

“Een mooi leven leiden en er iets van maken”

Eindrapportage van een verkennend onderzoek naar de bruikbaarheid van wraparound care bij drie instellingen voor verslavingsreclassering

Auteur(s)

Laurens de Croes
Donnalee Heij
Lonieke Casteleijn

Begeleiding:

Jo Hermanns, Anneke Menger en Rene Butter.

Datum

Juni 2013

© Hogeschool Utrecht, 2013

Bronvermelding is verplicht.
Vereenvoudigen voor eigen gebruik
of intern gebruik is toegestaan.

Voorwoord

Luisteren naar de cliënt, de cliënt serieus nemen en de continuïteit van zijn begeleiding waarborgen; belangrijke elementen van een goed reclasseringstraject. Maar hoe doe je dit bij een doelgroep die middelen gebruikt en veelal ook psychiatrische problemen heeft? Het antwoord ligt voor u, in de vorm van een onderzoek naar de bruikbaarheid van wraparound care bij de verslavingsreclassering.

Als verslavingsreclassering zoeken we voortdurend naar manieren om zorg en straf te combineren. Daarom ondersteunen we ook het lectoraat *Werken in justitieel kader*. Het onderzoek naar wraparound care is een goed voorbeeld van deze samenwerking. Het richt zich op het verbeteren van de samenhang en continuïteit in de justitieketen, wat voor onze kwetsbare doelgroep erg belangrijk is.

Te vaak zie ik nog in de praktijk dat cliënten te maken krijgen met verschillende partijen die allemaal een klein stukje van de problemen proberen op te lossen. Het komt voor dat de verschillende partijen niet van elkaar weten wat ze doen, soms zelfs met tegenstrijdige behandelingen en adviezen tot gevolg. De cliënt raakt hiervan in de war en weet niet meer naar welke hulpverlener hij moet luisteren. Met uiteindelijk een minder effectieve aanpak tot gevolg.

Wraparound care vormt een team om een cliënt heen, waar die cliënt zelf ook deel van uitmaakt. Alle betrokken partijen weten van elkaar wat ze doen. Ze verdelen de taken en verantwoordelijkheden. Er wordt gewerkt vanuit de eigen kracht van de cliënt. Dit sluit naadloos aan bij de specifieke aanpak van de verslavingsreclassering, waarin de visie van de cliënt ook belangrijk is. Ik heb meerdere cliënten ontmoet die energie en motivatie voor gedragsverandering krijgen doordat ze serieus worden genomen. Als een cliënt zelf verantwoording neemt voor het reclasseringstraject, daalt de kans op herhalingscriminaliteit fors. En dat is precies waar wij als verslavingsreclassering voor staan: het strafrecht effectiever maken.

Dit onderzoeksrapport maakt duidelijk dat wraparound care toegevoegde waarde heeft voor reclasseringswerkers. Het formuleert waardevolle uitgangspunten voor het werken volgens wraparound care en biedt een heldere uiteenzetting van wat dit precies inhoudt. De rijkdom aan verschillende data maken het onderzoek de moeite waard om te lezen.

Naast mijn dank voor de inspanningen van de onderzoekers en het lectoraat, wil ik ook alle reclasseringswerkers en andere collega's bedanken voor de open manier waarop ze wraparound care omarmt hebben. Door hen is het onderzoek niet alleen geslaagd, maar werken we ondertussen op meerdere locaties succesvol volgens dit concept.

Ik wens u veel leesplezier en inspiratie,

Edwin ten Holte

directeur Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)

Overkoepelend onderzoeksprogramma

Dit onderzoek maakt deel uit van het een groter onderzoeksprogramma , getiteld

Bronnen van Continuïteit. Professionaliteit van het Reclasseringswerk

gesubsidieerd door Raak Publiek van Stichting Innovatie Alliantie.

Dit onderzoeksprogramma, met een looptijd van september 2011 tot september 2013, is uitgevoerd door een samenwerkingsverband van vijf hogescholen, zes werkveldorganisaties en een universiteit. Het programma had tot doel om de professionaliteit en continuïteit van het reclasseringswerk een impuls te geven. Het project kende drie deelprojecten:

1. De werkaliantie in het reclasseringstoezicht, uiteenvallend in een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek naar kenmerken van de werkaliantie in gedwongen kader.
2. Continuïteit in het reclasseringstraject bij verslaafde justitiabelen, waarbij pilots zijn georganiseerd en onderzocht met de metamethodiek wraparound care.
3. Methodiek voor werken in gedwongen kader: vernieuwing van de methodiek waarbij de resultaten van deze – en andere onderzoeksprojecten zijn geïntegreerd.

Samenwerkingspartners waren:

- Hogeschool Utrecht, lectoraat Werken in Justitieel Kader (penvoerder en projectleider) in samenwerking met de opleidingen social work en sociaal juridische dienstverlening.
- Avans Hogeschool, lectoraat Reclassering en Veiligheid, in samenwerking met de sociale opleidingen.
- Hogeschool Rotterdam, sociale opleidingen.
- Hogeschool Leiden, lectoraat licht verstandelijke beperking en jeugdcriminaliteit.
- Saxion Hogeschool, sociale opleidingen.
- Vrije Universiteit, leerstoel Reclassering.
- Reclassering Nederland, regio's Utrecht-Arnhem, Midden-Oost Nederland en Rotterdam-Dordrecht
- Victas, instelling voor verslavingspsychiatrie, afdelingen reclassering en GAVO
- Bouman verslavingszorg, afdeling reclassering
- Tactus verslavingszorg, afdeling reclassering
- Verslavingszorg Noord Nederland, afdeling reclassering
- Leger des Heils, afdeling Jeugdzorg en Reclassering, regio Utrecht.

Het project heeft de gestelde doelen gerealiseerd en leidde onder meer tot het nieuwe methodieboek Werken in Gedwongen Kader, methodiek voor forensisch sociale professionals, dat op 9 september 2013 het licht zag.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de bevindingen uit deelproject 2: een onderzoek naar de metamethodiek wraparound care bij drie instellingen voor verslavingsreclassering.

Dankwoord

Het onderzoek betrof een pilot waarbij gebruik werd gemaakt van actie-gericht onderzoek. Dit type onderzoek is enkel mogelijk bij professionals met lef: om je professionele handelen te bespreken, om alternatieven te proberen en om samen op te trekken zonder dat vooraf precies duidelijk is waarheen. Professionals met inzicht: in eigen handelen én in de wijze waarop het onderzoeksproces met hen wordt ingevuld. En professionals met een pioniersgeest: die authenticiteit combineren met openheid en sterk vermogen tot reflecteren en vertrouwen in eigen handelen. Deze professionals belichaamden de best practice unit. Een bijzonder woord van dank (en bewondering) is daarom op zijn plaats voor deze professionals, werkbegeleiders en hun teamleiders:

Pilot Victas:

- Eva van der Pluijm
- Evelien Buijs
- Ewoud Hendriksen
- Katja van Dodeweerd
- Roos Nagelmaeker
- Saya Rahmouni

Pilot BoumanGGZ

- Annet Groen
- Cécile van Galen Last
- Hans Kleinekoort
- Joyce van de Sande
- Liedwine van Wijngaarden

Pilot Tactus:

- Alice Stortelder
- Martine Wissink
- Sandra Spreng

Daarnaast heeft een groot aantal studenten op verschillende wijzen een bijdrage geleverd aan het onderzoek. Mick Zandvliet heeft zijn derde-jaars stage ingevuld met het ondersteunen en meehelpen bij dit onderzoek. Zijn hulp met de interviews, analyses en feedback op de conceptversies zijn een grote bijdrage geweest, daarom onze bijzondere dank.

Een aantal studenten heeft het onderzoek ondersteund door middel van een afstudeeronderzoek. Wij zijn deze studenten dankbaar voor hun inzet. Hierbij gaat onze dank uit naar Nienke ten Tusscher, Sabine Odink en Janna Sielias. Hun afstudeerscriptie (bij Saxion) schreven zij met veel volharding en zorgvuldigheid. Daarnaast gaat onze bijzondere dank uit naar Jessica Steur, zij studeerde cum laude af met haar masterthese bij Universiteit Twente. Wij hebben dankbaar gebruik gemaakt van haar onderzoeksbevindingen.

Tot slot gaat grootse dank uit naar de cliënten die participeerden in de pilot en die tijdens de interviews op treffende wijze, als regisseurs van hun eigen leven, hun verhaal en ervaringen wisten te formuleren.

Samenvatting

Afgelopen twee jaar werd onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van wraparound care bij drie instellingen voor verslavingsreclassering. Het onderzoek bestond onder andere uit het verkennen van de bruikbaarheid van wraparound care in een samen te stellen 'best practice unit' waar professionals met de onderzoekers zochten naar de bruikbaarheid en experimenteerden met de uitgangspunten van wraparound care. Ook zijn cliënten geïnterviewd. Dit proces werd gemonitord middels kwantitatieve en kwalitatieve metingen. Dit rapport schetst de ontwikkelingen in de pilot en beschrijft zo rijk mogelijk de ervaringen van de professionals en de cliënten. Bij wijze van samenvatting wordt antwoord gegeven op de (samen-vattende) deelvragen van het onderzoek.

Wat zijn de theoretische uitgangspunten van wraparound care en wat betekent dit voor de inrichting van de pilot?

Wraparound care wordt gepositioneerd als meta-methodiek met opvattingen over de cliënt als 1) autonoom én onderdeel van (en verbonden met) een (sociaal) geheel waardoor 2) het perspectief van de cliënt centraal staat en de cliënt einddoelen formuleert in relatie tot herstel van eigen regie en grip op eigen leven.

Dit is geduid als een paradigma-wisseling die invloed heeft op de rol van de professional: de cliënt (in zijn sociale context) is 'probleemeigenaar', waarbij het gedwongen kader onderdeel is van de werkelijkheid waarbinnen de cliënt zijn plan kan formuleren. Om dit plan te kunnen uitvoeren is draagvlak nodig onder alle betrokkenen én moet er sprake zijn van een duidelijke regie, in handen van de cliënt en de professional (als generalist en expert van het alledaagse leven, de 'professional friend'). Daarnaast (en daarbinnen) is de wijze van coördinatie en samenwerking van essentieel belang: er is sprake van gecoördineerde activiteiten in één continue lijn (Hermanns, 2009). In deze lijn kunnen specialisten, afhankelijk van het plan, een rol spelen. Wraparound care is hiermee ook een herwaardering van zowel generalisten als specialisten: de generalist heeft de regie en blijft het hele traject betrokken, de specialist wordt betrokken afhankelijk van het plan en zolang als nodig. Het is tevens een 'antwoord' op het beeld van een keten als samenwerkingsmodel, waarin veelvuldig sprake is van 'afbreukrisico's' (Hermanns & Menger, 2012). Wraparound care stuurt aan op een cirkel waarbij 'onderdelen van de cirkel zich aanpassen aan de fase van de (ex-)gedetineerde' (Hermanns & Menger 2012). Een sterke (casemanagement)regie is hiervoor noodzakelijk. Het wraparound care proces kenmerkt zich door het werken van 'achteren naar voren': de einddoelen over herstel van een "geïntegreerd bestaan met regie over en grip op eigen leven" vormen het uitgangspunt (de maatstaf). Wraparound care heeft oorspronkelijk tien principes. Het clusteren van de principes, zo bleek tijdens het onderzoek, zorgt voor uitgangspunten van deze paraplu die als 'ankerpunten' kunnen dienen tijdens de casuïstiekbespreking:

1. Cliënt centraal
2. Doelgericht
3. Samenwerking
4. Op maat

De uitgangspunten van wraparound care sluiten aan bij wetenschappelijke inzichten rondom het afzien van delictgedrag, met name *desistance*, het *good lives model*, en het *Risk-Need-Responsivity-model* en draagt hierdoor bij aan het groeiend antwoord op de vraag naar 'What works?'. Wraparound care gaat uit van de wisselwerking tussen individu en zijn omgeving en de invloed van de omgeving op welk verhaal de cliënt over zichzelf vertelt (narratieve identiteit), wat hij belangrijk vindt en de mate waarin gedragsveran-

dering verinnerlijkt kan worden. Daarnaast staat (ontwikkeling van) de eigen kracht en vaardigheden van de cliënt centraal, waarbij de doelen die de cliënt formuleert (en hoe hij zelf herstel van regie ziet) uitgangspunt vormen. Wraparound care sluit goed aan bij het risicoprincipe, waarbij een brede inzet wordt nagestreefd in meerdere levensdomeinen met meerdere betrokkenen om het risico te beheersen en om verinnerlijking van gedragsverandering mogelijk te maken.

Hoe wordt de huidige werkwijze ervaren door professionals van de drie instellingen en stakeholders? Welke sterke en zwakke punten herkennen zij in relatie tot continuïteit in de zorg en kenmerken van wraparound care?

De verschillende metingen maakten inzichtelijk welke kernaspecten van wraparound care aandacht verdienen. Zo werd gekeken naar hoe belangrijk men het vond en de mate waarin het voorkwam. Bij de drie instellingen bleken duidelijkheid van het traject en samenwerking hoog in de prioriteit. Wat betreft het centraal stellen van de cliënt bleken verschillende opvattingen te heren. Dit maakte het tot een van de aandachtspunten, omdat het centraal stellen van de cliënt, diens omgeving en zijn betekenisgeving een van de uitgangspunten van wraparound care is.

Hoe wordt de werkwijze van de pilot ervaren door cliënten binnen de pilot? Welke sterke en zwakke punten herkennen zij in relatie tot continuïteit in de zorg en kenmerken van wraparound care en op welke wijze kan wraparound care het professioneel handelen en de continuïteit in de begeleiding versterken?

Uit de kwalitatieve verhalen van de cliënten, professionals en uit de metingen blijkt dat zij vinden dat wraparound care bijdraagt aan centraal stellen van de cliënt en een beroep doen op kracht en vaardigheden van de cliënt. De deelnemende professionals ervaren dat wraparound care zorgt voor samenhang in hun handelen en hen bewuster bezig laat zijn met samenwerking met het informele netwerk.

Als sterke punten noemen zij de onderliggende visie, die woorden geeft aan de motivatie van de reclasseringswerkers en die hen helpt recht te doen aan de cliënt.

De geclusterde principes blijken houvast te bieden tijdens de casuïstiekbesprekingen en moedigen de professional aan net die extra stap te durven zetten, bijvoorbeeld door contact op te nemen met mensen uit het informele netwerk, een multidisciplinair overleg met de cliënt erbij te organiseren, de tijd te nemen om de cliënt te vragen naar zijn doelen en deze doelen serieus te nemen, vanaf de start het (in)formele netwerk in kaart te brengen en te bestuderen op welke wijze deze mensen bij kunnen dragen aan het behalen van de doelen.

Als zwak punt worden de beperkingen door de organisaties genoemd waardoor continuïteit nog altijd aandachtsgebied blijft: wanneer de financiering ophoudt is het lastig om 'door' te gaan. Daarnaast blijft regie voor professionals soms een lastig punt. Gedurende de pilot is gebleken dat het gedwongen kader hand in hand kan gaan met het werken aan herstel van regie op een geïntegreerd bestaan.

De professionals vinden dat wraparound care recht doet aan hun opvatting over hun professie, namelijk dat voor risicobeheersing en een delictvrij bestaan meer nodig is dan focus op risico alleen. Wraparound care blijkt op deze wijze bruikbaar als meta-methodiek om handelen te toetsen en in gesprek te raken met elkaar over het professionele handelen.

Het registratiesysteem (IRIS) is niet ingericht op het werken aan de hand van deze meta-methodiek en blijkt met name gestuurd door financieringsstromen. Dit doet vooralsnog geen recht aan de uitgangspunten van wraparound care.

Een ander aandachtspunt is dat het werken in een wraparound team vraagt om een gedeelde visie, dit blijkt in de praktijk nog wel eens lastig.

De cliënten uit de pilot omschrijven zich gehoord en begrepen te voelen. Zij ervaren invloed op het reclasseringstraject en voelen zich aangesproken op hun kwaliteiten. Het betrekken van het informele netwerk wordt als waardevol ervaren, zolang de cliënten invloed hebben op wie erbij betrokken wordt. Het gevoel mede-regie te hebben over het traject en gerespecteerd te worden blijkt van belang bij de wijze waarop cliënten achter het reclasseringstoezicht staan en waarop cliënten gemotiveerd zijn om het toezicht succesvol af te ronden.

Wat hebben professionals nodig (aan vaardigheden, kennis, kunde en tools) om te werken volgens de uitgangspunten van wraparound care en wat is er noodzakelijk op niveau van de organisatie?

Wraparound care wordt gepositioneerd als meta-methodiek: een gedachtegoed waaraan het professioneel handelen getoetst kan worden. De clustering is een concretisering van dit gedachtegoed. Hieronder kunnen verschillende methodieken en benaderingen vallen. Op basis van de ervaringen in dit onderzoek zijn enkele uitgangspunten geformuleerd die het professioneel handelen verder kunnen concretiseren:

- Luister naar het verhaal van de cliënt en ontdek wie en wat voor de cliënt belangrijk is
- Formuleer met de cliënt meetbare doelen en stel vast welke personen en/of instellingen nodig zijn om deze doelen te behalen
- Stel in samenwerking met de cliënt het wraparound care team samen en bespreek met betrokkenen wat wraparound care inhoudt en kies de regievoerder
- Het schriftelijk vastleggen van het plan, het opstellen van een plan voor crisissituaties en de ('ontbindende') voorwaarden bepalen voor de uitvoering van het plan en de financiële dekking van het plan borgen.
- Uitvoering, monitoring, evaluatie en bijstellen van het plan

In hoofdstuk acht worden deze uitgangspunten verder toegelicht in de *Wraparound care-wijzer*. Naast de competenties van een reclasseringswerker vraagt wraparound care om een basishouding van *vertrouwen in de cliënt*: vertrouwen in de kracht van de cliënt, in de mogelijkheden, in het netwerk en vertrouwen in de betekenisgeving van de cliënt. Dit vertrouwen lijkt een andere beleving van agency van de professional te illustreren: je geeft een stukje uit handen, je experimenteert. Dit vraagt om lef én oprechte betrokkenheid, om nabij genoeg te zijn om kwaliteiten te ontdekken en tegelijk voldoende afstand te durven nemen om de cliënt zijn eigen plan te laten maken.

De professional die met wraparound care werkt heeft te maken met verschillende wetenschappelijke invalshoeken die bijdragen aan het antwoord op de vraag naar *'What works?': het Risk-Need-Responsivity model, desistance en het Good Lives Model*. Verschillende methodieken lijken aan te sluiten bij wraparound care: oplossingsgericht werken, herstelondersteunende zorg, motiverende gespreksvoering en eigen kracht conferenties. De professional werkt met tools die aansluiten bij de professional én bij de cliënt, bijvoorbeeld een ecogram om het (in)formele netwerk in beeld te brengen.

In de pilots is gebleken dat het werken met deze metamethodiek in de startfase meer tijdsinvestering vraagt dan gebruikelijk en dat dit later in het traject loont; de intensiteit hoeft dan niet meer af te wijken van andere toezichttrajecten. Omdat wraparound care vooral geschikt is bij complexe problematiek en intensieve trajecten zal het vooral worden toegepast bij toezichtniveau twee en drie. Gemiddeld genomen kan binnen deze niveaus (vooral niveau drie) een aanzienlijke investering worden gedaan.

Wraparound care biedt een inhoudelijke kader voor professionele en interdisciplinaire samenwerking en sluit hiermee aan bij continuïteit in de strafrechtpleging als landelijke en ketenbrede beleidsprioriteit. De

kosten van wraparound care kunnen – met name in het begin van het contact – op niveau van de afzonderlijke organisatie of reclasseringswerker hoger uitkomen. De baten in termen van minder uitval, groter doelbereik en de baten op keten- en maatschappelijk niveau kunnen echter groter zijn. Dit pleit ervoor om ook investeringen in de samenwerking – op casusniveau – als productiecriterium te erkennen en samenhangende werkwijzen en/of trajecten te belonen.

Wraparound care doet recht aan de opvatting van de reclassering – gebaseerd op het risicoprincipe - dat een sluitende samenwerking met professionals en het informele netwerk (de leefomgeving van de cliënt) noodzakelijk is om recidive te voorkomen. Er is derhalve iets voor te zeggen om ook de organisatie en monitoring van contacten met anderen (sociale netwerk, behandelaars, etc) te erkennen als bijdrage van aan effectief reclasseringswerk en dus toe te voegen als productiecriterium die de reclassering met de subsidiegever afsprekt.

Inhoudsopgave

1	Inleiding en onderzoekszopzet	12
1.1	Leeswijzer.....	12
1.2	Aanleiding.....	13
1.3	Onderzoeksvragen en doelstelling	14
1.4	Onderzoekszopzet : handelingsonderzoek als multimethodische multi-center benadering.....	15
1.4.1	Literatuurstudie	17
1.4.2	Interviews.....	17
1.4.3	Enquêtes: startmeting	18
1.4.4	Participerende observatie/handelingsgerichte elementen	18
1.4.5	Multiple Case study	19
1.4.6	Interviews met cliënten	19
1.4.7	Assessment-tool cliënten.....	19
1.4.8	Dossieronderzoek.....	19
1.4.9	Een interventielijn, een leerlijn en een evaluatielijn.....	19
1.5	Deelprojecten	20
1.5.1	Startmeting bij Tactusverslavingsreclassering met specifieke aandacht voor de samenwerking met de politie	20
1.5.2	“Re-integreren doe je samen, niet alleen”	20
1.6	Samenvatting onderzoekszopzet	21
2	Wraparound care: een praktisch-theoretisch raamwerk	22
2.1	Reclassering.....	22
2.1.1	Verslavingsreclassering.....	23
2.2	Wraparound care: een praktisch-theoretische verkenning	24
2.2.1	Wraparound care: een paradigmawisseling.....	24
2.2.1	De uitgangspunten.....	26
2.2.1	Wraparound care en gedwongen kader.....	28
2.3	Van practice naar evidence based	28
2.4	Wraparound care als meta-methodiek.....	28
2.5	Werken aan een (herstel van) geïntegreerd bestaan in wetenschappelijk perspectief.....	29
2.5.1	Desistance: afzien van criminaliteit en de waarde van sociaal kapitaal	29
2.5.2	Good lives model.....	31
2.5.3	Het ‘Risk-Needs-Responsivity’-model.....	31
2.6	Uitgangspunten voor de drie pilots	31
3	Verloop van de pilots: lessen uit het ontwikkelingsproces	33
3.1	De eindmeting onder professionals aan de hand van de clusters	33
3.1.1	Cliënt centraal.....	34
3.1.2	Doelgericht.....	36

3.1.3	Samenwerking	38
3.1.4	Op maat	40
3.1.5	Gedachten over de toekomst van wraparound care	42
3.2	De eindmeting onder cliënten aan de hand van de clusters	43
3.2.1	Cliënt centraal	43
3.2.2	Doelgericht	44
3.2.3	Samenwerking	45
3.2.4	Op maat	46
3.3	Conclusies ervaringen uit de pilot	47
4	Victas	49
4.1	Opzet en verloop	49
4.2	Samenstelling	49
4.3	Selectie	49
4.4	Metingen	49
4.4.1	Startmeting	49
4.4.2	Tussenmeting	50
4.4.3	Leerpunten uit de pilot: lessen voor het vervolg	51
4.5	Aandacht voor wraparound care	53
4.5.1	Bezoek vanuit het Ministerie van Veiligheid en Justitie	53
4.5.2	Wraparound care op congressen	53
4.5.3	Als onderdeel van de beleidsvisie	54
5	BoumanGGZ	55
5.1	Opzet	55
5.2	Samenstelling	55
5.3	Selectie	55
5.4	Verloop pilot	55
5.5	Metingen	55
5.5.1	Startmeting	56
5.5.2	Tussenmeting	57
5.6	Contextspecifieke bevindingen: grenzen en dilemma's	57
5.6.1	Wraparound care: een andere vorm van (professional) agency	59
6	Tactus: reflecties over samenwerking en een reconstructie van goede praktijken	60
6.1	Opzet	60
6.1.1	Specifieke aandacht voor de samenwerking met politie	60
6.2	Startmeting: de vragenlijst	61
6.3	Verloop pilot	62
6.3.1	Ontwikkelingen in de bijeenkomsten	62
6.4	Samenwerking Tactus verslavingsreclassering en politie Twente	64
6.5	Een reconstructie van goede praktijken	65
6.6	Conclusie	68
7	Wraparound care (onderzoek) in kritisch perspectief	69
7.1	Waar begint en eindigt wraparound care	69
7.2	Continuïteit?	70
7.3	Discussie: regie als paradox	70
7.4	Discussie onderzoeksresultaten	70

7.5 En de winsten?	71
7.6 Aanbevelingen verder onderzoek	71
8 Aanbevelingen: wraparound care-wijzer	73
8.1 Aanbevelingen voor de professional: een practical guide.....	73
8.1.1 Wraparound care-competenties.....	74
8.1.2 Welke (wetenschappelijke) inzichten? Welke methodieken?.....	75
8.2 Aanbevelingen voor inbedding in de organisatie/afdeling.....	75
Literatuur	77
Bijlage 1: Vragenlijst nulmeting	81
Bijlage 2: Vragenlijst tussenmeting	87
Bijlage 3: Voorstel casuïstiek	95
Bijlage 4: Meetinstrument cliënten	96
Bijlage 5: Resultaten startmeting Victas	98
Bijlage 6: Resultaten tussenmeting Victas	104
Bijlage 7: Factoranalyse resultaten Tactus	111
Bijlage 8: bespreking resultaten Tactus	112

1 Inleiding en onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk bespreekt de context van het onderzoek, de onderzoeksvraag, de deelvragen en de onderzoeksopzet. Er is bijzondere aandacht voor de fasering van het onderzoek en de rol van de onderzoekers en professionals tijdens het onderzoek. Het onderzoek heeft een sterk ontwikkel- en handelingsgericht karakter: het heeft als doel om samen met de professionals het handelen te versterken en nieuwe werkwijzen te ontwikkelen die passen bij de (lokale) context met als grotere doel het verbeteren van de continuïteit in begeleiding en samenhang in de justitieketen. Deze zoektocht naar goede praktijken en bruikbare uitgangspunten van wraparound care wordt vormgegeven in samenwerking met een werkgroep van professionals die bereid zijn hun handelen te onderzoeken en te kijken op welke wijze (aan de hand van uitgangspunten van wraparound care) het handelen versterkt kan worden. Er hebben drie pilots plaatsgevonden bij Victas, BoumanGGZ en Tactus. De onderzoekers en de werkgroep ('best practice unit') trekken samen op en stellen de onderzoeksopzet vast. Enkele onderdelen van de onderzoeksopzet zijn standaard, bijvoorbeeld de startmeting waarin de huidige stand van zaken in relatie tot de kenmerken van wraparound care in kaart wordt gebracht. Vervolgens wordt, op basis van de resultaten van deze meting en de inzichten en wensen van de werkgroep, een (voorlopig) onderzoeksopzet vastgesteld. Deze onderzoeksopzet is niet statisch: de zoektocht is er een van *trial en error* waarbij tussentijds doelen kunnen worden aangepast op basis van nieuwe bevindingen en waarbij de theorie voortdurend wordt aangescherpt door de praktijk. Daarnaast is de 'dakpanconstructie' kenmerkend voor dit onderzoek: de fasering van de pilots garandeert dat ervaringen, leermomenten en best practices uit de eerste pilot een plaats krijgen bij de start van de volgende pilot.

