigend geweld of verwaarlozing. Vanuit de Thuisclimaat vragenlijst komt naar voren dat 20% van de jeugdigen problematiek ervaart wat betreft verbondenheid binnen het gezin, ongeveer een derde het thuisclimaat als niet competent ervaart en iets meer dan 20% problemen ervaart op het gebied van autonomie.

Omgeving

Bij het domein 'Omgeving' is bij 87.1% bekend dat er sprake is van problematiek. Volgens de ZRM is er onvoldoende zelfredzaamheid op het gebied van werk en opleiding bij 50.8% van Opvoeder 1 en 15.6% van Opvoeder 2. Voor Opvoeder 1 wordt hier bij 31.1% acute problematiek gezien en bij Opvoeder 2 is dat 9.4%. Daarnaast speelt bij 23.2% van de jeugdigen problematiek rondom afwezigheid van school. Opvoeders worden vaker als onvoldoende zelfredzaam gezien in het ondersteunen van de scholing voor hun kinderen (22.4% Opvoeder 1 en 24.1% Opvoeder 2). Daarnaast laat ZRM zien dat ongeveer de helft van de opvoeder niet zelfredzaam is op het vlak van tijdsbesteding (56.5% Opvoeder 1 en 43.8% Opvoeder 2). Op het vlak van maatschappelijke participatie wordt Opvoeder 1 in 46.7% niet voldoende zelfredzaam gezien en 25.8% van Opvoeder 2. Voor wat betreft financiën is 41.9% van Opvoeder 1 beperkt tot niet zelfredzaam, tegenover 25% van Opvoeder 2. Uit de HoNOS blijkt dat voor 9.8% van Opvoeder 1 en 16.1% van Opvoeder 2 zorgen bestaan op het gebied van woonomstandigheden. Volgens de ZRM is dit beeld juist andersom met betrekking tot zorgen over de zelfredzaamheid op het gebied van huisvesting (21% bij Opvoeder 1 en 9.4% bij Opvoeder 2). Daarnaast bestaan bij sommige opvoeders (3.3% Opvoeder 1 en 3.2% Opvoeder 2) zorgen rondom betrokkenheid bij Justitie.

Mentale gezondheidszorg

Aangezien alle gezinnen zijn doorverwezen naar een van de teams binnen de integrale unit van Beter Thuis waar mentale gezondheidszorg onderdeel is van de hulpverlening, is 100% van de doelgroep bekend met problematiek op dit domein. Vanuit de praktijkmedewerkers komen signalen over gezinnen die reeds een lange voorgeschiedenis hebben aan verschillende hulpverleners, gestapelde zorg, snelle doorverwijzingen zonder dat echte hulp is opgestart. Opvallend is dat veel gezinsleden voorheen vooral monodisciplinaire hulpverlening ontvingen in plaats van hulpverlening vanuit een integrale blik.

Discussie

De beschrijving van de doelgroep van de integrale unit van Beter Thuis laat zien dat er veel complexiteit en diversiteit bestaat in problematiek van de aangemelde gezinnen. Onze resultaten zijn gebaseerd op de beginmeting van ROM, waarbij binnen zes weken na aanmelding alle vragenlijsten ingevuld horen te zijn. Op alle domeinen zijn problemen zichtbaar binnen de doelgroep. Bij meer dan de helft is zelfs sprake van problematiek op alle domeinen. Bij meer dan 90% van de gezinnen is sprake van problematiek binnen de opvoeding en zelfs 95% van de opvoeders zijn bekend met eigen problematiek. Daarnaast bestaat bij bijna 90% van de gezinnen zorgen over contextuele factoren, bij 84% is sprake van problematiek in het gezinsfunctioneren en iets meer dan 80% van de gezinnen is bekend met problemen in het sociaal netwerk. Bij twee derde van de jeugdigen is problematiek bekend. Hoewel dit een hoog percentage is, is het lager dan wij hadden verwacht. Mentale problematiek bij de jeugdige is namelijk een verwijscriterium voor de hulpverlening naar de integrale unit van Beter Thuis. Ons vermoeden bestaat dat het voor