1.1 Leeswijzer

Dit eindrapport schetst de ontwikkelingen binnen de drie pilots. Dit betekent dat zowel het proces wordt weergegeven (hoe liep de pilot en wat waren de procesmatige afwegingen?) als leerpunten (en wat leren we hiervan en wat zijn de inhoudelijke afwegingen en conclusies?). Hoofdstuk twee vormt de theoretische verkenning en hoofdstuk drie bespreekt gemeenschappelijke conclusies, ervaringen en ontwikkelingen op basis van de clustering van de principes (een van de resultaten van de eerste fase van het onderzoek). Daarnaast schetst het dilemma's en aandachtspunten rondom wraparound care. Hoofdstuk drie is daarmee de hart van het rapport voor de lezer die benieuwd is naar de algemene bevindingen en resultaten. Hoofdstuk vier, vijf en zes bespreken de contextspecifieke kenmerken van de instellingen waar de pilot is verricht, zo gaat het specifiek in op de verschillende startmetingen en op het verloop van de pilot bij de instelling. Daarnaast bespreekt het indien van toepassing, de resultaten van de deelonderzoeken die zijn verricht door verschillende (afstuderende) studenten. Hoofdstuk zeven is van andere aard en plaatst wraparound care in kritisch perspectief en nodigt uit tot discussie. Het schetst aanbevelingen voor verder onderzoek, doet suggesties rondom eventuele implementatie en formuleert conclusies op basis van de eerdere hoofdstukken rondom de positie en bruikbaarheid van (uitgangspunten van) wraparound care. Hoofdstuk acht is een aanzet tot een *wraparound care-wijzer* en valt te lezen als een *practical guide* voor professionals.

Het rapport is hiermee een zo rijk mogelijke omschrijving van de ontwikkelingen en geeft op deze manier op welke wijze (het werken volgens de uitgangspunten van) wraparound care door de professionals en cliënten wordt ervaren. Dit betekent dat er gebruik wordt gemaakt van citaten en voorbeelden om deze

ervaringen te illustreren. Zoals in de volgende paragrafen wordt uitgelegd betreft het geen *effectevaluatie* en doet het daarom geen (harde) uitspraken over het effect van wraparound care. Het is een *beschrijving* van de ontwikkelingen in de pilot en de ervaringen.

De dakpanconstructie is ook in dit rapport zichtbaar, zo worden in hoofdstuk drie de resultaten en bevindingen uit de drie pilots in samenhang weergegeven. Deze resultaten zijn gebaseerd en borduren voort op bevindingen uit de eerdere fase van de pilot, bijvoorbeeld bij Victas. Daarom dat in de instellingsspecifieke hoofdstukken enkele bevindingen worden besproken (bijvoorbeeld de clustering) die in hoofdstuk drie al vanzelfsprekend zijn, omdat daar de eindresultaten worden weergegeven.

1.2 Aanleiding

Uit verschillende bijeenkomsten van reclasseringswerkers bleek een van de zwaarwegende vragen van de professionals de zoektocht naar een samenhangende werkwijze en continuïteit in de begeleiding in de justitieketen¹. Ontwikkelingen in de organisatie van de reclassering en maatschappelijke ontwikkelingen maken deze vraag actueel: het reclasseringswerk is verdeeld onder verschillende professionals én onder verschillende organisaties in de keten. Werd vroeger een reclasseringcliënt begeleid door één en dezelfde werker vanaf het moment van aanhouding voor een strafbaar feit tot en met het moment van resocialisatie, nu is het zo dat een veelvoud van professionals zich hiermee bezighoudt. Het probleem van de cliënt wordt in delen opgesplitst en aangepakt door ter zake kundige professionals: één reclasseringswerker voor het adviesrapport, één voor het toezicht, één voor de gedragsinterventies, de gemeente voor de nazorg en Medewerkers Maatschappelijke Dienstverlening (MMD) voor de praktische klussen tijdens detentie. Door de toegenomen aandacht voor professionalisering en specialisering is de rol en inzet van de vrijwilligers en het betrekken van het sociale netwerk in dit proces geen vanzelfsprekendheid (De Croes & Vogelvang, 2009).

De samenwerking tussen de verschillende instituties wordt ketensamenwerking genoemd. Een belangrijk kwaliteitskenmerk van deze ketensamenwerking is een zorgvuldige overdracht van informatie tussen de schakels in de keten. Een terugkerend patroon in deze ketensamenwerking is dat complexere problemen langere ketens nodig hebben om opgelost te worden, met als vervelende bijwerking dat deze trajecten ook langer duren. Daarnaast, hoe langer de keten, hoe hoger het aantal 'interdependenties' en hoe groter het risico dat er een breuk optreedt en ook hoe groter de kans dat er op een of meer punten in de keten een wachttijd ontstaat. Maar ook als de keten zou functioneren zoals bedoeld, dan nog is deze complexe manier van werken met talloze afbreukrisico's bij overdrachten en bilaterale samenwerkingsrelaties een ambitieuze, wellicht utopische onderneming. Hierbij speelt een rol dat schakels in de keten vaak een eigen aansturing, financiering, regelgeving en gewenste productie hebben (Hermanns & Menger, 2009). Samenwerken in interorganisatorische netwerken hoeft niet noodzakelijkerwijs te leiden tot een betere kwaliteit van het werk (Oerlemans & Kenis, 2007). Voor specifieke vraagstukken zijn specifieke vormen van netwerken. Met name in netwerken waarvan de deelnemers achter elkaar optreden in een keten, vervagen verantwoordelijkheden snel, blijven belangen van individuele actoren dominant en is het tempo van voortgang vaak laag.

De verdeling van de activiteiten in combinatie met de volgtijdelijke rechtsgang kan leiden tot een gebrek aan continuïteit van en in het werk. Uit een pilot in Eindhoven, waar reclasseringswerkers meer 'professio-

¹ Het door de algemene rekenkamer in februari 2012 gepubliceerde rapport 'prestaties in de strafrechtketen' laat zien dat de vraag naar continuïteit niet beperkt blijft tot begeleiding in de justitieketen. Het rapport concludeert dat de verschillende fasen in de strafrechtketen in de praktijk beperkt op elkaar aansluiten. De zoektocht naar een samenhangende wijze en continuïteit blijkt aldus een breder thema.

nele vrijheid' kregen om 'te doen wat nodig was', bleek dat de reclasseringswerkers deze ruimte vooral gebruikten om de continuïteit in de keten te verbeteren (Geuijen, Krechtig & Van Horn, 2010). Volgens verschillende onderzoeken is uitval van het justitietraject vooral te positioneren tussen de schakels van de keten (Kenis, 2006, Van Horn, 2008). Investerings in continuïteit van het justitietraject zijn daarom belangrijk. De werkprincipes van *wraparound care* (Nordess & Epstein, 2002, Hermanns, 2009) lijken hiervoor geschikt. Binnen *wraparound care* is een vaste begeleider vanaf de start tot het einde bij een cliënt betrokken, ook tijdens overgangen en wachttijden. De cliënt wordt niet meer 'doorgegeven' van de ene professional naar de andere, maar deze klassieke lijn wordt een cirkel met als middelpunt de cliënt met zijn (reclassering) professional die samen regie voeren over het hele proces. *Wraparound care* kan worden gerealiseerd door professionals zelf, het kan derhalve functioneren als professionele hefboom voor verandering. Het lectoraat introduceerde dit model bij het reclasseringsveld als mogelijk antwoord op de vragen van de professionals rondom samenhang (Hermanns & Menger, 2009).

1.3 Onderzoeksvragen en doelstelling

De continuïteit van de begeleiding in het justitietraject staat in dit onderzoek centraal. *Wraparound care* wordt opgevat als een metamethodiek (zie hoofdstuk 2) én een inspiratiebron waarbij wordt gekeken in welke mate *wraparound care* ondersteunend kan werken in de zoektocht naar een passende, nieuwe en samenhangende werkwijze. De centrale onderzoeksvraag luidt daarom:

In welke vorm en op welke wijze zijn principes van wraparound care bruikbaar voor het versterken van het handelen van de (reclasserings)professionals met als doel een samenhangende werkwijze en continuïteit in de begeleiding in het justitietraject?

Deze centrale onderzoeksvraag kent verschillende deelvragen. Verderop in dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe dit onderzoek zich kenmerkt door een pendelbeweging tussen theorie en praktijk, tussen onderzoeksdesign en ontwikkelingen in de pilot die vragen om bijstelling van het design. Het ontwikkelingsgerichte karakter van het onderzoek betekent dat de verschillende deelvragen tijdens het onderzoek soms zijn bijgesteld om recht te doen aan de ervaringen van de professionals en cliënten en om adequaat de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Hieronder worden de deelvragen weergegeven zoals deze uiteindelijk zijn geformuleerd. In de eerdere tussenrapportages (april en november 2012) is de ontwikkeling van de deelvragen zichtbaar.

De deelvragen zijn verschillend van aard (theoretische, empirisch en een vergelijking hiertussen) en te onderscheiden in vragen die betrekking hebben op de huidige (start)situatie en vragen die betrekking hebben op het verloop en ontwikkelingen in de pilot (bij de drie instellingen) in vergelijking met de theoretische uitgangspunten. Deze vragen dragen bij aan het formuleren van een antwoord op de vraag naar op welke wijze de principes bruikbaar kunnen zijn in relatie tot continuïteit.

Deelvragen met betrekking tot de huidige situatie:

- Wat zijn de theoretische uitgangspunten van *wraparound care* en wat betekent dit voor de inrichting van de pilot?
- Hoe wordt de huidige werkwijze ervaren door professionals van de drie instellingen? Welke sterke en zwakke punten herkennen zij in relatie tot continuïteit in de zorg en kenmerken van *wraparound care*?

- Hoe wordt de begeleiding van de vast te stellen doelgroep op dit moment ervaren door de verschillende stakeholders?

Deelvragen met betrekking tot het verloop van de pilot in vergelijking met de theorie en vragen naar (vergelijking tussen) de ontwikkeling van de pilot bij de drie instellingen en de betekenis hiervan voor de bruikbaarheid van wraparound care:

- Hoe wordt de werkwijze van de pilot ervaren door cliënten binnen de pilot? Welke sterke en zwakke punten herkennen zij in relatie tot continuïteit in de zorg en kenmerken van wraparound care?
- Welke kenmerken van wraparound care zijn volgens de cliënten en professionals op welke wijzen en onder welke voorwaarden bruikbaar?
- In welke mate draagt wraparound care volgens de professionals, cliënten en dossieronderzoek bij aan een samenhangende werkwijze en continuïteit in het begeleidingstraject?
- Wat hebben professionals nodig (aan vaardigheden, kennis, kunde en tools) om te werken volgens de uitgangspunten van wraparound care?

Op basis van de eerste onderzoeksresultaten bij Victas, waaronder de clustering van de principes, konden onderzoeksmethoden worden uitgebreid en aanvullende deelvragen worden geformuleerd. Nadat in de eerste fase van het onderzoek veel tijd is besteed aan het onderzoeken van de mogelijke betekenis van de principes, heeft wraparound care inmiddels meer 'vaste grond' gekregen. Hierdoor kan vanaf de start van de pilot bij BoumanGGZ en Tactus concreter worden gekeken naar bijvoorbeeld de wijze waarop het netwerk wordt betrokken en de mate waarin er in het cliëntcontact sprake is van het formuleren van doelen door de cliënt.

Onderzoekstechnisch is de focus eveneens komen te liggen op (het meten van) de ervaringen van de cliënt. Op basis van de resultaten van de diepte-interviews met cliënten en professionals is een assessment-tool ontwikkeld waarmee de geclusterde principes 'gemeten' kunnen worden in cliëntcontact. Het ontwikkelde casuïstiek model biedt vanaf de start een basis voor het bespreken van cliënten in de pilot.

De doelstelling van het onderzoek wordt als volgt samengevat:

Het geven van inzicht in de mogelijke vormen en wijzen waarop de principes van wraparound care bruikbaar zijn voor het versterken van het handelen van de (reclasserings)professionals met als doel een samenhangende werkwijze en continuïteit in de begeleiding in het justitietraject.

1.4 Onderzoeksopzet : handelingsonderzoek als multimethodische multi-center benadering

De opzet van het onderzoek wordt gekenmerkt door een handelings- (en actie-)gerichte en explorerende benadering. Deze benadering wordt ondersteund door verschillende methoden, waaronder participerende observatie, diepte-interviews en enquêteonderzoek. De multi-methoden aanpak werd gedurende het onderzoek (per fase) uitgebreid. Op basis van de eerste fase van de pilot bij Victas werd het onderzoek uitgebreid met het gebruikmaken van assessment-tools op niveau van de cliënt en werker en een uitge-

breidere reconstructie van best practices bij Tactus. Op deze wijze was er sprake van een rijkdom aan methodologische invalshoeken om ervaringen in beeld te brengen: middels casuïstiek, enquêtes, interviews en dossierstudie. In de volgende paragrafen worden deze methoden kort toegelicht. Om deze in perspectief te plaatsen wordt eerst de opzet van het onderzoek en de fasering verder toegelicht.

Het onderzoek kent een experimenteel karakter, waarbij de (praktische) betekenis van uitgangspunten van wraparound care worden verkend, uitgeprobeerd en vergeleken. Op basis van praktische (haalbaarheid) én inhoudelijke (een dergelijk onderzoek vraagt om een specifieke houding en flexibiliteit van de professionals) overwegingen wordt gekozen om dit eerst te doen in een kleinere groep professionals. Deze groep wordt de 'werkgroep' genoemd en wordt in overleg met de onderzoekers samengesteld. Hierbij moet bewaakt worden dat de volgende 'rollen/taken' vervuld kunnen worden: verslaglegging, voorzitter/processturing, inhoudsdeskundigen (professionals) en de rol van onderzoeker. Deze werkgroep vormt aldus een 'best practice unit' waarbinnen de pilot zal plaatsvinden. Daarnaast wordt het projectmanagement samengesteld, het projectmanagement gaat over de facilitering en de randvoorwaarden en wordt aldus bezet door mensen met (organisatorisch) mandaat.

Het handelings- en ontwikkelingsgerichte karakter van het onderzoek betekent dat de professionals een belangrijke (en doorslaggevende) stem hebben in het bepalen van de onderzoeksagenda. De onderzoeksofzet wordt in overleg met de werkgroep vastgesteld en kan tijdens het proces worden bijgesteld. Tijdens het onderzoek wordt het concrete handelen van de betrokken professionals daarom versterkt door een feedbackloop: snel, concreet en gericht op de professionals. Hoewel de onderzoeksofzet daarom per instelling kan verschillen, is er wel sprake van een specifieke fasering en vergelijkbare opbouw van het onderzoek en algemene kenmerken. In dit onderzoek participeren drie instellingen: Victas, Bouman GGZ en Tactus. De fasering kent een dakpanconstructie, waarbij eerdere ervaringen en tussenevaluaties als inspiratie- en leerbron dienen voor de volgende pilot. In schema 1.1. wordt de fasering besproken en in schema 1.2 wordt de dakpanconstructie zichtbaar. Het schema laat zien hoe het handelingsgericht onderzoek wordt ondersteund door eerder omschreven verschillende methoden.

Schema 1.1 fasering

No	Stap & Methode
Fase 1: september 2011 – februari 2012	
Stap 1	- Samenstellen werkgroep ('best practice unit'), projectgroep en organisatorische inbedding
Stap 2	- Een gestructureerde startmeting: 1) Interviews met verschillende betrokkenen met een verschillend perspectief op het proces: de reclasseringswerker, de cliënt en de meest relevante ketenpartners 2) Enquêtes bij reclasseringswerkers en andere professionals (casemanagers, medewerkers van de afdeling Jeugd) en ketenpartners van Victas met betrekking tot de mate van continuïteit in de begeleiding in individuele casussen. Dit aan de hand van een gestandaardiseerd meetinstrument op basis van de uitgangspunten van wraparound care en een serie interviews met key-stakeholders van de verslavingsreclassering in Utrecht.
Product	Verslag van startmeting dat inzicht biedt in de huidige stand van zaken met betrekking tot continuïteit en de uitgangspunten van wraparound care.
Stap 3	- Bespreken verslag met werkgroep, op basis van de resultaten uit de nulmeting prioriteiten kiezen en het voorlopige onderzoeksofzet ontwerpen en voorleggen aan projectmanagement en leidinggevenden.
Stap 4	Start best practice unit met vijf professionals en werkbegeleider. Start pilot met de in de

Eindrapportage van de pilots wraparound care bij Tactus, Victas en BoumanGGZ

	onderzoekopzet vastgestelde doelgroep en verkennen bruikbaarheid uitgangspunten van wraparound care. De invulling van de pilot wordt, op basis van de introductie van de uitgangspunten van wraparound care en de dagelijks praktijk steeds aangescherpt en aangepast. Dit proces wordt nauwkeurig vastgelegd en mondt uit in een voorlopige omschrijving van de werkwijze van de best practice unit.
Fase 2: februari 2012 – februari 2013	
Stap 5	Een gestructureerde 'tussenmeting' op basis waarvan de pilot (en het onderzoekopzet) mogelijk aangepast kan worden.
Stap 6	Overdracht van de bevindingen naar Bouman GGZ (Rotterdam) en Tactus (Almelo). Hier start hetzelfde traject (vanaf stap 1). In de pilots van Bouman en Tactus stromen 10 cliënten in.
Product	Een schets van de werkwijze en het proces van Victas voor de overdracht naar Bouman GGZ en Tactus. Deze schets is tweeledig: het laat inhoudelijk zien op welke wijze de uitgangspunten van wraparound care stap voor stap zijn geïntroduceerd, verkend en getoetst op bruikbaarheid én het schetst het proces van onderzoek. Dit mondt uit in een warme overdracht met mogelijke aanknopingspunten voor de andere organisaties.
<i>-Bouman GGZ & Tactus doorlopen stap 1 t/m 4, in februari 2012 is de startmeting bij Bouman GGZ en Tactus en een volgende meting bij Victas</i> <i>-De pilot bij Victas loopt in deze periode cyclisch door: tussentijds wordt geëvalueerd en wordt het handelen aangescherpt op basis van inzichten uit de (tussen)evaluaties</i>	
Fase 3: januari 2013 – juni 2013	
Stap 7	Rapportage bevindingen
Product	Eindrapportage

Schema 1.2 dakpanconstructie

Sept. 2011 – feb. 2012				feb 2012 – feb 2013				Juni 2013		
Centrum Maliebaan										
Fase 1				Fase 2				Fase 3		
Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5		Stap 6		Stap 7		
				Bouman GGZ & Tactus						
				Fase 1			Fase 2		Fase 3	
				Stap 1	Stap 2 +3	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7	

In de volgende paragrafen worden de verschillende onderzoeksmethoden kort besproken. In iedere fase kunnen de verschillende methoden worden ingezet.

1.4.1 Literatuurstudie

De definiëring van het concept wraparound care vraagt om een oriëntatie op de literatuur en mogelijk eerder onderzoek rondom de toepasbaarheid van wraparound care. Daarnaast bevat het een algemene oriëntatie op de context van het reclasseringswerk. De literatuurstudie staat expliciet in dienst van het onderzoek in samenwerking met de professionals. Dat wil zeggen: de theorie wordt op basis van het handelen van de professionals met behulp van (participerende) observaties aangescherpt en toepasbaar gemaakt binnen de context van de instelling.

1.4.2 Interviews

Voor een eerste oriëntatie op mogelijke toepasbaarheid worden er verschillende interviews gehouden over kernbegrippen van wraparound care met verschillende ketenpartners over de huidige en wenselijke situa-

tie in Nederland. Ook bij het uitvoeren van de startmeting wordt gebruik gemaakt van interviews. De interviews zijn semi-gestructureerd van aard. Dit betekent dat er topics worden vastgesteld, maar respondent voldoende ruimte heeft om eigen inzichten en aanvullingen in te brengen.

1.4.3 Enquêtes: startmeting

Het handelingsgerichte onderzoek speelt zich in de eerste fase af binnen Victas. Om meer zicht te krijgen op hoe betrokken professionals die werkzaam zijn bij andere ketenpartners de samenwerking beleven is via een enquête een startmeting uitgevoerd. De vragenlijst (bijlage 1) komt tot stand op basis van de interviews met de vertegenwoordigers van de belangrijkste stakeholders. Deze enquête wordt in fase 2 ook ingezet bij de andere instellingen, waarbij bij Victas een tweede meting (bijlage 2) wordt uitgevoerd. De wijze waarop de ingezette veranderingen op handelingsniveau breder binnen de keten doorwerken kan zo in kaart worden gebracht met de gestandaardiseerde online enquête die het volgen van veranderprocessen in de tijd mogelijk maakt. Voor de goede orde merken wij wel op dat het hierbij niet om het registreren van causale effecten gaat. Veeleer gaat het om het beschrijven van interventies op een descriptief, theoretisch of (maximaal) indicatief niveau. Het betreft immers een veld onderzoek zonder expliciete experimentele manipulaties, zonder random toewijzen van proefpersonen aan experimentele condities en zonder een controle groep (zie Van Yperen en Veerman, 2008).

Er zijn voor de online vragenlijst vijf dimensies (aspecten) geformuleerd op ketenniveau waar effecten waarneembaar zouden kunnen zijn wanneer wraparound care wordt toegepast.

De vijf aspecten formuleren de mate waarin:

1. De cliënt aan het stuurwiel zit in zijn eigen traject (eigen regie)
2. De zorg transparant is (duidelijkheid)
3. De ketenpartners één zijn samen (teamgerichtheid)
4. In de keten ruimte is voor creatieve maatwerkoplossingen (creativiteit)
5. De zorg voor deze cliënten één geheel is (continuïteit)

De vragenlijst bestond uit:

- 1) globale vragen over de mate waarin elk aspect door de respondenten belangrijk werd gevonden
- 2) globale vragen over de mate waarin elk aspect op dit moment aanwezig is
- 3) specifieke vragen over de aanwezigheid op dit moment van 5 deelaspecten per globaal aspect

In de instellingsspecifieke hoofdstukken worden de resultaten van deze startmeting samengevat.

1.4.4 Participerende observatie/handelingsgerichte elementen

De kern van het onderzoek is het samen met de professionals construeren, definiëren en exploreren van de mogelijke bruikbaarheid van kenmerken van wraparound care. Op deze manier worden 'best practices' vanaf de werkvloer verkend en ge(re)construeerd. Het onderzoek kent hiermee verschillende handelingsgerichte elementen. Zo wordt er gebruik gemaakt van exemplarisch leren. Exemplarisch leren gaat er vanuit dat ieder mens, onder de juiste condities, kan leren om kennis en vaardigheden in praktisch handelen te vertalen. Uitgangspunt voor exemplarisch leren is dat in het leerproces aangesloten wordt bij de bestaande situatie van de deelnemer. Het leren gebeurt vanuit de eigen relevante ervaringen (thema's) die in een reflectieve en verrijkingsfase worden bijgesteld, waarna een toepassing plaatsvindt in de praktische situatie. Exemplarisch leren is leren in interactie. Deze interactie is gebaseerd op wederkerige deskundig-

heid waarbij de onderzoeker als spiegel en kennisbron fungeert. Het empoweren van het handelen van de professionals (in relatie tot het meta-doel: samenhang in de keten) krijgt hierdoor vorm in bijvoorbeeld een casuïstiekbespreking. De praktische bruikbaarheid van de kennis staat centraal.

Een ander kenmerk van handelingsgericht onderzoek is dat naast dat er kennisverwerving plaatsvindt (de principes worden geïntroduceerd en ingebed) er ook sprake is van 'leren leren'. Het kent dus naast een product- ook een procesdoel, waarbij bijvoorbeeld steeds helderder kan worden op welke wijze een casuïstiekbespreking invulling kan krijgen, men elkaar kan bevragen. Men leert elkaar te 'versterken' vanuit de wraparound care principes. In bijlage drie is bijvoorbeeld het model voor casuïstiek te vinden zoals dat in de eerste fase is ontwikkeld.

1.4.5 Multiple Case study

Het handelen van de professionals staat vanzelfsprekend in relatie tot de cliënt, die centraal staat (in het midden van de cirkel). Een gevalsbeschrijving is daarom onderdeel van dit onderzoek: het proces van enkele cliënten wordt beschreven over langere tijd. Dit betreft zowel een kwalitatieve omschrijving (van het verloop) als een kwantitatieve (hoe vaak contact, interventies etc.). Om tot deze gevalsbeschrijving te komen wordt gebruik gemaakt van observatie, dossieronderzoek en interviews.

1.4.6 Interviews met cliënten

Naast het in beeld brengen van ervaringen op ketenniveau met continuïteit, worden ook ervaringen van cliënten in beeld gebracht. De principes van wraparound care staan in deze interviews centraal. Het doel is in beeld te brengen of en in welke mate de principes van wraparound care door de cliënten worden herkend en in welke mate ze belangrijk worden gevonden. Deze interviews vinden plaats met cliënten die deelnemen aan de pilot.

1.4.7 Assessment-tool cliënten

De bij de pilot bij Victas ontwikkelde assessment tool, waarbij op korte wijze in beeld wordt gebracht hoe de cliënt en werker de principes *waardeert* (bijlage 4), wordt bij de pilot bij Tactus en BoumanGGZ zo spoedig mogelijk ingezet om zo ook langs deze weg in beeld te brengen hoe de cliënt het werken volgens de (geclusterde) principes ervaart. Deze meting geeft daarmee al oriënterend inzicht in ervaringen met wraparound care.

1.4.8 Dossieronderzoek

Om antwoord te kunnen geven op de vraag naar verschil in contactfrequentie, uitval, recidive en huisbezoek vindt dossieranalyse van het cliëntregistratiesysteem van de verslavingsreclassering (IRIS) plaatst, waarbij met name aandacht is voor de wijze waarop het registratiesysteem en de uitgangspunten van wraparound care hand in hand gaan.

1.4.9 Een interventielijn, een leerlijn en een evaluatielijn

Het onderzoek heeft een bijzonder multi-methodisch en handelingsgericht karakter. Dit betekent dat er per pilot wordt gekeken op welke wijze de pilot het best invulling kan krijgen, maar tegelijk er gemeenschappelijkheid in de aanpak is. Samengevat bestaat het onderzoek uit een interventielijn, die is omschreven als een sterk contextueel bepaalde lijn van actieonderzoek. Binnen deze lijn ontstaat een 'leerlijn' waarbij

ervaringen uit de eerste fase worden benut bij de uitbreiding en overgang naar fase 2. De mate van structureren van het onderzoek neemt daarmee toe, zo vormen de geclusterde principes een stevige basis en is de fase van 'verkenning van wat wraparound care inhoudt' opgevolgd door een fase waarin de principes helder(der) zijn en in de pilot men direct aan de slag kan, met bijvoorbeeld het in beeld brengen van het netwerk. Er is daarmee sprake van een groeiende doelgerichtheid.

Daarnaast is er de 'evaluatielijijn' met als continue component de kwantitatieve startmeting (en tussenmetingen) in combinatie met kwalitatieve interviews. Aan deze evaluatielijijn is de assessment tool toegevoegd, die een kortere feedback-loop heeft. Deze lijnen hebben voortdurend invloed op elkaar, zo zijn de resultaten van de startmeting van invloed op de invulling van de pilot.

1.5 Deelprojecten

Naast de 'vaste' onderdelen van de pilot wordt het onderzoek versterkt en verrijkt met twee afstudeeronderzoeken die zich richten op een onderdeel van het grotere onderzoek. Voor een uitgebreide weergave van deze onderzoeken, de onderzoeksopzet en de onderzoeksresultaten wordt verwezen naar de afzonderlijke afstudeerscripties (Steur, 2013; Tusscher, Odink & Sielias, 2013). In de volgende paragrafen worden de onderzoeken kort omschreven en de relatie met de pilot toegelicht.

1.5.1 Startmeting bij Tactusverslavingsreclassering met specifieke aandacht voor de samenwerking met de politie

In overleg met Tactus is er binnen de pilot specifiek aandacht voor de samenwerking met de politie. Jessica Steur heeft, in het kader van haar psychologie masterscriptie aan de Universiteit van Twente (inmiddels cum laude afgestudeerd) onderzoek gedaan naar deze samenwerking middels interviews, het uitzetten van de startmeting en focusgroepen. Haar scriptie heeft naast algemene aandacht voor de principes van wraparound care in het bijzonder aandacht voor de samenwerking tussen Tactus en de politie. In het onderzoek worden de principes van wraparound care vergeleken met kenmerken van een "loosely coupled system". Hierdoor vindt ook theoretische verrijking plaats, waarbij het concept van *police-probation partnerships* in de context van Tactus wordt geoperationaliseerd.

De uiteindelijke resultaten zijn weergegeven in een masterthese, waarin eveneens aandacht is voor mogelijke generaliseerbaarheid van de bevindingen. Ofwel: in welke mate zijn de gevonden resultaten specifiek voor de samenwerking met de politie, of bieden ze ook algemene uitgangspunten voor samenwerking met andere stakeholders.

1.5.2 "Re-integreren doe je samen, niet alleen"

Onder deze titel hebben Nienke ten Tusscher, Sabine Odink en Janna Sielias, SPH studenten bij Saxion Enschede, een afstudeerscriptie geschreven. Zij onderzochten hoe wraparound care aansluit bij specifieke (begeleidings)kenmerken van verslaafde justitiabelen en in welke mate wraparound care aansluit bij de behoeften van de professionals en cliënten.

De verschillende (deel)onderzoeken dragen bij aan het eindresultaat: zicht op de bruikbaarheid van wraparound care in relatie tot continuïteit. Ieder (deel)onderzoek kent zijn eigen focus: op de samenwerking met de politie, op de ervaringen van professionals en de mate waarin bestaande methodieken aansluiten bij wraparound care. De verschillende vormen van dataverzameling worden gedeeltelijk door de studenten uitgevoerd. De onderzoeken lopen hierdoor naast, met en door elkaar, wat regelmatige afstemming vereist.

1.6 Samenvatting onderzoeksopzet

Samengevat is er sprake van een onderzoeksopzet met verschillende methoden: er vinden enquêtes plaats (startmeting), bijeenkomsten met de best practice unit, interviews met de professionals, interviews met de cliënten, dossieronderzoek en case-studies. Gedurende het onderzoek zijn de methoden uitgebreid en aangepast, zo kon in fase 2 gestart worden met de case-study en konden de tools die ontwikkeld waren in fase een worden ingezet. In die in is er sprake van een dakpanconstructie waarbij, naast de 'vaste elementen' er aanvullende onderzoeksmethoden worden ingezet.

Centraal in het onderzoek staan de ervaringen van professionals en cliënten en de vraag in welke mate wraparound care bruikbaar is in relatie tot het versterken van het handelen van de professionals met als doel een samenhangende werkwijze en continuïteit. Er is derhalve sprake van een verkennend en actiegericht onderzoek, waarbij de professionals invloed hebben op de onderzoeksagenda. De bijeenkomsten kregen derhalve afhankelijk van de behoefte van de professionals en de uitslag van de startmeting invulling. Dit onderzoeksrapport beschrijft de ontwikkelingen in de pilot. Het heeft niet de ambitie causale verbanden te leggen of een effectmeting te zijn. Het heeft de ambitie zo goed en rijk mogelijk weer te geven hoe de pilot zich heeft ontwikkeld en wat de ervaringen van de professionals en de cliënten zijn. Om dit zo goed mogelijk te doen zijn verschillende onderzoeksmethoden ingezet, wij duiden dit als een multi-methodische multi-center benadering.

Het rapport wordt aldus gekenmerkt door het zo rijk mogelijk willen weergeven van de ontwikkeling: middels citaten, metingen, scores en case-beschrijving. Op basis van deze ontwikkelingen worden tentatieve conclusies getrokken over de gevolgen voor de clustering en de bruikbaarheid van wraparound care.

2 Wraparound care: een praktisch-theoretisch raamwerk

Dit hoofdstuk schetst een beeld van de ontwikkelingen en trends in de reclassering en introduceert de uitgangspunten van wraparound care. Deze uitgangspunten worden gerelateerd aan het groeiende inzicht dat het voorkomen van recidive enkel kan plaatsvinden wanneer er sprake is van (maatschappelijk) herstel van wat we een “geïntegreerd bestaan” zullen noemen. Het werken aan (herstel van) dit geïntegreerd bestaan met zoveel mogelijk gebruik (en groei) van sociaal, individueel en cultureel kapitaal komt hiermee centraal te staan. Wraparound care sluit, zo zal blijken, naadloos aan bij groeiende wetenschappelijke inzichten rondom desistance and good lives model en combineert deze inzichten (en wetenschapsgebieden) met een planmatige, specifieke manier van werken waarin de cliënt centraal staat en werkt aan zelf geformuleerde levensdoelen met ondersteuning van professionals en mensen uit het netwerk van de cliënt. Hiermee wordt de vraag naar ‘what works’ en ‘evidence based werken’ steeds uitgebreider beantwoord.² Wraparound care wordt in paragraaf 2.4 gepositioneerd als meta-methodiek met een warme uitnodiging om de bruikbaarheid van de principes te toetsen en aan te vullen in en op basis van de specifieke praktijk. Het hoofdstuk sluit af met een tentatieve formulering van uitgangspunten van wraparound care die in de beginfase van het onderzoek ondersteunend kunnen zijn in het verkennen van de bruikbaarheid van wraparound care.

2.1 Reclassering

De reclassering heeft als doel bij te dragen aan een veilige en humane samenleving; vanuit hun visies en richtinggevend doelstelling beogen de drie reclasseringsorganisaties (3RO) in Nederland een bijdrage te leveren aan de samenleving als geheel. Het zoveel als mogelijk voorkomen van het opnieuw plegen van delicten van de reclasseringscliënten staat hierin centraal. Afhankelijk van de visie van elk van de drie reclasseringsorganisaties³ in Nederland wordt hierbij het accent gelegd op de veiligheid in de samenleving⁴, het toeleiden van cliënten naar effectieve, reguliere zorg⁵ en het bieden van perspectief aan kinderen, jongeren en volwassenen op een nieuw en zinvol bestaan⁶.

De relatie van de op dit moment bestaande drie reclasseringsorganisaties (3RO) met de overheid is anders dan ooit tevoren. De reclassering werkt in opdracht van justitiële instanties: het Openbaar Ministerie, de Zittende Magistratuur, de Dienst Justitiële Inrichtingen, maar soms ook in opdracht van gemeenten. In het reclasseringswerk worden justitiële kaders geboden waarbinnen het werk plaatsvindt en daar staat

² De reclassering is voortdurend op zoek naar inzichten uit verschillende wetenschapsgebieden die het ontstaan van en stoppen met criminaliteit op verschillende wijzen onderzoeken. Deze wetenschapsgebieden dragen bij aan het formuleren van een –altijd tijdelijk en afhankelijk van nieuwe inzichten– antwoord op de vraag wat voor wie werkt onder welke voorwaarden. Deze wetenschapsdomeinen leveren elk vanuit hun eigen uitgangspunten en perspectieven een bijdrage aan de beantwoording van (een deelgebied van) deze vraag. De reclassering streeft ernaar gebruik te maken van benaderingen, methodieken en uitgangspunten die wetenschappelijk onderbouwd zijn én aansluiten bij de beroepspraktijk. De inzichten uit de verschillende wetenschapsgebieden sluiten elkaar, zo blijkt, niet uit maar gaan hand in hand: de verschillende focusgebieden passen binnen de grotere vraag naar ‘what works?’.

³ Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering GGZ en Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering.

⁴ Reclassering Nederland (RN).

⁵ Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG).

⁶ Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering (LJ&R)

tegenover dat beslissingen vaak worden genomen door onafhankelijke derden, zoals de rechter of de officier van justitie. Het is dan ook van belang dat de deskundigheid van de reclasseringswerker als enerzijds adviseur van justitiële instanties, anderzijds uitvoerder van reclasseringstrajecten met justitiabelen goed is ontwikkeld. Daarbij behoort naast kennis op cognitief niveau ook een heldere oriëntatie op zijn positie in relatie tot anderen in het justitiële proces. De mate waarin het gebruik van macht door de reclasseringswerker is gelegitimeerd of gezag wordt uitgeoefend hoort daar bij.

Reclasseringswerkers hebben een complexe functie, zij dragen een grote verantwoordelijkheid. Tot de algemene competenties voor reclasseringswerk behoren: een heldere oriëntatie op de waarden van waaruit het werk wordt gedaan, goed op de hoogte zijn en blijven van de 'state of the art' van het werk en goed in staat zijn om het eigen professionele gedrag kritisch ter discussie te stellen met collega's en experts.

Persoonlijke competenties bevatten onder meer (Menger & Vliet, 2012):

- het vermogen een juiste balans te bewaren tussen afstand en nabijheid en het vermogen een doelgerichte werkalliantie op te bouwen met een goede balans tussen het controleren;
- begeleiden van reclasseringscliënten waarin gewerkt wordt aan de doelstellingen als risicobeheersing, maar ook aan gedragsverandering en re-integratie van de reclasseringscliënt;
- in staat zijn samen te werken met andere professionals binnen en buiten de justitieketen, rekening houdend met ieders expertise en positie.

2.1.1 Verslavingsreclassering

Rondom het werk doen van de verslavingsreclassering doen zich verschillende spanningsvelden voor. Menger, Bosker en Heij (2012) bespreken enkele van deze spanningsvelden. Het spanningsveld rondom ketensamenwerking is het meest relevant wat betreft wraparound care. Menger, Bosker en Heij (2012) zeggen hierover

Bij het reclasseringstraject zijn veel partners betrokken, uit de justitieketen en uit het zorgcircuit. Verslaafde reclassenten doorlopen verschillende processtappen, vaak gepaard gaande met wachttijden, en hebben te maken met (soms veel) verschillende professionals.

Voor een effectief reclasseringstraject, gericht op het ombuigen van de criminele loopbaan en verandering van gedrag, is een goed samenhangend traject van cruciaal belang. Uit onderzoek bij verschillende doelgroepen en verschillende ketens komt naar voren dat uitval uit een traject van zorg, toezicht of hulp vooral plaatsvindt tussen processtappen, tijdens een wachttijd en een wisseling van professional. Rond de verbetering van de ketensamenhang zijn verschillende ontwikkelingen gaande. De reclassering werkt op een praktische wijze aan verbetering van de samenhang, met behoud van de inhoudelijke voordelen van het werken met goed opgeleide specialisten (zoals adviseur, toezichthouder, interventietrainer), bijvoorbeeld in de vorm van gezamenlijke casuïstiekbespreking, geïntegreerde werkbegeleiding of geïntegreerde teams.

De vraag naar (het organiseren van) continuïteit werd ook duidelijk uit de wijze waarop de reclasseringswerkers omgingen met de motie ingediend door van Velzen (SP) en Teeven (VVD)⁷. De reclasseringswerkers kregen meer 'ruimte' dan gebruikelijk. Deze ruimte werd veelvuldig gebruikt om continuïteit te organiseren, ook als zij daarvoor taken over moesten nemen van andere organisaties.

Verder gingen ze meer tijd en energie besteden aan het doorverwijzen van zeer complexe cliënten naar andere organisaties of gingen ze zelf aan de slag met het intensiever begeleiden van deze cliënten als daarvoor (nog) geen andere organisaties gevonden konden worden. In de kern ging het bij veel werkzaamheden om het kunnen bieden van ketenzorg; dóórgaan voor een cliënt al was dit vanuit bepaalde regels of afspraken niet toegestaan. De pilot heeft interessante bevindingen opgeleverd voor de verdere

⁷ Kamerstukken II, vergaderjaar 2007-2008, 31 200 VI, nummer 49

ontwikkeling van professionaliteit. Ook heeft de pilot laten zien wat er nodig is om iemand echt doorgaande zorg te kunnen bieden. Niet iemand steeds moeten loslaten. Wraparound care speelt in op de omschreven behoeften: niet iemand moeten loslaten, het versterken van de organisatie, samenwerking en (het organiseren van) continuïteit.

2.2 Wraparound care: een praktisch-theoretische verkenning

De aandacht voor wraparound care is groeiende: in de Verenigde Staten wordt steeds meer gebruik gemaakt van wraparound care en in Nederland heeft het lectoraat Werken in Justitieel Kader wraparound care landelijk belangstelling gegeven: in Utrecht wordt vanaf 2009 geëxperimenteerd met deze benadering in de jeugdzorg en de hulpverlening aan gezinnen met een complexe problematiek. Wraparound care lijkt een antwoord te bieden op de vraag naar continuïteit en herstel van de cliënt als expert van eigen leven én van professionals als generalisten en specialisten. Wraparound care is ontstaan als een sterk case-management model om hulp aan cliëntsystemen met complexe problemen beter te organiseren (Hermanns, 2009). In deze versterkte vorm van case-management werden “losse elementen als het ware om het cliëntstelsel heen gedrapeerd” (Hermanns, 2009). In de volgende paragraaf wordt gesproken over het ontstaan van wraparound care en de ideologische wortels. Dit is relevant omdat dit gevolgen heeft voor de positie van de professionals én de wijze van (samen)werken. Vervolgens wordt besproken tot welke concrete uitgangspunten deze ideologische uitgangspunten (kunnen) leiden.

2.2.1 Wraparound care: een paradigmawisseling

Wraparound care is ontstaan als vorm van casemanagement voor gezinnen met complexe problematiek (Malysiak, 1997). De hulpverlening bij deze gezinnen was gefragmenteerd, geconcentreerd op geïsoleerde problematiek, ongecoördineerd en regieloos. De professionals hadden de rol van specialistische experts die afzonderlijk van elkaar aan het geselecteerde ‘probleem’ van het gezin werkten. Wraparound care stelt tegenover deze categoriale benadering een bredere basis waarin de kracht van het gezin en de keuzes van het gezin centraal staat. De ideologische wortels van wraparound zijn hiermee ecologisch en kritisch constructivistisch, gecombineerd met een specifieke wijze van samenwerking (samenhangende hulpverlening) en regie. De kritisch constructivistische benadering is terug te vinden in herstel van de cliënt als regisseur van eigen bestaan. De constructivistische stroming ziet de (veronderstelde) ‘werkelijkheid’ als een persoonsgebonden product van subjectieve opvattingen: mensen geven zelf betekenis aan hun werkelijkheid, door hun eigen ervaringen, context, opvoeding etc.. De werkelijkheid manifesteert zich hiermee in de consequentie van een bepaalde definitie van de werkelijkheid: *“If men define situations as real, they are real in their consequences”* (Thomas & Thomas, 1928, p. 572). Deze constructivistische opvatting is herkenbaar in het centraal stellen van de positie van de cliënt als regisseur van zijn leven en ‘eigenaar’ van het plan om deze regie te herwinnen. De doelen van de cliënt staan centraal, het versterken van de cliënt in het herwinnen van de regie op zijn leven is hiermee een van de kernen van wraparound care. De ervaring van vrijheid, steun en kansen versterkt de ervaring van ‘eigen kracht’. Betekenisgeving van individuen is geen individueel proces maar vindt plaats in een (sociale) context. De mens is hiermee veroordeeld tot autonomie én verbondenheid: de behoefte aan autonomie is verweven met verbondenheid aan anderen. Autonomie in de vorm van ‘competent en onafhankelijk zijn’ veronderstelt al een context waarbinnen dit mogelijk is (De Vries, 2010), een ‘ander’ (of: de anderen) bij wie dit gestalte kan krijgen (Ben-Ari & Strier 2010). De mens is zowel een geheel als onderdeel van een geheel. Het ecologische perspectief in wraparound care doet recht aan deze betrekkingen tussen mensen die van

invloed zijn op het handelen en de keuzes van een individu. De kritisch constructivistische en ecologische invalshoek ontmoeten elkaar dus in de volgende ideologische uitgangspunten over mens-zijn:

1. Het perspectief van de cliënt of het cliëntsysteem staat centraal en vormt de basis voor 'het plan' met de focus op herstel van eigen regie
2. Deze autonomie gaat hand in hand met verbondenheid, het herstel van het sociaal netwerk en/of de (volwaardige) positie in de maatschappij is onderdeel van het herwinnen van de regie op eigen leven

In deze uitgangspunten is een paradigmawisseling zichtbaar, waarin de professionals niet zozeer problemen 'definiëren en overnemen' maar een proces van herstel faciliteren en ondersteunen waarin het herwinnen van de regie over eigen bestaan centraal staat. Het betekent dat er oog is voor de context van de cliënt en dat het versterken van het maken van eigen keuzes in wisselwerking met deze context centraal staat. Wraparound care combineert hiermee een inhoudelijke visie (de sociaal-ecologische en kritisch constructivistische) met planning en coördinatie van activiteiten om veranderingen in levens van mensen mogelijk te maken. Hermanns & Menger (2009) formuleren de belangrijkste elementen waaraan interventies volgens wraparound care moeten voldoen willen de interventies duurzame verandering mogelijk maken, dit is pas mogelijk als de interventies (Hermanns & Menger, 2009, p. 44)

- a. passen in een plan dat door een team van professionals en personen uit het eigen netwerk samen met het cliëntsysteem is ontworpen;
- b. dit plan concrete doelen betreft in de eigen leefsituatie van het cliëntsysteem
- c. de activiteiten die nodig zijn door een casemanager en de cliënt samen worden aangestuurd
- d. de noodzakelijke interventies zowel van sociale netwerken als van professionele instellingen uit meerdere sectoren van hulp, zorg en ondersteuning kunnen worden ingezet
- e. de uitvoering plaatsvindt in de omgeving die in de gegeven omstandigheden het minst restrictief is en dus bij voorkeur in de eigen leefsituatie plaatsvindt

Afgelopen jaren zijn er verschillende kwaliteits/integriteitscriteria (Bruns, Suter & Leverentz-Brady, 2008) geformuleerd die deze invalshoeken combineren, deze worden in de volgende paragraaf besproken.