medewerkers wellicht moeilijk is geweest om de problemen bij met name de jongere kinderen goed te rapporteren. Bij de oudere jeugdigen bij Beter Thuis is namelijk meer problematiek gerapporteerd. Deze bevinding kan er ook op duiden dat wanneer jeugdigen opgroeien met een opvoeder met eigen problematiek of in een gezin waarbij sprake is van opvoedingsproblemen, de problematiek van jeugdige door de stapeling van risicofactoren duidelijker zichtbaar wordt op latere leeftijd (Bachler et al., 2016; Lambregtse-van den Berg, 2011). Dit impliceert dat integrale zorg vroegtijdig ingezet dient te worden om de ontwikkeling van jonge kinderen tijdig ten gunste bij te sturen en zo ernstigere problematiek te voorkomen (Rexwinkel, 2018). Mogelijk kan het lager dan verwachte percentage van problematiek onder jeugdigen ook verklaard worden in het licht van de hoge mate van problematiek onder opvoeders en gezinsproblematiek. Wellicht zijn die problemen dermate opvallend en zorgelijk, dat daar de eerste aandacht van professionals naar uit gaat. Daarmee bestaat het risico dat te weinig oog is voor problematiek van jeugdigen. Voor opvoeders kan meespelen dat zij minder geneigd zijn problematiek van hun kind te rapporteren in de beginfase van behandeling waarin de werkrelatie met behandelaren nog opgebouwd moet worden. Aangezien door praktijkmedewerkers wordt gezien dat veel van de gezinnen al een lange voorgeschiedenis hebben van (onvoldoende op elkaar afgestemde) hulpverlening en doorverwijzingen, zou het voor opvoeders moeilijk kunnen zijn eerlijk te rapporteren over problematiek bij hun kind na mogelijk eerdere teleurstellingen in hulpverlening. Daarbij kan bij sommige opvoeders ook de angst bestaan voor mogelijke implicaties van het rapporteren van problematiek van hun kind (Simons, Mulder, Breuk, & Vermeiren, 2015), denk aan de angst dat veiligheidsinstanties betrokken zouden kunnen worden.

Onze resultaten maken zichtbaar dat de ernst van de problematiek en de hoeveelheid domeinen waarop zorgen bestaan, verschilt per gezin. Dit impliceert dat per gezin maatwerk nodig is bij het opstellen van het hulpverleningsplan. Daarbij dient zorgvuldig in kaart gebracht te worden hoe elk gezinslid functioneert op elk domein van het gewone leven zodat een overzicht komt van de balans tussen problemen en beschermende factoren. Figuur 2 verbeeldt dit proces waarbij op basis van alle informatie per domein in kaart wordt gebracht hoe alle gezinsleden en het gezin als geheel, functioneren. Op die manier ontstaat een beeld van welke mate van ondersteuning nodig is binnen het gezin en kan prioritering worden aangebracht in het opstellen van het hulpverleningsplan en bijbehorende doelen van de hulpverlening. Zo kan voorkomen worden dat problematiek van individuele gezinsleden te weinig aandacht krijgen. Deze integrale analyse vraagt om professionals die voldoende toegerust zijn om de balans tussen problematiek en ondersteunende factoren in kaart te brengen.

Figuur 2. Functioneren op verschillende domeinen leidt tot inzicht in zorgbehoefte en prioritering van zorg



Op dit moment worden jeugdigen door verwijzers aangemeld voor hulpverlening bij een van de teams van de integrale unit van Beter Thuis. Zodra Beter Thuis instapt, verschuift de focus van alleen het kind, naar het functioneren van alle gezinsleden en het gezin als geheel. Deze verschuiving blijkt essentieel in het licht van onze bevindingen die laten zien hoe divers en complex de problematiek van de gezinnen is. Daarbij is het de vraag of jeugdprofessionals voldoende zijn toegerust om naast kindfactoren en opvoedvraagstukken ook de problematiek van opvoeders te beoordelen en vervolgens te behandelen. Zo lijkt uit onze resultaten te kunnen worden afgeleid dat wanneer Opvoeder 2 zelf bevraagd wordt over problematiek, zij hogere scores dan wanneer professionals dit beoordelen over opvoeders: Mogelijk hebben professionals beter zicht op het functioneren van de primaire opvoeder. Psychische problematiek lijkt bij beide ouders ook vooral in de 'restcategorie' ingedeeld te worden. Daarbij rijst de vraag in hoeverre jeugdprofessionals zich bekwaam voelen en in staat zijn om psychische problemen van opvoeders in te schatten. Juist dit vraagt om een integrale aanpak zoals wordt beoogd bij de

integrale unit van Beter Thuis, waarin ook samenwerking is met behandelaren uit de volwassen GGZ. Deze doelgroep vraagt om samenwerking over de kaders heen. Dat wil zeggen; samenwerking waarin alle gezinsleden én het gezinsfunctioneren centraal staan. De strakke scheiding van of volwassen-GGZ, of jeugd-GGZ, of LVB, of opvoedondersteuning, kan en mag niet blijven bestaan voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek. Die doelgroep vraagt om uitwisseling van expertise waarbij professionals kunnen profiteren van elkaars kennis en ervaring. De handen dienen ineen geslagen te worden voor een optimaal integraal hulpverleningsaanbod, gericht op het herstel van het gewone leven.