2.2.1 De uitgangspunten

Hoewel in de Verenigde Staten veel initiatieven plaatsvinden onder de naam 'wraparound care' met afwijkende kwaliteitseisen wordt in deze theoretische verkenning gedoeld op de geprotocolleerde en gestructureerde variant met kwaliteitseisen. Deze kwaliteitseisen zijn op basis van onderzoek (observaties, interviews en gestructureerde metingen) geformuleerd. Bruns, Suter & Leverentz-Brady (2008, p. 242) komen tot de volgende principes (Colijn & Schamhart, 2012, p. 13):

1. Cliënt spreekt zich uit en kiest

De perspectieven en ideeën de cliënt/het cliëntsysteem worden achterhaald en geprioriteerd. Deze perspectieven staan centraal in alle fasen van de begeleiding. Het begeleidingsteam streeft ernaar om het gezin opties en keuzen voor te leggen die de waarden en voorkeuren van het gezin reflecteren.

2. Gebaseerd op team(werk)

Het begeleidingsteam bestaat uit personen die met goedkeuring van het gezin aan hen zijn verbonden, formeel of informeel.

3. Netwerkondersteuning

Het begeleidingsteam zoekt en motiveert actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van het gezin. In het gezinsplan zijn activiteiten en interventies opgenomen om aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aan te trekken.

4. Samenwerking

Teamleden werken samen en delen verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling, implementatie, monitoring en evaluatie van het plan. Het plan reflecteert een samensmelting van de perspectieven, mandaten en (financiële) middelen van de teamleden. Het plan stuurt het werk van elk teamlid richting het halen van de doelen van het gezin.

5. In de wijk

Het begeleidingsteam implementeert begeleidings- en zorginterventies die zo volledig, benaderbaar en toegankelijk mogelijk zijn met zo weinig mogelijk beperkingen en die op een veilige wijze integratie van de cliënt/het cliëntsysteem in huis en in de buurt bevorderen.

6. Cultureel bekwaam

Het begeleidingsproces demonstreert respect voor en bouwt op waarden, voorkeur, geloof, cultuur en identiteit van het cliënt, het gezin en hun buurt/omgeving.

7. Op maat

Om de doelen in het begeleidingsplan te bereiken, ontwikkelt en implementeert het team een op maat gemaakte set van interventies, strategieën en diensten.

8. Eigen kracht als basis

Begeleidingsproces en het plan identificeren, bouwen op en vergroten de bekwaamheid, kennis, vaardigheden en eigen kracht van het kind en het gezin, en hun netwerk.

9. Doorzettingsvermogen

Ondanks uitdagingen werkt het team door om de doelen in het begeleidingsplan te behalen, totdat het team gezamenlijk besluit dat een begeleiding niet meer nodig is.

10. Resultaatgericht

Het team verbindt doelen en strategieën van het begeleidingsplan aan waarneembare of meetbare indicatoren van succes, monitort de voortgang van deze indicatoren en stelt aan de hand daarvan het plan zo nodig bij.

Hoewel in de oorspronkelijke tekst deze opsomming als 'kernprincipes' worden geduid blijkt dit conceptueel ingewikkeld: hoe verhoudt bijvoorbeeld 'op maat' zich tot 'cliënt spreekt en kiest' en "eigen kracht als basis". Er lijkt hier sprake van conceptuele overlap en een orde-verschil: cultureel bekwaam is van andere orde dan 'gebaseerd op teamwerk'. Wel is duidelijk dat het terugleggen van de regie een centrale rol heeft. Daarnaast gaat het om een samenhangende toekomstgerichte manier van werken. De waarde en bruikbaarheid van deze 'principes' vormen twee van de uitdagingen van het onderzoek. Anders gezegd: de principes kunnen flexibel worden ingevuld afhankelijk van de context en worden geherdefinieerd tot bruikbare uitgangspunten. De 'principes' zijn daarmee slechts een van de verschillende voorbeelden van de wijze waarop wraparound care manifest kan zijn. Zoals eerder gesteld is wraparound care ontstaan als specifieke vorm van casemanagement waarin sprake is van een geïntegreerde aanpak onder regie van de cliënt en één professional. Deze professional wordt ook wel een 'professional friend' (Colijn & Schamhart, 2012) genoemd en is een generalist: de professional heeft kennis van het alledaagse leven (of ziet erop toe dat er een dergelijk iemand in het leven van betrokkene is) én kan met de cliënt andere (mogelijk en indien nodig) specialistische professionals mobiliseren, afhankelijk van het door de cliënt (en de professional) opgestelde plan. Het *wraparound care proces*⁸ wordt daarom ook wel de 'bloemaanpak' genoemd (Colijn & Schamhart, 2012) waarbij de cliënt én de professionals die samen de regie voeren het 'hart' van de bloem zijn. De andere professionals, familieleden, vrijwilligers etc. vormen de 'blaadjes' van de bloem. De inbreng van derden wordt vastgesteld in het 'plan', waarin de cliënt einddoelen formuleert. Kenmerken voor de professional die de regie deelt met de cliënt is dat deze het hele traject in beeld blijft tot de gestelde doelen gerealiseerd zijn. Tussentijds kunnen, afhankelijk van het plan, verschillende 'specialisten' betrokken zijn. Het wraparound-team kent hiermee, los van de regievoerders (professional en cliënt) niet altijd dezelfde leden.

Door Hermanns & Menger (2009) wordt het wraparound care proces geconcretiseerd in de volgende stappen

1. Het identificeren van de sleutelpersonen in het leven van de cliënt.
2. Het verhelderen aan betrokkenen hoe wraparound werkt
3. Het formeren van een wraparound team.
4. Het bepalen welke professionele voorzieningen bij de cliënt betrokken zijn en selecteren welke voorzieningen (nog) nodig zijn.
5. Het opstellen van een plan met meetbaren doelen.
6. Bepalen welke training of begeleiding de sleutelfiguren nodig hebben.
7. Het opstellen van een plan voor crisissituaties en de ('ontbindende') voorwaarden bepalen voor de uitvoering van het plan.
8. Het zoeken naar hulp, behandeling, ondersteuning die nog niet aanwezig is, maar wel nodig is.
9. Het zorgen voor een financiële dekking van het plan.
10. Het uitvoeren van het plan.
11. Het evalueren van de voortgang en eventueel bijstellen van het plan.
12. Het bepalen van de afronding en het maken van een lange termijn plan en
13. Het vastleggen van de mate waarin doelen bereikt zijn als input voor verdere programmaontwikkeling." (Hermanns & Menger, 2012 p. 45)

⁸ In verschillende artikelen wordt wisselen gesproken over : wraparound care model, wraparound care principes, wraparound care interventie etc., de term wraparound care proces lijkt het meest recht doen aan de positie van wraparound care als meta-methodiek, als paraplu waar het gehele proces/traject ondervalt.

Deze stappen zijn een voorbeeld van een concrete toepassing van de uitgangspunten van wraparound care. Het verkennen van deze uitgangspunten op hun bruikbaarheid is nadrukkelijk een van de doelen van dit onderzoek.

2.2.1 Wraparound care en gedwongen kader

In het wraparound care proces heeft de cliënt een centrale rol: als (mede-)probleemeigenaar waarbij herstel van regie op eigen leven (eind)doel is. Deze positie van de cliënt lijkt – in eerste instantie – paradoxaal met het gedwongen kader. Deze spanning blijkt echter schijn: de doelen die opgelegd zijn door justitie worden als niet onderhandelbare doelen in het wraparound plan opgenomen (Hermanns & Menger, 2012, p. 5). De voorwaarden van het gedwongen kader zijn een werkelijkheid in het leven van de cliënt waartoe de cliënt zich moet verhouden en die uitgangspunt zijn van het contact. Het versterken van eigen kracht komt overeen met de doelen van het gedwongen kader: herstel van eigen regie. Het gedwongen kader is een (tijdelijk) 'fact of life' (Colijn & Schamhart, 2012). Wraparound care is hierdoor goed te combineren met het gedwongen kader. Organisatorisch zijn er wel haken en ogen die overwonnen moeten worden, zo dicht wraparound care de professional misschien meer beslissingsbevoegdheden en vrijheden toe dan hij/zij in de huidige situatie feitelijk heeft en vraagt het van de mede-regievoerende-professional vanaf het begin tot het eind van het traject als casemanager betrokken te zijn.

Nu het wraparound care proces op oriënterend niveau is verkend is het tijd te kijken naar wat er reeds in de praktijk bekend is over het effect en de mogelijke toepassing van wraparound care en de mate waarin het aansluit bij wetenschappelijke inzichten rondom het afzien van delictgedrag.

2.3 Van practice naar evidence based

Het wraparound care proces is voornamelijk practice based, het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van wraparound care is beperkt. De empirische onderbouwing is beperkt tot één onderzoek (RCT) onder een groep jonge delinquenten (Carney & Butteill, 2003). Tijdens en na het programma bleken de resultaten positief: minder spijbelen, minder schorsingen, vaker een baan etc. De effecten op lange termijn worden momenteel in kaart gebracht.

In Utrecht startte in 2009 een pilot naar de bruikbaarheid van wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg. Binnen dit onderzoek stond de vraag hoe wraparound care kon worden geconcretiseerd en onderbouwd worden toegepast. Het onderzoek, dat in 2012 is afgerond, concludeert dat de principes zich laten ordenen door drie basisconcepten: empowerment/eigen kracht, samenwerking en monitoren/evalueren. Deze clustering is mogelijk context- en instellingsgericht. Een clustering op basis van bruikbaarheid binnen de verslavingsreclassering is een van de doelen van onderhavig onderzoek. Een belangrijke conclusie van het onderzoek in Utrecht is de positionering van wraparound care als meta-methodiek.

2.4 Wraparound care als meta-methodiek

Wraparound care is nadrukkelijk niet bedoeld als gestandaardiseerd model en/of methodiek, het is veeleer een (ideologisch) gedachtegoed in combinatie met een organisatorische opvatting over samenwerking en regievoering. Wraparound care formuleert hiermee uitgangspunten voor specifieke werkwijzen die recht doen aan een kritisch-constructivistische en sociaal-ecologische opvatting over de mens in relatie tot zijn context en het streven naar eigen regie. Het is hiermee methodiek-overstijgend en biedt een referentiekader waaraan het handelen van de professional, de interventies en eventueel in te zetten methodieken getoetst kunnen worden. Het is als het ware een ideologische toetssteen en paraplu voor in te zetten interventies en methodieken. Zo kan de professional zich afvragen of de interventie aansluit bij het perspectief van de cliënt en bij de einddoelen die de cliënt heeft geformuleerd. De positionering van wrapa-

round care als meta-methodiek is van belang voor het onderzoek, het sluit methodisch werken niet uit maar juist in. Om wraparound care als meta-methodiek toe te kunnen passen is de ideologie erachter van wezenlijk belang, het vormt een geëxpliciteerde visie op mens-zijn en herstel van regie, zoals besproken in 2.1. Wraparound care biedt hiermee uitgangspunten (en functioneert als paraplu) voor verschillende methodieken, bijvoorbeeld motivational interviewing, oplossingsgericht werken, eigen kracht conferenties en cirkels voor ondersteuning, samenwerking en aanspreekbaarheid (COSA).

2.5 Werken aan een (herstel van) geïntegreerd bestaan in wetenschappelijk perspectief

Wraparound care stelt de einddoelen van de cliënt expliciet centraal. Voor de reclasseringscontext betekent dit denken van 'achteren naar voren': dus niet het delict als maatstaf, maar 'een geïntegreerd bestaan' als maatstaf. Dit past bij recente ontwikkelingen in het denken over criminaliteit, waarbij wordt gesteld dat re-integratie niet enkel betekent dat men geen delicten meer pleegt, maar dat er sprake is van sociale inclusie en men zich onderdeel voelt van een groter geheel. Wraparound care sluit hierbij aan bij twee ontwikkelingen in het denken over criminaliteit: desistance en het good lives model. Deze ontwikkelingen drukken uit dat voor een leven zonder criminaliteit naast het werken aan criminogene factoren het werken aan persoonlijke doelen van de cliënt voorwaardelijk is. Ongeacht het belang hiervan blijft het risicoprincipe vanzelfsprekend onverminderd belangrijk: de reclasseringswerker moet het handelen (en de intensiteit van de bemoeienis) altijd afstemmen op het recidiverisico en de interventies hierop afstemmen. Het risicobeginsel zegt juist dat bij een hoog risico de interventies waar mogelijk in de leefomgeving, in meerdere levensdomeinen en waar nodig met meerdere betrokkenen moeten plaatsvinden. Hiermee wordt nogmaals onderschreven dat voor verinnerlijking van gedragsverandering (dat betekent dus ook het wegnemen of verlagen van risico's) het betrekken van de context noodzakelijk is.

2.5.1 Desistance: afzien van criminaliteit en de waarde van sociaal kapitaal

Vogelvang (2009) bespreekt –op basis van internationaal onderzoek (o.a. Martuna & Toch, 2003; Farrall, 2000) - het proces van 'desistance' in het denken over resocialisatie. *Desistance* betekent letterlijk 'het afzien van', waarbij de *desistance* benadering aanmoedigt een onderscheid te maken tussen het wegnemen van de oorzaken van delictgedrag (risicobeheersing) en het daadwerkelijk stoppen met crimineel gedrag (persoonlijke ontwikkeling). Er sprake van een proces waarin iemand afziet van een crimineel leven en start met een leven zonder criminaliteit. Vogelvang (2009) stelt de volgende definitie van *desistance* voor:

"Desistance is het uitblijven van delictgedrag over een langere periode, hetgeen samenhangt met een overtuigde (verinnerlijkte) en actieve (gedragmatige) investering van de desister op zijn sociale en materiële omgeving voor het bereiken van prosociale doelen, waarbij de omgeving zijn overtuiging om met criminaliteit te stoppen daadwerkelijk en voortdurend bekrachtigt." (Vogelvang, 2009, p.20)

In deze definitie wordt duidelijk dat het gaat over een actief proces waarbij "de desister investeert in zijn sociale en materiële omgeving voor het bereiken van prosociale doelen" (Vogelvang, 2009). In dit proces zijn volgens McNeill (2002) drie factoren noodzakelijk: 1) menselijk kapitaal, waaronder kennis en vaardigheden, 2) (transities in) sociaal kapitaal en 3) de narratieve identiteit, motivaties en attitudes van de delinquent. Deze drie factoren zijn onderling afhankelijk en beïnvloeden elkaar en kunnen een ontwikkelingsproces bevorderen en/of belemmeren.

Sociaal kapitaal heeft betrekking op de sociale relaties en netwerken die men onderhoudt en de mate waarin deze verbindingen gemobiliseerd kunnen worden in de vorm van hulp en ondersteuning (De Croes, 2013). Gezins- en partnerrelaties zijn daarmee ook vormen van sociaal kapitaal (McNeill, 2002). Putnam (2000) onderscheidt drie vormen van sociaal kapitaal:

- Bonding (verbroederend): banden tussen mensen in dezelfde omstandigheden, bijvoorbeeld goede vrienden en gezinsleden
- Bridging (overbruggend): banden die op meer afstand liggen, bijvoorbeeld collega's en waarvan het contact een meer instrumentele functie heeft
- Linking (verbindend): contacten die een verbinding kunnen leggen naar nieuwe omgevingen, bijvoorbeeld een werkproject elders of een meeloopdag

Sociaal kapitaal wordt door onderzoekers op basis van wat desisters zelf rapporteren beschouwd als noodzakelijk voor het stoppen met en afzien van delictgedrag (Farrall 2002; Gendreau, Little & Goggin, 1996).

Deze korte beschouwing van desistance doet geen recht aan de –steeds groeiende – uitgebreide inzichten in het desistance-onderzoek. Wel illustreert het een overlap met uitgangspunten van wraparound care:

- Wraparound care moedigt aan tot het verkennen van de 'eigen kracht' van de cliënt. Dit sluit aan bij de aandacht voor de rol (en invloed) van eigen vaardigheden en ontwikkeling en hoe deze een rol spelen in het desistance proces (menselijk kapitaal)
- De (transities in) sociaal kapitaal als noodzakelijke factor in het desistanceproces sluit aan bij de sociaal-ecologische invalshoek van wraparound care en het uitgangspunt om het informele netwerk te betrekken daar waar het informele netwerk kan bijdragen aan het bereiken van de door de cliënt opgestelde doelen. Desistance en wraparound care erkennen expliciet de interactie tussen de mens en zijn omgeving als noodzakelijk element voor ontwikkeling van het individu en het verinnerlijken van gedragsverandering of stabiliseren van de situatie.
- Het sociaal-constructivistische karakter van wraparound care waarbij de betekenisgeving van de cliënt serieus wordt genomen en centraal staat sluit aan bij de aandacht voor de narratieve identiteiten. Herstel van regie betekent aandacht voor wat de cliënt belangrijk vindt en het verhaal dat de cliënt over zichzelf vertelt. Dit verhaal is niet geïsoleerd maar wordt opgebouwd met stukken uit onze omgeving. De (samenwerking met) omgeving neemt bij wraparound care een centrale plaats in.
- Desistance opgevat als proces impliceert al dat het proces verder kan gaan dan de duur van het reclasseringstoezicht (en de doelen ook verder reiken dan voorwaarden van het toezicht). Dit sluit aan bij de uitgangspunten van wraparound care over gedragsverandering en de noodzaak om mensen om de cliënt heen te mobiliseren die voor langere tijd kunnen bijdragen aan de verinnerlijking van gedragsverandering.

2.5.2 Good lives model

Het Good Lives Model (GLM, Ward & Brown, 2004) is een algemene rehabilitatietheorie, ontwikkeld voor alle types van criminele gedragingen. Een *goed leven* kan bereikt worden wanneer men individuen uitrust met vaardigheden, waarden en hulpbronnen voor een persoonlijk betekenisvol en bevredigend leven, zonder schade toe te brengen. De term “*good lives*” wordt verkozen boven de term “*good life*” omdat er geen één ideaal of aangewezen levensstijl bestaat.

Het GLM is eveneens gebaseerd op het idee dat risicobeheersing een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde is voor de rehabilitatie van delinquenten. Als behandelingsmethoden kan GLM getypeerd worden als *strength-based*: het focust op de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu. Ward en Brown (2004) onderscheiden tien vormen van *Primary goods*: activiteiten, ervaringen of situaties die worden nagestreefd voor het eigen belang, zoals een gezond leven, zelfstandigheid, vriendschap en innerlijke vrede. GLM is een verbijzondering van wat binnen wraparound care wordt omschreven als de cliënt centraal en aandacht hebben voor de kracht van de cliënt. GLM vraagt aandacht voor hoe de cliënt ‘herstel van regie’ zou kunnen definiëren (welke primary goods worden nagestreefd) en wat volgens de cliënt een ‘good life’ is.

2.5.3 Het ‘Risk-Needs-Responsivity’-model

In reactie op een invloedrijk artikel uit de jaren '70 waarin werd gesteld dat geen enkele interventie werkelijk tot vermindering van recidive leidde (Vogelvang 2009) ontstond in de jaren '90 van de vorige eeuw de ‘what-works’ – beweging. Binnen deze beweging werd gesteld dat sommige interventies (onder bepaalde omstandigheden wel degelijk tot recidivereductie kunnen leiden als aan een aantal handelingsprincipes wordt voldaan (Andrews 2000). Van deze principes zijn ‘risk’, ‘need’ en ‘responsivity’ het meest bekend:

- Risicoprincipe (risk): er moet naar het recidiverisico worden gekeken om niveau en intensiteit van de aanpak te kunnen bepalen;
- Behoeften/criminogene factoren (need): de aanpak moet rekening houden met zowel de veranderbare criminogene risicofactoren, als met de sterke kanten van de personen waarop het zich richt.
- Responsiviteit (responsivity): de aanpak moet zoveel mogelijk gericht zijn op (sociaal) leren van vaardigheden waarbij wordt afgestemd op de kenmerken van de betrokken persoon.

Wraparound care sluit aan bij het RNR-model doordat wraparound care het belang van een diagnose (risicotaxatie) als basis voor het plan erkent én doordat wraparound care als uitgangspunt heeft dat voor verinnerlijking van gedragsverandering sprake moet zijn van het betrekken van de context waarbinnen iemand functioneert. Zoals eerder omschreven vormen *desistance* en het *GLM* onderdelen van het antwoord op de vraag naar ‘what works?’.

2.6 Uitgangspunten voor de drie pilots

De oriënterende verkenning op wraparound care als meta-methodiek (en proces) heeft verschillende fundamentele uitgangspunten aan de orde gesteld. Allereerst is het als gedachtegoed uiteengelegd waarbij opvattingen zijn geëxpliciteerd over *de cliënt als 1) autonoom én onderdeel van (en verbonden met) een (sociaal) geheel waardoor 2) het perspectief van de cliënt centraal staat en de cliënt einddoelen formuleert in relatie tot herstel van eigen regie en grip op eigen leven.*

Dit is geduid als een paradigma-wisseling die invloed heeft op de rol van de professional: de cliënt (in zijn sociale context) is ‘probleemeigenaar’ geworden, waarbij het gedwongen kader onderdeel is van de werkelijkheid waarbinnen de cliënt zijn plan kan formuleren.

Om dit plan te kunnen uitvoeren is draagvlak nodig onder alle betrokkenen (“blaadjes aan de bloem”) én moet er sprake zijn van een duidelijke regie, in handen van de cliënt en de professional (als generalist en expert van het alledaagse leven, de ‘professional friend’). Daarnaast (en daarbinnen) is de wijze van coördinatie en samenwerking van essentieel belang: er is sprake van gecoördineerde activiteiten in één continue lijn (Hermanns, 2009). In deze lijn kunnen specialisten, afhankelijk van het plan, een rol spelen. wraparound care is hiermee ook een herwaardering van zowel generalisten als specialisten: de generalist heeft de regie en blijft het hele traject betrokken, de specialist wordt betrokken afhankelijk van het plan en zolang als nodig. Het is tevens een ‘antwoord’ op een keten, waarin veelvuldig sprake is van ‘afbreukrisico’s’ (Hermanns & Menger, 2012), wraparound care stuurt aan op een cirkel waarbij ‘onderdelen van de cirkel zich aanpassen aan de fase van de (ex-)gedetineerde (Hermanns & Menger 2012). Een sterke (casemangement)regie is hiervoor noodzakelijk. Het wraparound care proces kenmerkt zich door het werken van ‘achteren naar voren’: de einddoelen over herstel van een “geïntegreerd bestaan met regie over en grip op eigen leven” vormen het uitgangspunt (de maatstaf). Onderhavig onderzoek naar de bruikbaarheid van wraparound care verkent in welke mate deze uitgangspunten bruikbaar zijn. De uitgangspunten zijn in eerdere onderzoeken vertaald naar principes, deze principes worden getoetst aan de alledaagse praktijk. Daarnaast wordt de rol van de professional als (mede) regisseur verkend. De logica van recidivebestrijding wordt geplaatst naast de logica van de strafrechtketen (Hermanns & Menger, 2009, p. 49). Het ‘plan’ bestaat uit gecoördineerde activiteiten tijdens en na detentie in één continue lijn vanuit de belangrijkste levensdoelen, waarbij activiteiten worden ontplooid door de cliënt, zijn (toekomstig) sociale context en professionele hulpverleners en ondersteuners (Hermanns & Menger, 2009, p. 49).