Dankzij de uitgebreide integrale analyse van de verschillende domeinen kan bij het opstellen van het hulpverleningsaanbod geïndiceerd worden op welk domein welke vorm van ondersteuning met welke intensiteit wenselijk is. Figuur 3 laat zien hoe in verschillende gezinnen verschillende domeinen op een andere manier ondersteuning behoeven. Tevens maakt het inzichtelijk welk domein prioriteit verdient in de hulpverlening.

Figuur 3. Verschillende gezinnen hebben verschillende ondersteuningsbehoeftes op verschillende domeinen



Op basis van deze indeling kan per gezin het benodigde maatwerk worden aangebracht in de hulpverleningstrajecten. Naast ondersteuning door professionals (bijvoorbeeld hulpverleners of betaalde vrijwilligers), verdient het aanbeveling te zoeken naar hulpbronnen binnen het netwerk (Soenen & Kalkwiek, 2018). Professionals kunnen gezinnen helpen deze natuurlijke ondersteuningsbronnen te expliciteren, waarbij afspraken gemaakt kunnen worden hoe gezinsleden op deze hulpbronnen kunnen terugvallen. De intensiteit van de professionele en/of natuurlijke ondersteuning kan variëren van periodiek, beperkt, intensief of pervasief (Soenen & Kalkwiek, 2018).

Gezien de brede mate van problematiek van de gezinnen is binnen een integrale aanpak ook een effectieve samenwerking tussen verschillende hulpverlenende organisaties en gemeentes noodzakelijk. De problematiek van de gezinnen overstijgt het zorgaanbod van bijvoorbeeld enkel de jeugd-GGZ, volwassen-GGZ of opvoedondersteuners. Waar Beter Thuis een prachtig initiatief is van hulpverlening waarbij verschillende expertises de handen ineen hebben geslagen (LVB, opvoedondersteuning, SGGZ voor jeugd en volwassenen), vraagt de doelgroep om méér. Het vraagt bijvoorbeeld ook om intensieve samenwerking met schuldhulpverlening, huisvestingsorganisaties, scholen, werkgevers of sociale werkplaatsen/dagbestedingen. Gemeentes kunnen een cruciale rol spelen in het samenbrengen van deze verschillende vormen van hulpverlening, om het integrale aanbod zo écht integraal te maken waarbij hulpverlening mogelijk is voor alle domeinen van het gewone leven. Op deze manier kan ook de ervaren kloof naar specialistische GGZ-hulpverlening verkleind worden. Zoals het reguliere hulpverleningsaanbod is vormgegeven, bestaat de vraag of opvoeders de weg naar specialistische hulpverlening wel weten te vinden. Het verdient aanbeveling om met ketenpartners ervoor te zorgen dat deze kloof verkleind wordt.

De gegevens uit het huidige onderzoek zijn afkomstig van zowel zelfrapportage van cliënten als rapportage over cliënten door professionals. Daarmee is een breed beeld ontstaan van de inschatting van de problematiek. Voor vervolgonderzoek is het interessant na te gaan in hoeverre overeenstemming bestaat tussen de verschillende informanten over het functioneren op een domein van het normale leven. Uit onze resultaten kan bijvoorbeeld worden afgeleid dat er verschil lijkt te bestaan in hoe de ernst in depressieve stemming van opvoeders wordt ingeschat tussen professionals en opvoeders zelf.

Hoewel duidelijk is dat het werken in integrale teams vernieuwend en uitdagend is (Friele et al., 2018; Nootboom et al., 2020; Van der Veer et al., 2014), is nog te weinig zicht op welke competenties noodzakelijk zijn voor professionals in ambulante specialistische integrale teams (Fillekes, 2021). In een ander onderzoek binnen de integrale unit van Beter Thuis wordt daarom in kaart gebracht welke competenties professionals noodzakelijk achten bij het integraal werken en welke factoren een rol spelen bij het toepassen van de competenties (Posthumus, Nootboom, Soenen, & Simons, 2021). De resultaten van dit onderzoek worden binnenkort verwacht.

Aangezien onze data laat zien hoe divers de problematiek is bij gezinnen bij Beter Thuis, verdient het tenslotte aanbeveling in toekomstig onderzoek na te gaan of binnen de gezinnen bepaalde profielen vast te stellen zijn. Per profiel kunnen vervolgens zorgpaden worden uitgewerkt. Op die manier kan zo snel mogelijk na de diagnostiekfase bij Beter Thuis het passende zorgpad geselecteerd worden. Zo wordt uitvoering gegeven aan het zogenaamde 'matched care' principe, waarbij zo snel mogelijk de best passende zorg gekoppeld wordt aan gezinnen (Soenen, 2016; Tiemens, 2018).

Referentielijst

Bachler, E., Frühmann, A., Bachler, H., Aas, B., Strunk, G., & Nickel, M. (2016). Differential effects of the working alliance in family therapeutic home-based multi-problem *families*. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 120-148. doi: 10.1111/1467-6427.12063

Bodden, D., & Deković, M. (2010). *Multiprobleemgezinnen ontrafeld*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 49, 259-271.