De uitgangspunten van wraparound care sluiten aan bij wetenschappelijke inzichten rondom het afzien van delictgedrag die bijdragen aan het antwoord op de vraag *what works?*: *desistance* en het *good lives model*. Wraparound care gaat uit van de wisselwerking tussen individu en zijn omgeving en de invloed van de omgeving op welk verhaal de cliënt over zichzelf vertelt (narratieve identiteit), wat hij belangrijk vindt en de mate waarin gedragsverandering verinnerlijkt kan worden. Daarnaast staat (ontwikkeling van) de eigen kracht en vaardigheden van de cliënt centraal, waarbij de doelen die de cliënt formuleert (en hoe hij zelf herstel van regie ziet) uitgangspunt vormen. Ongeacht het belang hiervan blijft het risicoprincipe (uit het RNR-model) vanzelfsprekend onverminderd belangrijk: de reclasseringswerker moet het handelen (en de intensiteit van de bemoeienis) en de interventies altijd afstemmen op het recidiverisico. Het risicobeginsel zegt juist dat bij een hoog risico de interventies waar mogelijk in de leefomgeving, in meerdere levensdomeinen en waar nodig met meerdere betrokkenen moeten plaatsvinden. Hiermee wordt nogmaals onderschreven dat voor verinnerlijking van gedragsverandering (dat betekent dus ook het wegnemen of verlagen van risico’s) het betrekken van de context noodzakelijk is.

3 Verloop van de pilots: lessen uit het ontwikkelingsproces

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews met professionals, cliënten en de casuïstiekbesprekingen weergegeven. Het schetst hiermee een zo volledig mogelijk beeld van de beleving van de professionals en de cliënten van de verschillende clusters en de mogelijke relatie met een samenhangende werkwijze en continuïteit. In het eerste deel worden de ervaringen van de professionals weergegeven en in het tweede deel de ervaringen van de cliënten.

3.1 De eindmeting onder professionals aan de hand van de clusters

Deze eindmeting heeft plaatsgevonden onder drie casemanagers en vier reclasseringswerkers. Aan de professionals werden de verschillende clusters voorgelegd en aan hen werd gevraagd in welke mate ze dit belangrijk vonden, in welke mate het voorkomt in het reguliere werk, in welke mate bij wraparound care en in welke mate men het als bruikbaar ervaart. Daarnaast werd gevraagd om de vier belangrijkste kenmerken van het desbetreffende cluster en om voorbeelden van praktijken hiervan. Aan het eind van het interview werd gevraagd wat ze collega's zouden willen meegeven en hoe ze hopen dat de toekomst van wraparound care eruit zal zien. In tabel 3.1 worden de gemiddelde scores per item weergegeven.

Tabel 3.1

Gemiddelde scores professionals clusters

	Belangrijk	Regulier	Wraparoun care	Bruikbaar	Vershil belangrijk en regulier	Vershil WaC en regulier
Cliënt centraal	8.2	6.5	8.5	8.6	1.7	2
Doelgericht	8.4	7.6	8.3	8.1	0.8	0.7
Samenwerking	F: 8.3 I: 8.4	F: 7 I: 5.6	F: 7.4 I: 7	7.8	F: 1.3 I: 2.8	F: 0.4 I: 1.5
Op maat	8	7.6	8.3	8.3	0.6	0.8

F = Formeel, I= Informeel

In de volgende paragrafen worden deze scores toegelicht en geïllustreerd aan de hand van uitspraken in interviews en casuïstiekbesprekingen.

3.1.1 Cliënt centraal

Gemiddeld gezien geven de deelnemers aan de pilot aan dat zij het principe 'cliënt centraal' waarderen met een 8.2. Zij geven allemaal aan dat ze door wraparound care bewuster bezig zijn gegaan met het zoeken naar de doelen van de cliënt om daarbij aan te sluiten. Ook het gebruik maken van de eigen kracht van de cliënt is een belangrijk onderdeel van dit cluster. Zij geven aan dat het werken vanuit de eigen kracht, kwaliteiten en motivatie ervoor zorgt dat cliënten zich meer betrokken voelen bij hun eigen traject en zich hierdoor ook meer inzetten. Ook vinden ze dit cluster belangrijk omdat het centraal stellen van de cliënt en het verdiepen in het netwerk van de cliënt ervoor zorgt dat je de cliënt en het netwerk veel beter leert kennen. Ook dit helpt erbij om een traject te zoeken waar cliënten achterstaan.

Hoewel dat zeker in het begin nog zoeken was hebben de tweewekelijkse bijeenkomsten bijgedragen aan de groei. Regelmatig werd er casuïstiek naast de vier clusters gelegd en werden de clusters

Ik ben natuurlijk nog steeds reclasseringswerker, en ik moet ervoor zorgen dat mensen geen delicten meer plegen. Toezicht houden is niet alleen wat de cliënt wil maar ook om het risico zo beperkt mogelijk te houden.

uitgevraagd en werden er tips aangedragen vanuit de werkgroep. Onder andere deze tips hebben ertoe bijgedragen dat de deelnemers zich zekerder voelden en meer kennis kregen om de doelen uit te vragen. Ook was er in de bijeenkomsten ruimte om de dilemma's rondom dit cluster te bespreken.

Zeker in het begin ging het regelmatig over hoe er omgegaan moest worden met het gedwongen kader. Steeds duidelijker werd dat het gedwongen kader een feit is, de werkelijkheid waarin we leven. Naast het gedwongen kader is er ruimte om naar andere doelen van de cliënt te zoeken en daarbij aan te sluiten. Soms moeten er beslissingen

genomen worden om de veiligheid van de maatschappij te beschermen. Juist daarom is het volgens de deelnemers van belang om erop in te zetten dat er een netwerk om de cliënt heen is waarin iedereen op de hoogte is van de doelen. Indien een toezicht dat geretourneerd moet worden is er een netwerk bestaande uit professionals en mensen uit het sociale netwerk van een cliënt om verder te werken aan de opgestelde doelen.

Dit vind ik de kern van wraparound care, dat je zoekt naar wat de cliënt het liefste wil. En ik geloof dat als je aansluit bij de cliënt dat het dan ook alleen maar werkt. Natuurlijk zitten wij met de bijzondere voorwaarden waar we mee moeten dealen. Juist daarom, daar heeft de cliënt al genoeg weerstand tegen en dat vindt die allemaal moeilijk genoeg dus moet je als reclasseringswerker om in contact te blijven zoeken naar wat HIJ belangrijk vindt. En, in ieder geval hem constant het gevoel geven dat dat ertoe doet. Of je het ook altijd kunt waarmaken is een volgende, maar als je hem in ieder geval maar centraal stelt. En dan kun je altijd nog samen tot de conclusie komen dat wat hij wil niet haalbaar is. Maar het is natuurlijk niet de bedoeling dat jij dat van te voren al concludeert.

De toepassing van het cluster 'cliënt centraal' wordt in het reguliere werk gemiddeld beoordeeld met een 6,5. Hier is het grootste verschil te zien als er wordt vergeleken met hoe belangrijk de deelnemers dit principe vinden. Een aantal van de deelnemers geven aan dat zij in de praktijk regelmatig collega's horen klagen over doelen en wensen die cliënten hebben. Het serieus nemen van cliënten werd door veel deelnemers als belangrijke waarde genoemd bij dit principe. Tijdens het reguliere werk zien zij dit naar eigen zeggen niet genoeg terug. Er wordt genoemd dat er reclasseringswerkers zijn die zich vooral richten op het behalen van de bijzondere voorwaarden en niet verder kijken dan dat. Ook wordt geven geïnterviewden aan dat dit cluster in het reguliere werk niet genoeg wordt toegepast omdat mensen die in deze sector werken geneigd zijn om taken van cliënten over te nemen. Bij wraparound care gaat het om het gebruiken van de eigen kracht van cliënten om op die manier de doelen te behalen. Door hier steeds bewust bij stil te staan geven zij aan recht te doen aan dit cluster.

Omdat er weleens schamper gedaan wordt over bepaalde dingen. Iemand wil iets en dan wordt er gezegd: lekker dan die is dakloos. Ik kan niet zoveel met van die botte opmerkingen. En dan bedenk ik: een dakloos iemand kan ook wel wat bereiken. Maar dan moeten mensen er wel zijn, om die ruimte te geven. Het zal niet vandaag of morgen of over een jaar zijn. Maar wel in iemand geloven. En door die aandacht te geven, door hem erop te bevragen en ruimte te geven om die droom in ieder geval te delen en te kijken hoe ver je komt. Neem gewoon iemand serieus, want als je iemand niet serieus neemt. Wat doe je dan in dit vak?

We zijn allemaal geneigd om heel veel in te vullen. Oh dat is er zo een. Plaatje compleet. Iedereen is anders. Ik vind dat je goed moet luisteren naar wat iemand te vertellen heeft en goed doorvragen. Of dat nou wel echt het probleem is, of dat het het onderliggende probleem is. Je moet terug naar het begin. Hoe kun je dat stukje dan aanpakken, wat heb je dan nodig? Luisteren, eigenlijk gesprekstechnieken. Dat je die op de juiste manier toepast. En je afspraken goed nakomen. Dat vind ik soms wel moeilijk omdat je in hectisch werk zit. Ik probeer wel menselijkheid erin te zien. Het zijn niet alleen maar junks en criminelen.

Als het gaat om de toepassing van dit cluster bij wraparound care wordt er gemiddeld een 8,5 gegeven. Dit cluster heeft daarmee het hoogste gescoord als het gaat om de toepassing in de wraparound care pilot. Zoals hierboven al naar voren is gekomen is geven de deelnemers aan dat zij door het werken met wraparound care bewuster op zoek gaan naar de doelen van de cliënt om vervolgens samen met de cliënt en het netwerk op zoek te gaan naar hoe deze doelen verwezenlijkt kunnen worden. Dit gebeurt bijvoorbeeld door samen met een cliënt het netwerk uit te tekenen. Welke partijen, zowel formeel als informeel zijn er allemaal betrokken bij een cliënt. Dit levert volgens de deelnemers soms vernieuwde informatie op. Er staan niet altijd nieuwe partijen op, maar het gesprek over de betekenis en het doel van elke partij geeft volgens de deelnemers wel inzicht. Zo vertelt een reclasserings-

werker dat zij nooit had verwacht dat de kickbokstrainer van haar cliënt zoveel invloed op hem had. Hier kwam zij achter tijdens het in kaart brengen van het netwerk en het gesprek hierover.

Ik heb het idee dat de mensen die met wraparound care werken het centraal stellen van de cliënt wat meer op het vizier hebben, gefocust zijn, meer bewust dan mensen die er niet mee bezig zijn, terwijl dat wel onderdeel van hun werk is.

Ook wat betreft de bruikbaarheid van dit principe scoort dit cluster het hoogste, namelijk een 8.6. Het zoeken en het zoveel mogelijk werken vanuit de doelen van de cliënt levert volgens de geïnterviewden veel op. Met betrekking tot de bruikbaarheid kan er niet altijd gewerkt worden vanuit de cliënt. Soms zijn er veiligheidsoverwegingen die ervoor zorgen dat de doelen en wensen van de cliënt even “opzij” moeten worden geschoven. Uit de bijeenkomsten blijkt dat hoewel je dit cluster niet altijd volledig kunt toepassen je er wel voor kunt zorgen dat je er zoveel mogelijk rekening mee houdt en je er bewust mee omgaat. Toch zijn er wel kanttekeningen als het gaat om de toepassing van dit cluster in de praktijk. Hoewel er een kentering heeft plaatsgevonden als het gaat om het gedwongen kader, is de psychiatrische problematiek nog wel een punt van aandacht. Wanneer deze heel erg op de voorgrond staat is het ingewikkeld om te werken aan doelen, hetgeen niet wegneemt dat de cliënt nog wel steeds centraal staat. Hierbij hangt het wel af van de aard van de psychiatrische problematiek.

Ik vind het heel bruikbaar. ik merk zeker bij de klanten waarbij ik het nu echt actief gedaan dat dat heel bijzondere toezichten geworden zijn. Ik weet niet of dat aan de cliënten ligt, misschien dat het bij andere cliënten niet was gelukt. Maar de bruikbaarheid geldt wel tot op zekere hoogte: je hebt mensen die zwaar verslaafd zijn en zwaar psychiatrische problemen zij. Dan moet je ervoor zorgen dat het weer stabiel wordt. Het is niet elk moment voor iedereen toepasbaar. Ik denk uiteindelijk dat het bij elke klant wel een heel bruikbare methodiek is.

3.1.2 Doelgericht

Doelgericht werken wordt beoordeeld met een 8.4 als het gaat om de mate van belangrijkheid. Zowel uit de tweewekelijkse bijeenkomsten als uit de interviews kwam naar voren dat de deelnemers dit principe vooral belangrijk vinden om helderheid te verschaffen in het traject. Als alle partijen op de hoogte zijn van de doelen en wensen van een cliënt en er een plan ligt om deze doelen te behalen is dit volgens de deelnemers bevorderlijk voor de samenwerking. Doordat er bij de reclassering wordt gewerkt met bijzondere voorwaarden worden reclasseringswerkers gedwongen te werken met doelen. Hoewel de deelnemers aangeven dat zij ook binnen de reguliere toezichten met doelen werken, geven zij aan dat zij in de pilot meer waren gericht op het zoeken naar doelen vanuit de cliënt en het betrekken van het netwerk om deze doelen te behalen.

Ik vind het heel belangrijk dat mensen een doel hebben. Een 8. Doelen hebben zorgt er voor dat je vooruit komt. Dan heb je niks om voor te vechten, om iets te behalen. Als je geen werk hebt is het elke dag weekend. Dat is feest. Ik denk: oh lekker, het is weekend. Dan heb je iets waar je naar toe werkt en waar je mee bezig bent. Als je geen werk hebt is het heel depressief hoor. Dan heb je elke dag hetzelfde.

In het reguliere werk wordt het cluster doelgericht werken met een 7,6 beoordeeld. Dit verschilt 0.7 met hoe dit cluster in wraparound care werd beoordeeld. Over het algemeen geven de deelnemers aan dat het doelgericht werken wraparound care niet zo onderscheidt van het reguliere werk in vergelijking met de andere clusters. Zij geven wel aan dat het zoeken naar de doelen van de cliënt onderscheidend is. Als het gaat om het reguliere werk geven een aantal deelnemers aan zich regelmatig te storen aan cynische houdingen van collega's.

Het gaat om echt proberen van als de cliënt een doel heeft, bijvoorbeeld zelfstandig wonen. Dat je dan wel alles op alles zet om dat doel te bereiken. En hem anders te laten inzien dat het niet lukt. Ik denk dat dat in het reguliere werk vaker voorkomt, dat je zegt: dat is niet haalbaar, dat moet je niet doen. Ik bespreek met de cliënt elke stap die hij zet. Ik bespreek en evalueer het. Je gaat natuurlijk wel stapsgewijs naar een doel toe. Door iedere keer te evalueren.

Je werkt met dat Iris systeem, hierdoor ben je verplicht doelen op te stellen. Ik merk dat je zo vaak algemene doelen opstelt. Zoals dagbesteding. Ik merkte door de tijd en druk dat je eigenlijk heel vaak die doelen niet met zo'n klant verder uitwerkt. Ik denk dat dat wel belangrijk is. Door die cliënt centraal te stellen weet je wat de sub-doelen zijn. Het heeft met elkaar te maken. Ik denk dat het belangrijk is dat de cliënt weet waar hij naartoe wil en of dat haalbaar is. Aan de andere kant moet je ook in staat zijn doelen te stellen. Dit is ook weer per klant verschillend. Veelplegers die al 30 jaar bezig zijn stellen geen doelen meer hoor. Hoe ga je dat dan doen? Dan probeer ik het netwerk zo stabiel te maken dat als hij het gevoel krijgt dat hij iets niet kan doen omdat hij aan de shit zit of omdat hij gestrest is.

Het cluster doelgericht werken wordt in de wraparound care pilot beoordeeld met een 8.3. Een verschil met de reguliere werkwijze wat een aantal keer wordt genoemd is dat deelnemers door wraparound care er vaker op gericht zijn om een overleg met meerdere partijen te organiseren om afspraken om samen de doelen en taken vast te stellen. Ondanks dat doelgericht werken ook in het reguliere werk komt er naar voren dat er in de pilot wel meer gezocht wordt naar tussendoelen om uiteindelijk het grote doel te behalen. Zeker het samen uitstippelen met de cliënt van de doelen wordt als inzichtgevend ervaren. Een van de deelnemers vertelt in een van de tweewekelijkse bijeenkomsten dat zij versteld stond van hoe goed haar cliënt kon meedenken als het ging om de invulling van het traject. Door het betrekken van de cliënt bij het traject zag zij de motivatie van haar cliënt groeien. Casuïstiek-besprekingen helpen de deelnemers om de doelen van de cliënten in het oog te houden.

Het principe doelgericht werken wordt gewaardeerd met een 8.1 als het gaat om bruikbaarheid. Zonder doelen ben je volgens de deelnemers aan het freewheelen in je traject en dat haalt op lange termijn niets uit. Ook voor cliënten geven de doelen houvast. Zij weten zo waar zij naar toe werken en waar ze staan in het traject. Als belemmering worden bij dit cluster wordt regelmatig de haalbaarheid genoemd. Hier kan onderscheid gemaakt worden tussen dat de zelf opgestelde van de cliënten niet altijd haalbaar zijn. Tijdens de tweewekelijkse bijeenkomsten liepen de deelnemers regelmatig aan tegen bureaucratie vanuit andere organisaties waardoor doelgericht werken soms lastig was. Ondanks dat doelgericht werken als belangrijk wordt ervaren is het in de praktijk veelal lastig in een wereld met wachtlijsten en procedures. Een aantal deelnemers geven aan dat zij door de tweewekelijkse bijeenkomsten bewuster bezig waren met het doelgericht werken, omdat het steeds aandacht kreeg.

Omdat je soms toch wel het idee dat cliënten te hoge doelen stellen, dingen niet haalbaar zijn. Omdat je toch wil dat het een doel van een cliënt is, ga je toch proberen om het te halen. Je gaat ze wel laten inzien dat het niet haalbaar is, maar dat moeten ze wel ervaren vind ik. Dus dan denk ik van hoe bruikbaar is dat dan, dat doelgericht zijn? Omdat je gewoon bepaalde doelen hebt die je moet halen in verband met een verplicht toezicht, in die zin is het natuurlijk niet heel erg vanuit de cliënt.

3.1.3 Samenwerking

Samenwerking is steeds opgesplitst in het formele en het informele netwerk. Gemiddeld gezien wordt het formele netwerk gewaardeerd met een 8.3 en het informele netwerk met een 8.4. Een aantal van de deelnemers uit de pilot geeft aan dat zij het informele netwerk heel belangrijk vinden, omdat dat de mensen zijn waar hun cliënten nog hun hele leven mee doen. Het formele netwerk vinden de deelnemers belangrijk, omdat zij afhankelijk zijn van andere partijen om hun doelen te behalen. Bij dit cluster wordt ook een aantal keer het belang van een klik met de cliënt genoemd. Deze klik is volgens een aantal reclasseringswerk belangrijk om samen te werken met cliënt.

Ik vind het formele netwerk minder belangrijk, eerder noodzakelijk. Misschien ook wel wenselijk maar ik vind het informele, dat je de kracht binnen de leefgroep, of de directe naasten gebruikt veel beter. Soms is het te veel beschadigd, soms kan het ook te kapot zijn he, dat het niet meer te redden valt

Ik denk op de een of andere manier juist omdat als je je formele netwerkpartners niet op de hoogte houdt, dan word je daarop aangesproken, door hen of je leidinggevend. Dat hoort bij je professie dat je ze op de hoogte houdt. Bijvoorbeeld een PI daar moet ik gewoon een evaluatie naar opsturen, doe ik dat niet dan heb ik een probleem. Ik denk dat je op korte termijn er ook best wel heel veel mee bereikt door het formele netwerk er intensief bij te betrekken maar uiteindelijk valt het formele netwerk een keer af en dan blijft het informele over en die vergeten wij.

In het reguliere werk wordt er een 7 gegeven voor samenwerking met het formele netwerk. Het samenwerken met formele partners wordt gestimuleerd binnen het werk omdat je als toezichthouder je ketenpartners nodig hebt om je doelen te bereiken. Voor samenwerking met het informele netwerk wordt voor het reguliere werk een 5.6 gegeven. Hier kan volgens de deelnemers in het reguliere werk nog flink in geïnvesteerd worden. Wel worden er ook waarschuwingen geuit als het gaat om samenwerking met cliënten. Zo moet je

als toezichthouder wel duidelijk blijven over je rol en dat het ook zo kan zijn dat er een moment komt dat je het toezicht moet retourneren als iemand zich niet aan de afspraken houdt.

Bij wraparound care is het betrekken van het informele netwerk een belangrijk onderdeel. Dit is volgens de meeste reclasseringswerkers een van de meest vernieuwende en lastige dingen. Zo zijn er cliënten die aangeven dat ze geen netwerk hebben om op terug te vallen. Tijdens de tweewekelijkse bijeenkomsten is er ook aandacht besteed aan hoe je op zoek gaat naar het sociaal netwerk. Er zijn ook cliënten die wel een sociaal netwerk hebben, maar die geen toestemming geven om hen in het traject te betrekken. Zeker bij jongeren is er een drempel om bijvoorbeeld hun vrienden bij hun traject te betrekken. Ook liepen de deelnemers er soms tegenaan dat hun cliënten zich in het criminele circuit begeven. Ondanks deze belemmeringen geven de deelnemers dat de verdieping in het systeem om hun cliënten inzichtgevend is.

Het informele netwerk is lastig omdat cliënten niet altijd toestemming geven, en soms hebben mensen gewoon helemaal niemand. Dat is heel pijnlijk, er zijn gewoon casussen waarbij dat niet zo makkelijk is. En bij de casus waarbij het wel makkelijk is kun je je afvragen waarom dat niet altijd actief gebeurt. En dan denk ik dat dat toch wel te maken heeft met tijd, noodzaak en prioriteit. De zaken waarbij je echt aan de slag moet daar stop je veel tijd in en daar ga je je best voor doen. Maar als iets toch wel oke gaat ga je je niet te veel inzetten voor dat systeem. Als je er tijd voor had gehad zou je je ervoor inzetten, maar dat is niet altijd zo.

Op zich vind ik het informele netwerk wel meer meewerken. Als je belt, geven ze antwoord. Ik denk alleen dat je het iets meer moet betrekken in je traject. Maar als de klant het zelf niet wil om wat voor reden dan ook. Wat is sociaal netwerk? Moet ik dan dat hele criminele netwerk uitkammen? Ik vind dat soms wel lastig hoor. Soms weet ik ook niet of ik partners er bij moet betrekken. Dat heeft ook met het recidive risico te maken. Als het om resocialisatie gaat vind ik dat je verplicht ben het netwerk er bij te betrekken. Samenwerking met het informele netwerk is net zo belangrijk als het formele netwerk. Alleen ik denk dat je er meer invloed hebt ofzo. Het is een puzzel.

De bruikbaarheid van het cluster samenwerking wordt gewaardeerd met een 7.8. Dit is gemiddeld het minst bruikbare cluster volgens de deelnemers van de pilot. Bij dit cluster komt de afhankelijkheid van andere partijen regelmatig naar voren. Werken andere partijen mee? Mag je je als professional mengen in het informele netwerk? En hoe ga je om met een negatief informeel netwerk? Uit de interviews blijkt dat het er met elkaar over hebben en elkaar kritisch bevragen hierbij helpt. Dit helpt hen bij het aanscherpen van hun eigen gedachte. Zo geven de

meeste geïnterviewde ook aan dat zij door het werken met wraparound care ook hun andere cliënten anders proberen te behandelen en meer samen met cliënt stappen proberen te ondernemen.

3.1.4 Op maat

Het cluster op maat wordt beoordeeld met een 8 als het gaat om hoe belangrijk de deelnemers van de pilot dit cluster vindt. Hierbij werd vooral het aansluiten bij de cliënten genoemd als belangrijk kenmerk. Dit heeft volgens hen tot gevolg dat cliënten zich serieuzer voelen genomen waardoor zij meer betrokkenheid voelen met het traject. Ook niet normeren werd genoemd als belangrijk principe bij dit cluster. Tijdens het proces bleek dat niet zozeer het aansluiten bij de cliënten lastig is, maar soms wel het zoeken naar welke aansluiting het beste werkt.