Bodden, D., & Deković, M. (2016). Multiproblem Families Referred to Youth Mental Health: What's in a name? *Family Process*, 55(1), 31-47.

F. Fillekes, persoonlijke communicatie, 27 juli 2021.

Friele, R. D., Bruning, M. R., Bastiaanssen, I. L. W., Boer, R. D., Bucx, A. J. E. H., De Groot, J. F., ... & Hageraats, R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie. Reeks evaluatie regelgeving*. Geraadpleegd van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/30/rapport-eerste-evaluatie-jeugdwet>

Lambregtse-van den Berg (2011). Intergenerationele overdracht van psychopathologie. In N. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Reds.), *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kind behandeling* (pp. 146-154). Assen: Van Gorcum.

Nooteboom, L. A., Van den Driesschen, S. I., Kuiper, C. H. Z., Vermeiren, R. R. J. M., & Mulder, E. A. (2020). An integrated approach to meet the needs of high-vulnerable families: a qualitative study on integrated care from a professional perspective. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(18), 1-17. doi: 10.1186/s13034-02000321-x

Pannenbakker, N., & Kocken, P.I. (2021). *Kenmerken van multiprobleemgezinnen: van belang voor vroegtijdige signalering en behandeling: handreiking voor zorgcoördinatie multiprobleemgezinnen factsheet herkennen*. Leiden: TNO.

Posthumus, J., Nooteboom, L., Soenen, S., & Simons, I. (2023). *Competenties voor de integrale zorgprofessional*. Manuscript geaccepteerd voor publicatie.

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28–38. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>

Rexwinkel, M. Infant Mental Health anno 2018. *Kinder- & Jeugdpsychiatrie*, 45(1), 8-31.

Rots-de Vries, M. C., Kroesbergen, H. T., & Mathijssen, J. J. P. (2017). Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg: een studie naar doelgroep, interventie-methoden en doelrealisatie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 95, 67-74. doi: 10.1007/s12508-017-0022-0

Simons, I., Mulder, E., Breuk, R., & Vermeiren (2015, 1 oktober). *Onderzoek naar gezinsgericht werken in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJl's)* [Powerpoint-slides]. Curium-LUMC, Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd. <http://awrj.nl/wp-content/uploads/2021/09/Presentatie-GezinCentraal20151001-echt.pdf>

Soenen, S. (2016). *Mild intellectual disability: an entity? Mapping clinical profiles and support needs (academisch proefschrift universiteit Leiden)*. Enschede: Ipskamp Printing.

Soenen, S., & Kalkwiek, H. (2018). *Samenwerken aan integrale hulpverlening*. Den Haag: Integrale Unit Youz/ Parnassia Groep/Jeugdformaat/lpse de Bruggen.

Stein, K. (2016). Developing a Competent Workforce for Integrated Health and Social Care: What Does It Take? *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1-3.

Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Post, W. J., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2014). Outcomes of a coaching programs for families with multiple problems in the Netherlands: a prospective study. *Children and Youth Services Review*, 46, 203-212. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.08.024

Tiemens, B. (2018). Omgeven door relaties. Evidence-based werken in de geestelijke gezondheidszorg (2018). *Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie*, 51(2), 72-84.

Van der Veer, K., Van Houten, M., & Middelhof, L. (2014). *Factsheet werk en inkomen in sociale (wijk)teams*. Geraadpleegd op 10 december 2018, van https://www.divosa.nl/sites/default/files/publicatie_bestanden/20141209_Factsheet_Werk_en_inkomen_in_sociale_wijkteams.pdf

Van Dijk, A. (2015). Gezocht: regisseur, netwerk en nazorg. *Jeugd & Co*, 9(1), 10-14. doi: 10.1007/s12449-015-0010-6

Visscher, L., Jansen, D. E. M. C., Evenboer, K. E., van Yperen, T. A., Reijneveld, S. A., & Scholte, R. H. J. (2019). Interventions for families with multiple problems: similar contents but different formats. *Child and Family Social Work*, 25, 8-17. doi: 10.1111/cfs.12646



Onze resultaten maken zichtbaar dat de ernst van de problematiek en de hoeveelheid domeinen waarop zorgen bestaan, verschilt per gezin. Dit impliceert dat per gezin maatwerk nodig is bij het opstellen van het hulpverleningsplan. Daarbij dient zorgvuldig in kaart gebracht te worden hoe elk gezinslid functioneert op elk domein van het gewone leven zodat een overzicht komt van de balans tussen problemen en beschermende factoren.



Jeugdformaat

Contact

dr. Sarah Soenen
Projectdirecteur Integrale Unit
Klinisch Psycholoog Beter Thuis
s.soenen@youz.nl