Neem je cliënt serieus, neem de tijd voor het contact, en niet voor niks: als je dat doet, als je de tijd neemt en als je iemand serieus neemt dan ben ik er 100% van overtuigd dat uiteindelijk je resultaat dat het daaruit gaat blijken zeg maar, dat je voor mijn gevoel echt veel meer bereikt en dat je werkplezier enorm toeneemt. Ja ik weet zeker dat als je je eigen cynisme toelaat en dat gaat voeden van je collega's word je echt een heel verbit-terd, vervelend ontevreden mens

Omdat het gewoon wel heel lastig is om op maat te werken en te levelen bij de cliënt. Je bent als hulpverlener vaak geneigd verder te zijn dan de cliënt is. Het is wel zó belangrijk, omdat het iets is van de cliënt zelf. Dan heeft hij voor zichzelf veel meer commitment en staat hij er veel serieuzer in. Dan wil hij echt iets veranderen. Als het echt op maat is ervaart hij het ook veel meer. Levelen met de cliënt, samen met de cliënt. Op zijn niveau, op zijn tempo, in zijn omgeving ook.

In het reguliere werk wordt het cluster op maat beoordeeld met een 7.4. Hierbij wordt genoemd dat er nog veel voor cliënten wordt gedacht bijvoorbeeld in overleggen met ketenpartners waarbij een plan wordt bedacht voor een cliënt zonder een cliënt erbij. Ook wordt er in de interviews regelmatig verwezen naar het cluster cliënt centraal. Een onderdeel van op maat is volgens de geïnterviewden het centraal stellen van je cliënten. Aan het centraal stellen van de cliënt valt volgens de geïnterviewden nog veel te winnen. Tijdens de bijeenkomsten komt er ook naar voren dat door de inrichting van het reclasseringswerk het cluster 'op maat' nog weleens uit het oog wordt verloren. Doordat toezichthouders werken met bijzondere voorwaarden die zij binnen een toezicht moeten bewerkstelligen, ligt de focus niet altijd op het tempo en het

niveau van de cliënt. Terwijl er volgens de deelnemers genoeg tijd is om aan die voorwaarden te werken. Het investeren in het voortraject en het op maat maken van het traject verhoogt volgens hen de kans op slagen.

Als ik in het reguliere werk kijk dan denken we nog heel wat voor de cliënt in een MDO bijvoorbeeld. Aan de ene kant is het op maat omdat je zo goed als je de cliënt kent probeert iets erom heen te doen. Aan de andere kant vind ik het wel belangrijk dat wat wij dan vinden dat je het wel naar de cliënt toe kneed dat het zijn eigen ding wordt. Dit doe je door open te zijn, ik heb over je gesproken. Ik denk misschien dit en dat voor je. Wat vind je ervan? Want dit betekent het volgende. Dat je iemand meeneemt en dat je iemand leert nadenken over wat je iemand aanbiedt, zodat het iemands eigen ding wordt. En niet van take it or leave it.

De toepassing van het cluster op maat in de wraparound care pilot wordt beoordeeld met een 8.3. Het verschil met het reguliere werk komt volgens de geïnterviewden vooral doordat ze door wraparound care bewuster bezig waren met het cluster op maat. Een van de reclasseringswerker vertelt hiernaast dat zij bij een van haar wraparound care cliënten het casemanagement inmiddels heeft afgebouwd. Het regelmatige overleg wat zij door wraparound care meer heeft gevoerd heeft er volgens haar voor gezorgd voor verdieping en het rekening houden met het cluster op maat hield in dit geval in dat casemanagement afgebouwd kon worden.

Bij op maat moet ik denken aan een van mijn wraparoundcare cliënten die ook casemanagement heeft. Het overleg met de casemanager was veel minder wat is mijn werk en wat is jouw werk, maar meer van wat heeft de cliënt nodig en wat kunnen we nog meer doen? Ik merkte dat er meer verdieping in zat. Toch net wat langer overleggen over wat iemand echt wil. Heel veel dingen gaan nu heel goed. Heel veel doelen zijn behaald. En de vraag was in hoeverre is casemanagement nog nodig. Hij doet vrijwilligerswerk, heeft contact met een re-integratiebureau, stadsgeldbeheer loopt en het gaat goed op zijn woonplek. Ik moet hem zien omdat ik ook reclassering ben en ik zie hem 1 keer in de twee weken. Hoe nuttig is het dat hij dat zelfde verhaal ook nog aan zijn casemanager vertelt? Niet. Daar treedt toch wel vaak een soort gewenning op dat ik het daar met de casemanager over had. En dat de casemanager ook dacht van misschien moet ik een stapje terug doen. Het is vaak ik ben casemanager dus ik ben er altijd en onderhoud contact. In dit geval was de 'op maat' van is het nog wel nodig? Kun je ook aan de cliënt laten zien, dit gaat beter..

De bruikbaarheid van het cluster op maat wordt gewaardeerd met een 8.3. Als je er bewust mee bezig bent is het volgens de deelnemers een heel bruikbaar cluster. Nieuwsgierigheid naar de persoon die tegenover je zit is volgens de geïnterviewden erg belangrijk. Door te luisteren en verdiepende vragen te stellen kun je samen met de client op zoek gaan naar een traject wat bij hem past en waar hij achterstaat. Hoewel dit de kans op slagen volgens de geïnterviewde ook niet waarborgt, vergroot het volgens hen in ieder geval de kans van slagen. Als belemmering bij dit cluster werd de bureaucratie genoemd waardoor passende traject niet altijd lukken.

Dat is natuurlijk soms wel moeilijk. Of je op iemands niveau moet zitten, in zijn omgeving. Ik vind het soms lastig om me in iemand te verplaatsen, omdat ik niet snap hoe die cultuur werkt. Ik probeer soms heel erg uit te vragen: hoe denken jullie dan? Hoe zit dat dan? Ik ben dan ook nieuwsgierig. Mijn nieuwsgierigheid zorgt er ook voor dat ik veel weet en dat ik dat dan ook weer kan gebruiken. Soms moet je de taal spreken van jongeren. Ze zitten niet te wachten op een oud wijf dat hooghartig gaat zitten praten.

Met wrap ben je er veel bewuster mee bezig, omdat het een van de clusters is. In het reguliere werk vergeet je het en ga je een beetje mee in de waan van de dag. Je probeert het altijd wel, maar het ligt niet zo op de voorgrond. En dat is bij wrap anders, je haalt het er steeds bij. Dankzij wrap zet ik het wel veel bewuster in tijdens mijn reguliere werk. Ik kan me voorstellen dat iemand die niet wrap werkt dat niet doet.

3.1.5 Gedachten over de toekomst van wraparound care

Alle interviews werden afgesloten met de vraag naar gedachten en ideeën over de toekomst van wraparound care. Verschillende professionals vertellen dat wraparound care bijdraagt aan hun persoonlijk-professionele opvatting over hoe de reclasseringswerker invulling kan geven aan het contact met de cliënt. Hieronder zijn twee citaten van reclasseringswerkers te lezen hierover.

Door wraparound care ervaar ik meer positiviteit in mijn werk. Ik heb het echt heel leuk gevonden. Ik blijf het doen omdat ik cliënten zie opleven en ik zie dat ze echt dingen van zichzelf willen oppakken en willen gaan doen. Ik ben er heel positief door geworden.

Wat aan collega's wil meegeven over wraparound care is neem tijd voor het contact, en niet voor niks: als je dat doet, als de tijd neemt en als je iemand serieus neemt dan ben ik er voor 100% van overtuigd dat uiteindelijk je resultaat daaruit gaat blijken. Voor mijn gevoel bereik je dan echt veel meer en je werkplezier neemt enorm toe.

Aan de andere kant worden ook vraagtekens gesteld rondom de bruikbaarheid van wraparound care in relatie tot ervaren tijdsdruk. Een van de reclasseringswerkers zegt hierover: *“Er wordt ook veel van de andere kant verwacht: van de handhaving. Dat je mensen ziet. Dit vraagt toch veel meer een soort verdieping en kost ook meer tijd. Wat misschien wel meer oplevert, maar we zitten nu ook gewoon in de waan van de dag. Je merkt nu ook veel onrust dat mensen niet aan hun meldplichten zitten. Het is ook gewoon productie. Dat maakt het alleen maar erger”.*

Hieronder is een voorbeeld te zien van de casuïstiekbesprekingen hoe wraparound care bijdroeg aan de motivatie van de cliënt en de werker.

Tijdens casuïstiek vertelt de professional dat zij was gestart om samen met de cliënt zijn (in)formele netwerk in beeld te brengen. Op de volgende afspraak komt de cliënt enthousiast binnen met een A4 vol met lijnen en cijfers. De cliënt blijkt op eigen initiatief verder te zijn gegaan met het in beeld brengen van zijn (in)formele netwerk. Hierbij heeft hij zijn contacten ook cijfers gegeven en doelen geformuleerd hoe hij over twee maanden met deze contacten om wil gaan. De professional vertelt dat de cliënt voorstelt om over twee maanden deze contacten opnieuw te evalueren en hij ze opnieuw een cijfer wil geven. De professional ontdekt een kwaliteit van de cliënt om zelfstandig naar de toekomst en zijn contacten te kijken. De volgende afspraak komt de cliënt met een A4 vol met zelfgeformuleerde doelen en tussendoelen.

Over de mogelijke relatie tussen wraparound care en continuïteit en recidive vertellen de werkers het volgende:

Ja, het heeft in mijn idee invloed op recidive. De cliënt voelt zich veel meer betrokken en verantwoordelijk voor zijn eigen traject. Ik denk als jij een cliënt daar mede- of hoofdverantwoordelijk voor maakt in plaats van dat jij gaat roepen wat er moet gebeuren. Er zijn natuurlijk altijd wel uitzonderingen op de regel, maar in het algemeen denk ik dat dat zo is.

Op continuïteit van begeleiding heeft wraparound care een hele goede invloed. Als het goed is heb je veel mensen betrokken met elkaar en zullen er geen gaten vallen. Nou was dat natuurlijk in bepaalde situaties niet helemaal zo rooskleurig. Maar als je daar goed inzit en een gemeenschappelijk belang hebt dan zorg je dat er continuering zal plaatsvinden.

3.2 De eindmeting onder cliënten aan de hand van de clusters

De cliënten zijn door de onderzoekers geïnterviewd volgens het interviewprotocol in bijlage 4. Naast diepte-interview over de verschillende clusters werden per cluster stellingen voorgelegd. De stellingen zijn geformuleerd in samenwerking met de professionals en op basis van gevalideerde stellingen uit het onderzoek naar wraparound care binnen de Jeugdzorg.

Hoewel is getracht iedere cliënt te interviewen, bleek dit niet altijd mogelijk. Uiteindelijk hebben de onderzoekers vijf cliënten geïnterviewd. In dit deel worden zowel de resultaten van de interviews met de cliënten als de resultaten van de (tussen)evaluaties met de professional en cliënt.

Tabel 3.2

Gemiddelde score cliënten clusters

Cluster	Aanwezig in traject
Cliënt centraal	7.8
Doelgericht	7.4
Samenwerking	7.3
Op maat	8.2

Hieronder zullen de clusters per vraag worden toegelicht.

3.2.1 Cliënt centraal

Op de vraag of de mening van de cliënt belangrijk is in het toezicht geven de cliënten gemiddeld een 8.2. Zij geven allemaal aan dat hun mening belangrijk is in het traject. Zij vertellen dat ze dat merken doordat de reclasseringswerkers vragen naar hoe zij tegen bepaalde keuzes aankijken. Ook geven zij aan dat zij het van belang vinden dat er naar hun mening wordt geluisterd. Dit betekent volgens de cliënten niet dat er ook naar gehandeld moet worden, maar het vragen naar hun mening vinden ze wel van belang.

Mijn mening telt ook en daar moet ook gewoon naar geluisterd worden. Als dat niet het geval is dan komt er een soort muur tussen en dat is niet goed. Openheid en eerlijkheid is belangrijk. Anders krijg je een soort duwafstand en met die afstand kunnen zij ook niet dichterbij je komen. Dus dat moet je niet hebben.

Ik had er gewoon geen zin meer in. Op een gegeven moment heeft ze wel een knoop doorgehakt die ik zelf niet kon doorhakken.

Op de vraag of zij mogen kiezen wat er tijdens het traject gebeurt wordt er gemiddeld een 7.5 gegeven. Hoewel cliënten stellen wel invloed te hebben op wat gebeurt, geven zij wel aan dat er ook een aantal verplichte voorwaarden zijn waar ze zich aan moeten houden. Daarnaast is er volgens hen wel ruimte om invulling te geven aan hun traject door samen keuzes te

bekijken en uiteindelijk een keuze te maken. Toch geeft één van de cliënten aan dat er ook momenten zijn geweest in het traject waarin de toezichthouder een keuze voor hem heeft gemaakt waar hij achteraf heel blij mee was.

Het gebruik van kwaliteiten tijdens het toezicht om de doelen te behalen wordt gemiddeld beoordeeld met een 8.3. Hoewel de meeste cliënten het in eerste instantie lastig vinden om aan te geven waar zij goed in zijn, benadrukken zij na even nadenken wel dat hun toezichthouder gebruikt maakt van hun kwaliteiten. Doorzettingsvermogen, eerlijkheid, afspraken nakomen en motivatie zijn de meest genoemde kwaliteiten.

Nu is mijn mening echt 180 graden veranderd. Ik kijk wel anders naar de reclassering nu. Voorheen dacht ik van: het interesseert ze niks hoe het met me gaat. Nu heb ik er waanzinnig positieve ervaringen mee. Mijn begeleider benadrukt mijn goede punten. Ik heb een negatief zelfbeeld. Dan zie je dat iemand met haar hart werkt.

Als je zelf inspraak over dingen hebt, heb je ook meer het gevoel dat je controle erover hebt toch. Ik had vroeger nooit controle over mijn leven. Ik mocht nooit iets beslissen. Nu lukt dat gewoon. Dat niet het geval is dan komt er een soort muur tussen en dat is niet goed. Openheid en eerlijkheid is belangrijk. Anders krijg je een soort duwafstand en met die afstand kunnen zij ook niet dichterbij je komen. Dus dat moet je niet hebben.

Op de vraag of cliënten inspraak hebben op in welke volgorde aan de doelen wordt gewerkt wordt gemiddeld een 7 gegeven. Ook bij deze vraag wordt er steeds verwezen naar de verplichte onderdelen van het reclasseringstoezicht. Wel vertelt een aantal cliënten aan dat zij enige invloed hebben op de volgorde. Bij deze vraag wordt er ook verwezen naar externe factoren die hun traject beïnvloeden. Zo geeft één van de cliënten aan dat hij geen vooruitgang voelt zolang hij niet op de detox zit. Hier is echter een wachtlijst voor. Een andere cliënt vertelt dat hij heel belangrijk vindt om inspraak in het traject te hebben, omdat hij graag de controle heeft over zijn leven. Hij zegt hierover:

3.2.2 Doelgericht

Op de vraag of de cliënten op de hoogte zijn van de doelen van het toezicht werd gemiddeld een 7.5 gegeven. Hier ontstond wel wat onduidelijkheid over of het ging om de voorwaarden van de rechtbank of de geformuleerde doelen ernaast. Over het algemeen zijn de cliënten goed op de hoogte van hun voorwaarden en doelen, ook al weten ze niet allemaal de voorwaarden te noemen. Zeker bij de wat langer lopende toezichten gaven cliënten aan dat ze de voorwaarden niet zo kunnen opnoemen.

Dat zijn punt a t/m j aan voorwaarden gewoon. Dus ik wil ze liever niet voor de geest halen. Nu zijn ze allemaal al weg volgens mij.

De cliënten geven gemiddeld een 7.3 op de vraag of ze achter de doelen van het toezicht staan. Hier zijn wel wisselende antwoorden gegeven. Hier was wel een verschil merkbaar tussen hoe gemotiveerd de cliënt is om aan het doel te werken. Zo is er één cliënt die aangeeft enkel bij de reclassering te komen omdat het moet van de rechter. Het opgelegde alcoholverbod vindt hij totale onzin.

Ik sta achter de doelen van het toezicht anders zou het natuurlijk geen nut hebben. Ik heb bepaalde doelen zelf opgesteld. We hebben zelf gepland hoe we het gaan aanpakken. Het is nu aan mij gelegen. Ze geven wel advies. Als het mis gaat, weet je ook wat er gaat gebeuren

Ik vind dat er goed aan mijn doelen wordt gewerkt. Alles is in gang gezet zoals ik het gewild had. Ik heb een huisje, vrijwilligerswerk, ik voer wekelijks gesprekken en aan de praktische kant wordt gewerkt. Ik heb geen klagen. Binnenkort een vaste baan, daar na ik voor

Op de vraag of er gewerkt wordt aan de doelen wordt gemiddeld een 7.3 gegeven. Over het algemeen geven de cliënten aan dat er aan hun doelen wordt gewerkt. Zeker de doelen die noodzakelijk zijn worden volgens de cliënten aangepakt. Andere doelen waarbij ze bijvoorbeeld afhankelijk van andere organisaties, zoals stadsgeldbeheer, lopen soms wat minder vlot. Het werken aan de doelen en tussendoelen behalen werkt volgens de cliënten motiverend om verder te gaan.

Er wordt gemiddeld een 7.4 gegeven op de vraag of de gestelde doelen haalbaar zijn. Er wordt hierbij wel onderscheid gemaakt in welke doelen. Zo geeft één van de cliënten aan dat hij full time werken nog niet haalbaar vindt, maar dat hij daar wel naartoe aan het werken is. Gefaseerd werken aan de doelen komt een aantal keer terug als antwoord op deze vraag. Het stellen van tussendoelen en het stilstaan bij de dingen die al lukken zijn belangrijke elementen. Ook motivatie om aan de doelen te werken is een aspect wat regelmatig terugkomt.

Waar een wil is, is een weg. Maar daar moet je wel voor doorzetten en willen. En soms kan dat best moeilijk zijn. Ups en downs. Het lukt wel, maar je hebt een goede doorzettingskracht en wilskracht nodig.

3.2.3 Samenwerking

Er wordt samengewerkt met mijn vader, broer en zus. Voor de rest niet echt veel en dat wil ik ook zelf niet. En dan natuurlijk de instanties. Het betrekken van familie helpt me wel. Hen wil je natuurlijk ook trots maken.

Op de vraag of er voldoende wordt samengewerkt met andere partijen (professioneel en sociaal) om de doelen te behalen werd gemiddeld een 7.6 gegeven. Cliënten geven aan samenwerking met andere partijen belangrijk te vinden, zodat iedereen weet waar het over gaat en dezelfde doelen nastreven. Er wordt echter wel verschillend gedacht over het betrekken van het sociaal netwerk. Sommige familieleden betrekken cliënten er liever niet bij door het verleden.

De betrokkenheid van familie en vrienden bij het toezicht werd gemiddeld gewaardeerd met een 7.1. Bij deze vraag bleek dat zeker het betrekken van vrienden bij het toezicht een lastig punt kan zijn. Zo geeft één van de cliënten aan dat zijn vrienden daar ook echt geen zin in zouden hebben. Ook wordt schaamte en het zelf willen oplossen van problemen genoemd. Het betrekken van familie bij het traject hangt af van de banden die cliënten met hen hebben.

Ik heb het liever gewoon gescheiden. Niemand hoeft toch te weten dat ik hier loop. Moet je kijken wat voor mensen hier lopen. Het is mijn probleem niet hun probleem. Ik heb ruzie met allebei mijn ouders dus die hoeven er niet bij.

Ik heb invloed op met wie er wordt samengewerkt, maar soms ook niet. Maar dat vind ik wel goed. Bij mij moeten knopen doorgehakt worden. Ik ben gewoon hardleers en soms schop ik tegen alles aan. Tenminste die periode heb ik wel gehad. Het ging zo fout dat ik wel overstag ben gegaan dat het anders moet. Mijn toezichthouder hakte knopen door die ik zelf niet kon doorhakken. Daar ben ik haar heel dankbaar voor.

Op de vraag of de cliënten invloed hebben met wie er wordt samengewerkt werd een 7.3 gegeven. Samenwerking met andere partijen is soms ook al bepaald door de bijzondere voorwaarden. Als een cliënt bijvoorbeeld verplichte behandeling moet volgen dan is er automatisch sprake van samenwerking met een andere partij. Twee cliënten geven aan zelf ervoor gekozen te hebben om een andere instantie erbij te betrekken om hun doelen te behalen. Eén van de cliënten geeft aan dat hij niet altijd invloed heeft gehad op de samenwerking met andere partijen. Op het moment dat het heel slecht met hem ging heeft zijn toezichthouder ervoor gezorgd dat hij klinisch werd opgenomen.

Het samenwerken als een team om de doelen te behalen werd gewaardeerd met een 7.5. Alle cliënten geven aan dat zij wel eens met meerdere personen bij elkaar hebben gezeten. Zij geven aan dat prettig te vinden omdat iedereen dan op de hoogte is. Eén van de cliënten geeft aan dat hij zijn moeder er liever niet bij heeft. Hoewel hij haar steun op prijs stelt is het voor haar emotioneel te zwaar om erbij te zijn. Hij vindt dat te confronterend als hij zijn moeder bij een gesprek ziet huilen. Een van de cliënten geeft aan het een veilig gevoel te vinden, al die mensen om hem heen indien het fout mocht gaan met hem.

Ja het is een vast team. Als ik terugval kun je zo een blik hulpverleners opentrekken. Dat is bij mijn partner niet. Mijn begeleider geeft daarom ook echt aandacht aan mijn vriendin. Mijn begeleider heeft goede mensenkennis.

3.2.4 Op maat

Ik merk dat door dat goede luisteren naar me en met oplossingen komen. Ze is gewoon een topper. Zij heeft me zo goed geholpen gewoon. Ik ben heel erg tevreden over haar.

Op de vraag of de cliënt zich begrepen voelt door de toezichthouder werd gemiddeld een 7.8 gegeven. Een van de cliënten gaf zijn toezichthouder een 5, omdat hij niet het idee heeft dat zijn toezichthouder hem begrijpt. Ze leven naar zijn zeggen in te verschillende werelden. De andere cliënten gaven hun toezichthouders hoge cijfers. Vooral het luisteren naar de meningen van cliënten kwam regelmatig terug.

Wanneer het gaat om het op hun gemak voelen bij het toezicht gaven de cliënten gemiddeld een 8.8. Bij deze vraag geven cliënten aan dat zij zichzelf kunnen zijn. Eén cliënt geeft aan af en toe wel op te zien tegen het gesprek maar altijd blij is als hij naar huis gaat. Het ventileren van hun verhaal komt regelmatig terug in de interview.

Als ik een keer hier kom en niet helemaal op mijn gemak ben, dan merk ik dat ik langzaam weer een beetje rustiger word door te praten. Ze kan ook gewoon zeggen als ik iets fout heb gedaan. Als ik een fout maak wil ik wel dat het tegen me gezegd wordt.

Ik voel me zeker met respect benaderd. Er wordt naar me geluisterd en ze doet ook niet veroordelend over mijn gedrag. Dat vind ik heel belangrijk.

Een 8.4 geven de cliënten gemiddeld op de vraag of zij zich met respect worden benaderd. Zij geven aan dit ook erg belangrijk te vinden, willen zij eerlijk antwoord geven. Indien er eenmaal een goed contact is met een toezichthouders geven cliënten het wel aan dat ze ook feedback willen op hun gedrag.

Cliënten geven gemiddeld een 7.9 op de vraag of zij het idee hebben dat er rekening wordt gehouden met hun persoonlijke situatie. Bij deze vraag werd vooral genoemd dat cliënten worden betrokken bij hun traject en er rekening gehouden werd met de omstandigheden.

Met alles wordt gekeken vanuit mij. Of ik het er mee eens ben. Bij haar voel ik me ook serieus volwassen gewoon. Niet als een kind behandeld. Zij wil echt samenwerken en niet van haar wil is we.

3.3 Conclusies ervaringen uit de pilot

In de eerdere paragrafen zijn de ervaringen van de professionals en de cliënten geïllustreerd aan de hand van citaten. Op basis van de verschillende kwalitatieve metingen (interviews, reageren op stellingen, prioriteren van clusters etc.) vallen verschillende aspecten op:

- De professionals die deelnamen aan de pilot zien wraparound care als een meta-methodiek die samenhang kan aanbrengen in de reclasseringswerkzaamheden én die 'recht doet' aan wat reclasseringswerk inhoudt.
- De verschillende clusters worden als bruikbaar ervaren. Hierbij valt op dat de professionals stellen dat de pilot best practices zichtbaar heeft gemaakt (men werd zich bewuster van eigen handelen) én tegelijk focus aanbracht: voortdurend werd de vraag gesteld of en op welke manier de cliënt nog centraal stond, aan welke doelen werden gewerkt, of er gebruik werd gemaakt van het netwerk etc.
- Het werken en formeren van een team met het formele en informele netwerk wordt door de deelnemende professionals als waardevol ervaren. Het wordt als een verrijking ervaren, waarbij wraparound care eraan bijdroeg dat men bijvoorbeeld de stap naar contact met een lid uit het informeel netwerk zette.

- Wraparound care draagt volgens de professional bij aan continuïteit omdat het steeds aandacht vraagt voor (borging van) samenwerking en de mate waarin gedragsverandering wordt gefaciliteerd door mensen uit het informele netwerk. Daarnaast maakt wraparound care de professionals bewust van het belang van de ervaring van regie bij de cliënt, deze vorm van betrokkenheid bij het eigen traject kan volgens de professionals bijdragen aan het voorkomen van recidive en het behalen van de doelen van het reclasseringstoezicht.

Enkele aspecten die opvallen uit de ervaringen van cliënten in de pilot:

- De cliënten die deelnamen aan de pilot ervaren dat zij invloed hebben op het reclasseringstoezicht. Bijvoorbeeld doordat zij hun mening mogen geven en invloed hebben op de fasering. Dit draagt bij aan het gevoel gehoord te worden.
- Het serieus nemen van de wensen van de cliënten en de mogelijkheid om hun verhaal te doen wordt door de cliënten als waardevol ervaren.
- Tegelijk geven cliënten aan dat soms beslissingen door de reclasseringswerker voor hen wordt genomen. Hierin valt op dat de cliënten die deelnamen aan de pilot dit positief konden waarderen, in relatie tot het feit dat zij het idee hadden een goede relatie met de werker te hebben opgebouwd. Vertrouwen in de professional komt volgens één van de cliënten tot stand doordat hem naar zijn mening werd gevraagd, hij zich gehoord voelde en vervolgens hij ook kon begrijpen dat soms de knoop voor hem doorgehakt moest worden.
- Het betrekken van het informele netwerk blijkt voor de cliënten belangrijk, zolang de grenzen die zij aangeven worden gewaardeerd. Tegelijk stellen cliënten dat zij zich serieus genomen voelen doordat ook bijvoorbeeld een partner bij het traject werd betrokken.
- Zich serieus genomen voelen, met respect behandeld, ruimte voor eigen inbreng én erkenning van (of ontdekken van) eigen kwaliteit en hier een beroep op doen is volgens de cliënten belangrijk in het contact.

Samengevat blijkt wraparound care volgens de cliënten en professionals bij te dragen aan een reclasseringstoezicht waar zowel de professional als de werker en het informele en formele netwerk zich bij betrokken voelt. Het serieus nemen van de cliënten en het erkennen en gebruikmaken van kwaliteiten blijkt belangrijk in hoe het toezicht door de cliënt wordt ervaren. Wraparound care als gedachtegoed kan volgens de reclasseringswerkers bijdragen aan zowel samenhang in het handelen en een juiste focus in bijvoorbeeld casuïstiekbesprekingen. Uiteindelijk blijkt (een onderdeel van) de werkrelatie: voel ik mij gehoord, heb ik het idee dat de reclasseringswerker naar mij luistert en voel ik mij gerespecteerd? Belangrijk in de mate waarin beslissingen kunnen worden genomen én waarin het handelen van de reclasseringswerker door de cliënt als waardevol wordt ervaren (of wordt geaccepteerd).

4 Victas

4.1 Opzet en verloop

Dit hoofdstuk omschrijft de werkwijze bij Victas. In de omschrijving is aandacht voor verschillende kanten van de werkwijze: inhoudelijk en de proceskant (en daarmee ook de organisatorische kant). Victas was de eerste instelling waar de pilot startte. In de eerste en tweede tussenrapportage zijn de bevindingen uitgebreid beschreven, die rapporten functioneerden dan ook als 'warme overdracht' naar de twee andere instellingen voor verslavingsreclassering. Zo kon de best practice unit op basis van de ervaringen bij Victas sneller worden samengesteld en kon men vanaf de start concreter aan de slag met wraparound care door de geclusterde principes. De 'verkennende fase' bij Victas heeft voor een concretisering gezorgd. De eerste bijeenkomst bij Victas vond plaats op 17 maart 2010, de laatste op 27 juni 2013. Hiermee is Victas de langlopende pilot geweest. Hierdoor konden er ook meerdere metingen (bijlage één en twee) plaatsvinden, wij presenteren die in samenvattende wijze en verwijzen naar bijlagen vijf en zes voor een uitgebreide weergave van deze metingen.

4.2 Samenstelling

In overleg met de teamleiders van de afdeling reclassering en GAVO (forensisch casemanagement) en de unitmanager van beide afdelingen is de best practice unit samengesteld. De best practice unit (bpu) bestaat uit de teamleider van van GAVO en de werkbegeleider van de reclassering, vier reclasseringswerkers, twee GAVO werkers en de onderzoekers. De werkgroep wordt ondersteund door een administratief medewerker en vormt het hart van het onderzoek: zij gaan de pilot dragen en de uitgangspunten/principes definiëren, uitproberen, aanscherpen en toetsen. De werkgroep komt twee keer per maand bijeen.

Daarnaast wordt het **projectmanagement** samengesteld. Het projectmanagement bestaat uit de teamleiders van reclassering en GAVO en de werkbegeleider van de reclassering. De unitmanager wordt geïnformeerd en is op afroep aanwezig. Het projectmanagement komt twee keer per maand bijeen en:

- zorgt ervoor dat alles wat noodzakelijk is om wraparound care in te voeren geregeld wordt;
- bewaakt de voortgang;
- bepaalt welke cliënten instromen en wie de regievoerder is.

4.3 Selectie

Aanvankelijk werden instroomcriteria vastgesteld. Gedurende de pilot bleek het om zowel praktische (instroom) als inhoudelijke redenen beter om die te verbreden en werden cliënten met problematiek op meerdere leefgebieden geselecteerd om deel te nemen.

4.4 Metingen

Bij Victas zijn verschillende metingen verricht. Daar het de eerste keer was dat de startmeting werd verricht zijn ook interviews afgenomen bij relevante stakeholders om zo indicatoren te formuleren waar effecten van wraparound care zichtbaar zouden kunnen zijn.

4.4.1 Startmeting

De startmeting is ingevuld door in totaal 59 mensen van verschillende ketenorganisaties. In bijlage 5 worden de scores uitgebreid toegelicht. Tabel 4.1 geeft de verschilscore weer.

Tabel 4.1

Hoofdaspecten en verschijscores, Victas

Hoofdaspect	Vershil
Eigen regie	1.06
Duidelijkheid traject	1.62
Een team	1.60
Creativiteit	1.50
Continuïteit	1.82

De grootste verschillen (geïnterpreteerd als prioriteiten) tussen wat gewenst wordt en hoe het beleefd wordt liggen bij de continuïteit, duidelijkheid en teamgerichtheid. Het gaat hier om een betrouwbaar resultaat aangezien voor zowel de berekeningswijze op basis van de globale aanwezigheid score als die op basis van de deelaspecten de zelfde 2 prioriteiten (duidelijkheid en continuïteit) naar voren komen. In bijlage vijf wordt dit verder toegelicht en worden de antwoorden op de open vragen eveneens besproken.

4.4.2 Tussenmeting

In februari 2012 heeft een tweede meting onder de professionals van de best practice unit plaatsgevonden. In bijlage twee wordt de vragenlijst weergegeven. Tijdens deze tweede meting werden alle tien de principes van wraparound care bij de professionals bevestigd. In hoofdstuk twee werden theoretische redenen besproken om de principes te zien als één van de vormen waarin wraparound care manifest kan zijn, waarbij werd aangekaart dat een clustering van de principes mogelijk wenselijk is om het 'werkbaar' te houden. Deze theoretische overweging kan empirisch worden ondersteund op basis van 1) eerder onderzoek binnen de Utrechtse jeugdzorg en 2) de ervaringen van de professionals binnen de best practice unit van Centrum Maliebaan. Tabel 4.2 geeft een overzicht van verschillende scores per principe. Zo wordt besproken in welke mate het principe in het algemeen belangrijk wordt gevonden, in welke mate een principe in de huidige situatie (algemene werkwijze) aan de orde is en in welke mate het principe aan de orde is in de werkwijze in de pilot. Hierbij stond 1 voor zeer onbelangrijk en 5 voor zeer belangrijk. Vervolgens is een prioriteitscore berekend (het verschil tussen de mate waarin een principe belangrijk wordt gevonden en de mate waarin er sprake van is in de huidige situatie/de toepassing in de pilot). Hoe hoger het cijfer, hoe groter het verschil en daarmee hoe meer prioriteit.

Tabel 4.2

Overzicht principes mate van belangrijkheid, gemiddelde huidige situatie en prioriteit vervolg

Principe	Gemiddeld Belangrijk	Gemiddeld Huidige situatie	Toepassing in pilot	Prioriteit Algemeen	Prioriteit Vervolg pilot
Cliënt spreekt zich uit	4.6	3.2	4.4	1.4	0.2
Gebaseerd op teamwerk	4.4	2.2	3.2	2.2	1.2
Netwerkondersteuning	4.0	2.8	3.2	1.2	0.8
Samenwerking	4.4	2.8	3.4	1.6	1.0
Outreachend	4.8	4.2	4.8	0.6	0
Cultureel bekwaam	4.8	4.2	4.8	0.6	0
Op maat	4.8	4.0	4.4	0.8	0.4
Eigen kracht als basis	4.4	3.4	4.4	1.0	0
Doorzettingsvermogen	3.8	3.0	3.8	0.8	0
Resultaatgericht	4.2	2.6	3.4	1.6	0.8

1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk, 1= bijna nooit, 5 = zeer vaak

In bijlage zes worden de scores geïllustreerd met uitspraken uit interviews met de werkers. Samengevat blijkt het inzicht in wraparound care (en de bruikbaarheid) daarvan te groeien. Deze fasen van het onderzoek, die duidelijk experimenteel en zoekend van karakter waren, hebben verschillende leerpunten opgebracht. Deze worden in de volgende paragraaf besproken.

Het team benoemt in het algemeen dat de uitgangspunten van wraparound care goed, handig en bruikbaar zijn. Tegelijk is het steeds zoeken: wat is wanneer en voor wie bruikbaar? De medewerkers vertellen:

“Je kunt niet alle wrap principes op iemand loslaten, sommige hebben tijd nodig. (...) Een van de belangrijkste dingen vind ik dat je vrij sterk commitment probeert te creëren om gezamenlijk een probleem aan te pakken, heel gericht waarbij de cliënt centraal staat. En wat voor mij een extra element is, is dat je het netwerk probeert te mobiliseren”.

“Ik zou het niet voor elke cliënt doen. Een cliënt met niveau 1 die je 1 keer in de 3 a 4 weken ziet en iemand moet een leefstijltraining en zich bij mij melden. En hij gaat naar leefstijltraining en dat gaat prima, hij werkt en hij komt bij mij. Dan denk ik niet van: we moeten met het netwerk bij elkaar zitten. Ik zou dat eerder doen bij mensen waar er veel aan de hand is. Dat er op allerlei leefgebieden dingen spelen wat betreft: scholing, werk, huisvesting, financiën, gedrag etc.”

4.4.3 Leerpunten uit de pilot: lessen voor het vervolg

Tijdens de bespreking van de tussentijdse meting met de best practice unit is aan de professionals gevraagd te komen tot een zekere ordening (clustering) van de principes. Dit door de werkers te vragen afzonderlijk de principes (als kaarten op tafel gelegd) te ordenen op basis van hun ervaringen in de best practice unit. Vervolgens zijn de verschillende ordeningen vergeleken, waarbij overeenstemming werd bereikt over een mogelijke ordening die ondersteunend kan werken in zowel het handelen van de professional als in de casuïstiekbespreking. De voorgestelde ordening wordt weergegeven in tabel 4.3.

Tabel 4.3

De principes herzien volgens de best practice unit

Hoofdprincipe (kenmerk)	Deelprincipes
Cliënt centraal	Cliënt spreekt zich uit, eigen kracht als basis
Doelgericht	Doorzettingsvermogen, resultaatgericht
Op maat	In de wijk, cultureel bekwaam
Samenwerking	Netwerkondersteuning, teamwerk

De ervaring van de professionals vertoont overeenkomsten met zowel de eerder geformuleerde hoofdaspecten waarop het werken volgens wraparound care zichtbaar kan zijn in de ketensamenwerking (eigen regie, duidelijkheid, teamgerichtheid, creativiteit en continuïteit) als met eerder onderzoek in de Utrechtse jeugdzorg (Colijn & Schamhart, 2012). Waar uit een factoranalyse bleek dat het onderscheidend vermogen van de principes beperkt is en meer dan 80% van de variatie in de antwoorden verklaard kon worden door een combinatie van drie basisconcepten: 'empowerment/eigen kracht', 'samenwerking' en 'monitoren/evalueren' (Colijn & Schamhart, 2012, p. 40). Deze drie basisconcepten vertonen conceptueel overeenkomsten met de toelichting van de professionals op de hoofdprincipes uit tabel 4.2. De toelichting

vertoont ook overeenkomsten met de eerder geschetste fundamentele uitgangspunten (gepositioneerd als paradigmawisseling) in hoofdstuk twee.

Op basis van de ervaringen van de pilot met wraparound care, uitgevoerd in de best practice unit van Victas, kunnen de tien principes van wraparound care in bruikbaar (en geclusterd) perspectief worden geplaatst. De onderscheidende kenmerken van de principes bleken van verschillende aard en vertoonden overlap. De eerste maanden werd door de best practice unit tijdens de bespreking van casuïstiek veel aandacht besteed aan de verschillende principes. Dit bleek regelmatig te leiden tot verwarring. Hoewel definiëring en verkenning van de bruikbaarheid van de principes onderdeel is van het onderzoek, betekent dit niet dat de principes op zichzelf altijd in dezelfde vorm centraal hoeven staan. De principes worden opgevat als een van de manifestaties waarin wraparound care zich kan voordoen. De essentie van wraparound care werd in de theoretische verkenning tweeledig geduid als herwaardering van de positie van de cliënt én de professionals (als cirkel om de cliënt) en een specifieke wijze van coördinatie en samenwerking in één continue lijn (Hermanns & Menger, 2012).

De herwaardering van cliënt heeft betrekking op de erkenning (en het centraal stellen) van de cliënt (in zijn sociale context) als iemand met eigen wensen, doelen, probleemdefiniëringen en iemand die de regie op zijn leven wil herwinnen en dit kan vatten in een samen op te stellen plan. De regie is in handen van de cliënt samen met een professional die het hele traject betrokken is, deze professional is een generalist en een 'professional friend'. Samen met andere professionals (indien nodig specialisten) en mensen uit het netwerk van de cliënt wordt gewerkt naar einddoelen: herwinning van regie over eigen bestaan en een geïntegreerd bestaan. Wraparound care vormt een paraplu waaronder de activiteiten (hoe wordt hieraan gewerkt) geschaard kunnen worden. Het clusteren van de principes zorgt voor uitgangspunten van deze paraplu die als 'ankerpunten' kunnen dienen tijdens de casuïstiekbepreking:

5. Cliënt centraal
6. Doelgericht
7. Samenwerking
8. Op maat

De best practice unit definieert 'op maat' als het bepalen wat bijvoorbeeld 'outreaching' en 'cultureel bekwaam' bij de specifieke cliënt kunnen inhouden. Op maat benadrukt hiermee de noodzaak tot voortdurende concretisering wat de uitgangspunten in een specifieke situatie kunnen inhouden. De overige drie uitgangspunten sluiten aan bij omschreven paradigmawisseling én wijze van organiseren (als cirkel om de cliënt) en sluit aan bij de basisconcepten uit de factoranalyse van eerder onderzoek. Ze vertonen, qua ordening, ook overlap met de aspecten uit de startmeting, waarin wordt gekeken naar zichtbare effecten op ketenniveau wanneer wraparound care wordt ingezet.

In het werken in de best practice unit ligt het voor de hand uit te gaan van de omschreven clustering, als ankerpunten en paraplu voor het duiden van (en reflecteren op) handelen, afwegen van handelingsperspectieven en het introduceren van het wraparound care gedachtegoed. De clustering is hiermee, afhankelijk van de voorkeuren van de professionals, mogelijk direct een structuur om het overleg vorm te geven. Het casuïstiek model (bijlage 3) is een voorbeeld van een instrument om invulling te geven aan de bespreking.

4.5 Aandacht voor wraparound care

Gedurende de pilot is er op verschillende wijzen aandacht geweest voor wraparound care. Doordat de professionals inmiddels zeer ervaren zijn, hebben de professionals ook geparticipeerd op verschillende congressen waar wraparound care aandacht kreeg. In de volgende paragrafen worden enkele hoogtepunten besproken.

4.5.1 Bezoek vanuit het Ministerie van Veiligheid en Justitie

Op 15 augustus 2012 bracht de heer Michel Groothuizen, directeur Sanctie- en Preventiebeleid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, samen met Edwin Ten Holte, directeur Verslavingsreclassering een werkbezoek aan Centrum Maliebaan om geïnformeerd te worden over wraparound care als methodiek uitgevoerd door de verslavingsreclassering. Bij dit werkbezoek waren verder aanwezig: beleidsmedewerkers van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, beleidsmedewerkers van de verslavingsreclassering, alsmede Anneke Menger van het lectoraat "Werken in een Justitieel kader". Vanuit Centrum Maliebaan waren leden van de werkgroep aanwezig en Josien Leurdijk, Unitmanager van Reclassering en GAVO. De inhoudelijke presentatie over Wraparound care werd extra onderbouwd door casuïstiek, toegelicht door reclasseringswerkers en door een cliënt die in gesprek ging met een tweetal leden van de delegatie. In de discussie die volgde werd onder meer ingegaan op de versnippering van begeleiding aan reclasseringscliënten door de veelvoud van professionals die hierbij zijn betrokken en de gevolgen die dit heeft voor de continuïteit van de begeleiding. Ook werd ingegaan op het gebrek aan tijd van de reclasseringswerkers om met een complexe groep te werken die als gevolg van het recidiverisico in een laag toezichtsniveau wordt ingedeeld, terwijl je uit preventieoverwegingen deze groep in een hoog toezichtsniveau zou moeten indelen. De delegatie van het Ministerie kon zeker meegaan in deze redenering. Concreet betekent dit dat cliënten die deelnemen aan de pilot ingedeeld mogen worden in niveau 3 van het toezicht. Dit is al een van de eerste successen en erkenning van de meerwaarde van wraparound care.

4.5.2 Wraparound care op congressen

Wraparound care komt steeds meer in de belangstelling. Steeds vaker wordt de projectgroep gevraagd om een workshop te komen geven op congressen. Op deze congressen wordt er vrijwel altijd gekozen voor een combinatie van reclasseringswerkers/casemanagers en onderzoekers. Sinds het vorige tussenrapport is er op de onderstaande congressen een workshop gegeven:

- Deelsessie Landelijk congres van de Vereniging voor Kriminologie
- Medewerkersdag bij Centrum Maliebaan
- Deelsessie bij Landelijk congres Vakmanschap van de Reclasseringswerker vanuit het lectoraat Werken in Justitieel Kader van de Hogeschool Utrecht
- Lunchlezing bij het DOK (een forensisch psychiatrische polikliniek)
- Deelsessie bij de Themadag voor justitieel verpleegkundigen
- Deelsessie bij de Kennismarkt Hogeschool Utrecht op 22 november 2012
- Lunchlezing bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) op 21 januari
- Plenaire lezing bij het congres Geboeide schakels, ketensamenwerking tijdens en na detentie op 17 januari 2013
- Lezing bij het congres/conferentie Lang leve bemoeizorg vanuit de Rino groep op 21 januari 2013

4.5.3 Als onderdeel van de beleidsvisie

De ervaringen met wraparound care waren voor de beleidsmakers en het management aanleiding om wraparound care te vergelijken met de huidige visie van de organisatie en de mate waarin het aansluit bij de forensische zorglijn. Inmiddels is dit geïntegreerd in het behandelaanbod van de forensische zorglijn, zo staat omschreven het in Victas Forensisch Werkdocument:

“In de behandeling wordt aangesloten bij de mogelijkheden van de cliënt. De behandeling is individueel en vraaggericht: aard en inhoud van de ondersteuning worden bepaald aan de hand van de individuele wensen, hulpvraag en behoeften van de cliënt, zodat zorg op maat kan worden geboden. Hierbij is het niet “u vraagt wij draaien”, maar staat de dialoog centraal. Vragen en wilsuitingen van de cliënt wegen wij in het licht van : zijn stoornis en handicap, zijn ontwikkelingsfase, zijn culturele en levensbeschouwelijke context, leeftijd, consequenties op korte en lange termijn.

Om onze visie uit te dragen is er gekozen om tevens Wraparound care te integreren in ons behandelaanbod.” uit Victas Forensisch (F)ACT werkdocument).”

Wraparound care blijkt volgens deze ontwikkeling een manier om een visie op behandeling uit te dragen en kan als sturingsinstrument werken voor het handelen van de professional.

5 BoumanGGZ

5.1 Opzet

Op 4 mei 2012 vond de eerste bijeenkomst plaats met de werkgroep van BoumanGGZ. Tijdens deze bijeenkomst werd het doel van het onderzoek besproken en de samenstelling van de werkgroep. Tevens werden de uitgangspunten van het onderzoek geëxpliciteerd, bijvoorbeeld het handelingsgerichte karakter van het onderzoek en de plaats van de nulmeting. In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de pilot bij BoumanGGZ besproken. Voor een uitgebreidere weergave van de uitspraken van de professionals en cliënten wordt verwezen naar hoofdstuk drie, waar de ervaringen zijn gebundeld. Dit hoofdstuk gaat met name in op de mogelijke instellingsspecifieke factoren.

5.2 Samenstelling

De werkgroep bij BoumanGGZ is samengesteld uit een werkbegeleider van toezicht en drie toezichthouders. Vanaf de start zijn de rollen verdeeld, waarbij de onderzoeker vooralsnog eveneens de rol van notulist en voorzitter op zich neemt.

5.3 Selectie

Een van de leerresultaten bij Victas was dat selectie op basis van complexiteit bruikbaar bleek. Vanaf de start is bij BoumanGGZ besloten cliënten te selecteren op basis van complexiteit van problematiek, hiermee wordt bedoeld dat er sprake moet zijn van problematiek op tenminste twee leefgebieden. Gedurende het onderzoek wordt geregistreerd welke opvattingen over 'complexiteit' de werkers hebben en wordt getracht te streven naar een variëteit in complexiteit. Tijdens de pilot bleek dat niet alle voorgenoemde selecties haalbaar waren (bijvoorbeeld het in de tweede tussenrapportage genoemde experiment rondom de samenwerking met gevangeniswezen). Tegelijk bleek dat de 'selectie' van cliënten zich op natuurlijke wijze uitbreidde: ook bij cliënten die niet in de pilot meededen werd gewerkt met de uitgangspunten van wraparound care. Uiteindelijk hebben formeel vier cliënten geparticipeerd in de pilot.

5.4 Verloop pilot

De best practice unit kwam om de week bij elkaar. Wisselend vond er casuïstiek plaats op basis van het casuïstiek model (bijlage 3) waarbij werkers de clusters als uitgangspunt gebruiken voor hun inbreng. Deze casuïstiek werd regelmatig opgenomen en gebruikt als onderzoeksdata. Daarnaast werden verschillende thema-bijeenkomsten gehouden, onder andere over desistance, het sociale netwerk en de eigen kracht.

5.5 Metingen

De vragenlijst is uitgezet (startmeting), studenten hebben interviews met de professionals gehouden (tussenmeting) en er vonden aan het einde van de pilot interviews plaats met de professionals en cliënten. De eindmeting is gebundeld weergegeven in het vorige hoofdstuk. Dit hoofdstuk bespreekt daarom met name de vragenlijst en vat kort de bevindingen samen.

5.5.1 Startmeting

De vragenlijst werd uitgezet door de stakeholders te benaderen die door de professionals werden aange-
wezen. Dit bleek om meerdere reden problematisch: de instellingen waren of in een reorganisatie, druk of
er was weinig animo. Op meerdere momenten is een herinnering verzonden rondom de vragenlijst, met
beperkt resultaat. Uiteindelijk hebben 30 respondenten de enquête ingevuld, werkzaam op vijf verschillen-
de plaatsen, waarvan vier binnen BoumanGGZ. Tijdens een van de eerste bijeenkomsten werd de interne
samenwerking als aandachtspunt benoemd. De startmeting was daarom uiteindelijk bruikbaar omdat het
ervaringen binnen de eigen organisatie helder in beeld bracht.

Conform de analyse bij Victas werden prioriteitsscores berekend voor de hoofdaspecten, deze staan
weergegeven in tabel 5.1.

Tabel 5.1

Hoofdaspecten en verschijscores, BoumanGGZ

Hoofdaspect	Belangrijk	Nu aanwezig	Vershil
Eigen regie	3.00	1.61	1.38
Duidelijkheid traject	3.89	2.11	1.77
Een team	3.32	1.57	1.74
Creativiteit	3.57	2.03	1.53
Continuïteit	3.22	1.54	1.68

1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk, 1= bijna nooit, 5 = zeer vaak

Uit deze verschijscores (geïnterpreteerd als prioriteitsscores) blijkt dat het grootste verschil (geïnterpre-
teerd als prioriteit) ligt bij duidelijkheid traject, een team en continuïteit. Het minst aanwezig is continuïteit.
Eigen regie wordt het minst belangrijkst gevonden. Voor de pilot betekent dit dat op zijn minst aandacht
moet zijn voor deze hoofdaspecten.

De antwoorden op de open vragen bevestigden en nuanceren dit beeld:

Eigen regie

Eén professional werkzaam op een van de 'zorgafdelingen' van BoumanGGZ antwoordt dat de cliënten
wel de mogelijkheid hebben te bepalen welke kant hij op wil, maar dat het ziekteinzicht beperkt is en dat
met name door 'oude schulden' ze nauwelijks met een schone lei kunnen bevinden. Een andere respon-
dent van de reclassering geeft aan dat het afhankelijk is van de werker of de cliënt regie heeft over zijn
traject. Een andere respondent stelt: "ze hebben de regie over het uitvoeren van de opgelegde opdrach-
ten".

Duidelijkheid

De doorstroom binnen BoumanGGZ wordt door enkele respondenten genoemd als probleem op het ge-
bied van duidelijkheid. Daarnaast antwoordt één professional dat er te veel ketenpartners bij een cliënt te
betrokken zijn. "Trajecten zijn standaard voor een grote doelgroep, pas je niet binnen de doelgroep dan is
maatwerk moeilijk inpasbaar en wordt de cliënt vaak onterecht ontslagen uit de behandeling" aldus een
professional. Verschillende respondenten pleiten voor meer duidelijkheid over de duur van de behandeling
en een duidelijkere monitoring.

Eén team

Respondenten geven aan dat er wel overleg plaatsvindt, maar dat de ketenpartners niet één team vormen en elkaar soms tegenwerken. De kwaliteit van de samenwerking is volgens één respondent afhankelijk van de individuele werker. Een respondent doet verbetersuggesties: meer real-life overleg, meer kennis-overdracht en kortere lijnen.

Creativiteit

Respondenten geven aan dat er ruimte is voor creativiteit, maar dat praktische zaken (zoals wonen, werken en financiën) vaak een struikelblok zijn. Een andere respondent stelt dat op individuele niveau je creatief kan zijn.

Continuïteit

De continuïteit wordt volgens een van de respondenten bedreigd doordat er nog geen structureel overleg is tussen reclassering en behandelaren. Een andere respondent stelt dat het afhankelijk is van de werkers of de begeleiding wel/geen geheel vormt en dat dit 'geheel' voor de cliënt vaak niet zichtbaar is. De meeste respondenten geven aan dat de begeleiding geen geheel vormt en er meer afstemming nodig is.

5.5.2 Tussenmeting

Uit de interviews van de studenten (Ten Tusscher, Odink & Sielias, 2013) blijkt dat de professionals die in de pilot deelnemen wraparound care als een waardevolle meta-methodiek zien. Met name de clusters 'cliënt centraal' en het werken met het formele en informele netwerk worden gezien als waardevol. Het betrekken van het sociaal netwerk middels het in kaart brengen van het sociaal netwerk en het leggen van contacten met het informele netwerk, bijvoorbeeld met de dominee van een cliënt, was vanaf de start een van de aandachtsgebieden.

De professionals geven te kennen dat de 'cliënt centraal' stellen om lef vraagt: je moet de regie een stukje durven delen en geven. Daarnaast, zo concluderen de studenten in hun onderzoek, vraagt wraparound care nog wel om een duidelijke afbakening.

De geclusterde principes blijken tijdens de eerste bijeenkomsten bij BoumanGGZ houvast te bieden. Zo gaan de professionals aan de slag met het in kaart brengen van het netwerk van de cliënt (middels 'de bloem') en verkennen ze de mogelijkheden om de cliënt eigen doelen te laten formuleren en te kijken in welke mate het informele en formele netwerk een bijdrage kan leveren aan deze doelen. Tegelijk worden grenzen en uitdagingen zichtbaar: hoe om te gaan met onmacht en hoe de cliënt als expert centraal te stellen, hoe de betekenisgeving van de cliënt serieus te nemen zonder direct te 'psychopathologiseren'. Bij het in kaart brengen van het netwerk blijken cliënten enthousiast, dit lijkt een vorm van 'de kracht van de cliënt centraal stellen'.

5.6 Contextspecifieke bevindingen: grenzen en dilemma's

Daarnaast zijn vanaf de start ook dilemma's, uitdagingen en grenzen zichtbaar. Deze begeven zich op verschillende dimensies. Allereerst is er voortdurend de uitdaging van tijd(sdruk). Werkers ervaren veel druk waardoor het soms lastig is om tijd en aandacht te vinden voor wraparound care. Binnen de toezicht-

unit zijn er veel veranderingen, waardoor het een voortdurende uitdaging is om aandacht te hebben voor wraparound care.

Tijdens de besprekingen worden ook grenzen van andere aard zichtbaar. Wij bespreken er enkele. Deze dilemma's blijken echter niet contextspecifiek en worden herkend door de andere instellingen. Wel worden ze hier ook genoemd omdat het de ontwikkelingen in de pilot bij BoumanGGZ illustreert en deze dilemma's onderwerp van gesprek waren.

- Vermeende onmacht van de cliënt: een van de professionals bespreekt een vermoeden van onmacht bij een van de cliënten. Zij legt uit dat de cliënt geen idee heeft over eigen doelen of gevolgen kan inschatten van eigen handelen. Als voorbeeld noemt zij dat cliënten soms stellen dat de werker de doelen wel mag bepalen en dat dit al "erg genoeg is". Tijdens de bijeenkomst wordt besproken dat het werken aan die onmacht juist onderdeel kan zijn van 'cliënt centraal' en dat de besproken paradigmawisseling van professional als expert naar cliënt als expert ook zichtbaar is in beleving van de cliënten. Het formuleren van doelen van de cliënt blijkt soms complex. Om de professionals hierbij te ondersteunen wordt overwogen op korte termijn een training 'oplossingsgericht werken' te organiseren waarbij het vragen naar de kracht en wensen van de cliënt centraal staat.
- Hoe omgaan met netwerk: een toezichthouder legt uit dat in het netwerk van de cliënt veel speelt en mensen allerlei verschillende belangen hebben. Zij wordt op meerdere momenten gebeld door het betrokken netwerk en benoemt dat ze haar rol in deze lastig vindt. In welke mate kan een toezichthouder interveniëren in deze gezinsverbanden? Het lijkt niet altijd haalbaar om het netwerk te betrekken omdat er veel spanning is en iedereen in het netwerk iets anders vindt. Tijdens de bespreking wordt hiermee wel zichtbaar hoe lastig het voor de cliënt dan wel moet zijn wanneer hij zich voortdurend moet verhouden tot mensen met een andere opvatting over zijn leven. De uitdaging die hier zichtbaar wordt is hoe het betrekken van netwerk soms twijfels kan oproepen over de rol van de toezichthouder.
- De grenzen van de reclassering: tijdens de bijeenkomsten wordt actief gekeken naar (vermeende) grenzen van de reclassering. Zo werd besproken hoe doelen van de cliënt niet altijd serieus worden genomen. Bijvoorbeeld wanneer de cliënt aangeeft dat hij enkel huisvesting nodig heeft. De professional omschrijft hoe de reactie van de reclassering vaak is uit te leggen dat de reclassering "geen woningbouwvereniging" is of "geen huizen kan toveren uit de hoge hoed". Zij legt uit hoe het werken aan dit doel doorgaans enkel plaatsvindt in combinatie met behandeling vanuit de opvatting dat er sprake is van psychopathologie. Rondom dit thema wordt gebrekkige samenwerking met bijvoorbeeld de woningbouw ervaren en de neiging van de (verslavings)reclassering om te psychopathologiseren: de vraag van de cliënt wordt doorgaans serieus genomen wanneer het wordt gekoppeld aan bijvoorbeeld een (klinische) behandeling. De ervaren ruimte om los van een behandeling en in samenwerking met bijvoorbeeld de woningbouw praktische zaken te regelen is beperkt. De professional spreekt tijdens het overleg de wens uit om op dit vlak samenwerking te zoeken en hier wat voor te organiseren

Tijdens een van de laatste bijeenkomsten werd met de professionals besproken of en op welke wijze wraparound care als meta-methodiek ook door andere collega's ingezet zou kunnen worden. Er werd gekeken naar organisatorische randvoorwaarden en inhoudelijke/methodische aandachtsgebieden. Tijdens dit gesprek werd geconcludeerd dat wraparound care in het begin (bij het opstarten) meer tijd kan kosten, maar dat de hoop (en gedachte) is dat de investering uiteindelijk meer oplevert en dat er daardoor sprake is van meer commitment.

5.6.1 Wraparound care: een andere vorm van (professional) agency

Een belangrijke conclusie die werd getrokken is dat wraparound care van de reclasseringsprofessional *oprechte lef* vraagt en *echte nieuwsgierigheid* naar de cliënt en *de professionele bevlogenheid* om verschil te kunnen maken. Wraparound care formuleert hiermee een visie, uitgedrukt in clusters en uitgangspunten, die *recht doen* aan de opvattingen van de opvattingen van de professionals over hun werk. In de verhalen van de professionals was *vertrouwen in de cliënt* hoorbaar: vertrouwen in de kracht van de cliënt, in de mogelijkheden, in het netwerk en vertrouwen in de betekenisgeving van de cliënt. Dit vertrouwen lijkt een andere beleving van agency van de professional te illustreren: je geeft een stukje uit handen, je experimenteert. Dit vraagt om lef én oprechte betrokkenheid. De conclusie van de professionals was dat wraparound care als meta-methodiek binnen de organisatie geïntegreerd zou kunnen worden door bijvoorbeeld het casuïstiekmodel te introduceren bij de casuïstiekbespreking. Het geeft daarmee woorden aan een visie die volgens de professionals iedere reclasseringswerker zou moeten hebben. Daarnaast doet het recht aan de activiteiten die de toezichthouder sowieso verricht naast en in het kader van risicobeheersing.

Hiermee zien de professionals ook potentie om wraparound care in te zetten in samenwerkingsrelaties. Met de pilotgroep wordt nagedacht om de ervaringen in de pilot op compacte wijze te presenteren aan collega's en informele en formele ketenpartners.

6 Tactus: reflecties over samenwerking en een reconstructie van goede praktijken

Dit hoofdstuk bespreekt het verloop, de ontwikkelingen binnen en de resultaten van de wraparound care pilot bij Tactus. Enkele onderdelen uit dit hoofdstuk zijn bewerkte onderdelen uit de masterthese van Jessica Steur (2013).

6.1 Opzet

In overleg met het hoofd bedrijfsvoering is de best practice unit samengesteld: twee professionals namen deel aan de pilot. Een van de professionals houdt zich met name bezig met tijdelijke huisverboden en de andere professional heeft een achtergrond in de jeugdzorg. Inhoudelijk werd hierdoor in het onderzoek weer een nieuwe focus aangebracht. De procedure rondom tijdelijke huisverboden kent een nauwe samenwerkingsstructuur en vraagt om een warme overdracht, de pilot inzichtelijk maken op welke wijze een dergelijk gestructureerde aanpak aansluit bij de uitgangspunten van wraparound care. Daarnaast is het interessant om te zien op welke wijze werkervaring in de jeugdzorg bijdraagt aan de wijze waarop een reclasseringstoezicht invulling kan krijgen met wraparound care als uitgangspunten. Met de professionals en het hoofd bedrijfsvoering werd een plan gemaakt om invulling te geven aan de bijeenkomsten. Er werd gekozen om zowel stil te staan bij (wraparound care) thema's als casuïstiekbesprekingen.

Tevens werd de startmeting onder relevante stakeholders uitgezet. De meting werd opgezet, geanalyseerd door Jessica Steur. Daarnaast was er sprake van een instellingsspecifieke focus in het (deel)onderzoek van Jessica. Deze focus en de theoretische invalshoek wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

6.1.1 Specifieke aandacht voor de samenwerking met politie

Naast de algemene vraag naar op welke vorm en op welke wijze de principes van wraparound care bruikbaar zouden kunnen zijn werden in overleg met de opdrachtgever specifieke onderzoeksvragen opgesteld rondom de samenwerking met politie, dit vormde de masterthese van Jessica Steur, inmiddels cum laude afgestudeerd. Samengevat hadden deze onderzoeksvragen betrekking op de wijze waarop de samenwerking tussen Tactus verslavingsreclassering en de politie Twente wordt ervaren en in welke mate wraparound care en de concepten police-probation partnerships en de loosely coupled system theorie toepasbaar zijn op deze samenwerking.

De loosely coupled system theorie (Alarid et al, 2011) heeft betrekking op de mate van koppeling van organisaties in relatie tot de (ervaren) mate van wederzijdse verbintenis door een gemeenschappelijk doel. De koppeling wordt onder andere beïnvloed door de bereidheid om informatie en macht te delen en de waardering voor de achtergronden van de verschillende organisaties. De police-probation partnerships (Parent & Snyder, 1999) omschrijven verschillende soorten van samenwerking met de politie als keten-

partner en helpt daarmee in de duiding van wat voor type samenwerking constructief werkt tussen de reclasseringswerker en politie.

Door middel van het afnemen van een vragenlijst, het bijwonen van de pilotbesprekingen het afnemen van interviews en het houden van een discussiegroep werd door de afstuderende student data verzameld om deze onderzoeksvragen te beantwoorden.

6.2 Startmeting: de vragenlijst

De vragenlijst (bijlage 1) werd verspreid onder de door de professionals aangegeven relevante ketenpartners. De vragen meten, zoals eerder vermeld, enkele kenmerken van wraparound care op kostenniveau: eigen regie, duidelijkheid, één team, creativiteit en continuïteit. De vragenlijst is ingevuld door 79 respondenten van in totaal zeventien ketenpartners.

In bijlage zeven is de factoranalyse weergegeven zoals uitgevoerd en opgenomen in de masterthese van Jessica Steur. Op basis van deze factoranalyse concludeert zij:

“Er zijn in totaal negen factoren gevonden met een Eigenwaarde groter dan 1. Gezamenlijk verklaren deze factoren 82,38 procent van de variantie in alle items. De vijf schalen lijken niet empirisch te onderscheiden en de meerderheid van de items laadt sterk op de eerste factor. De negen factoren zijn tevens niet tot ander herkenbare constructen te interpreteren. Dit pleit er wellicht voor dat de wraparound care methode als geheel gezien dient te worden” (Steur, 2013, p.28)

De vijf hoofdaspecten van de vragenlijst zijn door de respondenten gescoord op hoe belangrijk zij gevonden worden en in hoeverre ze op dit moment aanwezig zijn. De verschillen worden geduid als prioriteitscores. Tabel 6.1 laat de resultaten hiervan zien.

Tabel 6.1

Hoofdaspecten en verschillen, tactus

Hoofdaspect	Belangrijk	Nu aanwezig	Verskil
Eigen regie	3.88	3.04	0.82
Duidelijkheid traject	4.81	3.03	1.86
Een team	4.43	3.22	1.23
Creativiteit	4.62	3.26	1.37
Continuïteit	4.45	2.96	1.57

1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk, 1= bijna nooit, 5 = zeer vaak

Duidelijkheid van het traject, creativiteit en continuïteit geven relatief hoge verschillen. Tijdens de pilot verdienen deze hoofdaspecten aldus aandacht. Continuïteit blijkt volgens de respondenten momenteel het minst aanwezig. In bijlage acht is de bespreking van de resultaten uit de masterthese opgenomen. Hieronder wordt – zeer ingekort – weergegeven hoe er op de open vragen werd geantwoord.

Eigen regie

Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat het gedwongen kader, wachtlijsten en beperkingen van de cliënt voor kanttekeningen zorgen. Zo wordt bij eigen regie gesteld dat de eigen regie vaak moeilijk kan zijn door het gedwongen kader of beperkingen van de cliënt in de vorm van bijvoorbeeld een verstandelijke handicap, verslavingsproblematiek, en beperkte sociale vaardigheden.

Duidelijkheid

Bij duidelijkheid wordt door een respondent gesteld dat de samenhang tussen verschillende trajecten soms onlogisch is en er sprake is van versnippering: cliënten weten niet wat voor aanbod er is en wat ze waarom moeten doen. Andere respondenten pleiten voor eenheid in de aanpak door een regievoerder los van het toezicht.

Eén team

Wat betreft het werken in één team wordt gesteld dat door tijdgebrek er vaak niet overlegd kan worden en informatie-uitwisseling ingewikkeld kan zijn.

Creativiteit

De voorwaarden waar de cliënt zich aan moet houden en de bureaucratie zijn volgens enkele respondenten belemmerende factoren voor creativiteit. Andere factoren zijn werkdruk, financiën en wachtlijsten. Creativiteit zou volgens één respondent aangemoedigd kunnen worden door vertrouwen en behoeftegericht werken.

Continuïteit

Bij continuïteit wordt door één respondent gesteld dat er minder eenheid is en er meer direct overleg zou moeten zijn om de continuïteit te waarborgen.

6.3 Verloop pilot

Om verschillende redenen konden niet alle bijeenkomsten doorgaan, wel is er tijdens de besprekingen sprake geweest van een oriëntatie op de (geclusterde) wraparound care principes, het desistance perspectief en de betekenis van het werken in netwerken. De uitgangspunten van wraparound care werden naast de bestaande praktijk gelegd. Uit deze bijeenkomsten bleek dat de professionals zich herkenden in de geclusterde principes en dat de sessies bijdroegen aan bewustwording en samenhang in het werken op basis van de uitgangspunten van wraparound care. Eén professional is uitgevallen door ziekte. Derhalve werd gekozen om met de professional die nog in de pilot participeerde middels interviews best practices in kaart te brengen. Daarom dat dit hoofdstuk afsluit met een 'reconstructie van goede praktijken' waarin de overwegingen, afwegingen en het handelen van de professional wordt geëxpliciteerd.

6.3.1 Ontwikkelingen in de bijeenkomsten

De eerste bijeenkomsten stonden in het teken van het verkennen van wraparound care en het bespreken van de ervaringen uit de eerdere pilots. De verschillende clusters sloten gedeeltelijk aan bij de huidige praktijk van de werkers. Zo vertelde een professional dat zij gewend is om mij multidisciplinaire overleggen (MDO's) het informele netwerk te betrekken.

Tijdens een van de bijeenkomsten werden de verschillen door de werkers in beeld gebracht, tabel 6.2 is een weergave hiervan.

Tabel 6.2

Discussie verschillen wraparound care en reguliere werkwijze

Aspect	Reguliere werkwijze	Wraparound care
Sturing	Op basis van diagnostiek: de professionals vinden dit belangrijk omdat diagnostiek inzichtelijk maakt wat de ontwikkelingsmogelijkheden van iemand zijn.	Vraaggestuurd. Dit is lastig door wachttijden bij rechtbanken en het juridische kader. Maar binnen dit kader kan gezocht worden naar ruimte en mogelijke inspraak.
Probleemdefinitie	Door de professional op basis van een gesprek, de RISc en de zelfrapportage. De professionals geven aan dat hierbij rekening gehouden moet worden met eventuele persoonlijkheidsstoornis.	De cliënt definieert het probleem. Het is echter ook de taak van de reclasseringswerker om de cliënt te ondersteunen in het definiëren van het probleem: in samenspraak inzicht creëren.
Doelbepaling	De professional bedenkt vaak 'de oplossing'. Dit is wel een samenspel.	De cliënt bedenkt de oplossing, dit blijft een samenspel.
Probleem of herstel van regie als uitgangspunt	Probleemgericht: uitgangspunt blijft vaak het probleem. Bijvoorbeeld LVB jongen die moeilijk weerstand kan bieden, maar wel goed afspraken kan bijhouden tekent voortaan glaasjes in zijn agenda als hij niet mag drinken.	Op sterkte punten en krachten gericht. Werkers mobiliseren de kracht en vaardigheden van de cliënt en zetten deze in om zijn doelen te behalen. De cliënt wordt zo in zijn totaliteit gezien.
Waarborgen continuïteit	Voor de duur van het toezicht, ook met ifzo nog gaten, tegenwoordig wel justitieel casemanagement maar er blijven wachttijden.	Door samenstelling team met formeel en informeel netwerk kan continuïteit na toezicht worden gewaarborgd. De wachttijden, indicaties etc. blijven echter.

Deze vergelijking is tactus-specifiek: het betreft het resultaat van de oriëntatie van de werkers en vergelijking tussen wraparound care en de huidige praktijk. Het verschil is niet zo dichotoom als in de tabel geschetst wordt: zo is diagnostiek ook een wezenlijk onderdeel van wraparound care, zo bleek uit de discussie en de eerdere ervaringen.

Wraparound care wordt gezien als een kans om samenhang aan te brengen in bestaande goede praktijken en actiever samenwerking te zoeken met informele netwerken. Een van de professionals heeft naar aanleiding van de bijeenkomsten met de cliënt zijn netwerk in beeld gebracht ("het tekenen van de bloem"). Dit vormde aanleiding om verder in gesprek te raken over de (negatieve) invloed van zijn criminele broer en de mate waarin de cliënt positieve contacten kan gebruiken om zijn doelen te behalen.

De opzet van de aanpak bij tijdelijke huisverboden sluit volgens de professional aan bij de werkwijze van wraparound care, maar de overdracht én het betrekken van het systeem van de cliënt zou een verrijking kunnen zijn. Daarnaast kan 'cliënt centraal' concreter invulling krijgen door het bespreken met de cliënt in plaats van enkel met ketenpartners en meer aandacht hebben voor wat goed gaat.

6.4 Samenwerking Tactus verslavingsreclassering en politie Twente

Door Jessica Steur zijn vijf reclasseringswerkers en vijf medewerkers van de politie Twente geïnterviewd. Uit deze interviews blijkt dat in overleggen de samenwerking als goed wordt ervaren en wraparound care principes zichtbaar zijn. Daarbuiten is volgens enkele professionals te beperkte informatie-uitwisseling en samenwerking. Daarnaast zo de kracht van de samenwerking vaak te veel afhankelijk zijn van individuen. De aanpak huiselijk geweld wijkt hier in positieve zin van af, deze samenwerking wordt als zeer goed ervaren. In de masterthese is een uitgebreide bespreking van de interviews, de principes en de theoretische concepten rondom samenwerking terug te vinden. Enkele van de hoofdconclusies:

Police-probation partnerships

De ideale samenwerking bestaat volgens zowel Tactus als de politie uit korte lijntjes, elkaar kennen en kunnen vinden, weten wat de functie van de ander inhoudt en daarop in kunnen spelen, meer structureel overleg en elkaar voorzien van informatie (Steur, 2013, p.45)

De verwachtingen van elkaar zijn vergelijkbaar: op de hoogte worden gehouden en van elkaar weten waar je mee bezig bent. Een aandachtspunt is nog de openheid en bereidwilligheid om informatie te delen (en duidelijkheid over wat mag). Het uitwisselen van informatie (information-sharing partnerships) blijkt de belangrijkste vorm van samenwerking naast het samenwerken om specifieke problemen te verminderen (specialized enforcement partnerships) zoals bij huiselijk geweld.

Loosely coupled system theorie

De samenwerking wordt door de respondenten als te incidenteel ervaren en de juiste informatie blijkt niet altijd de juiste plaats te bereiken. De samenwerking rondom huiselijk geweld wordt positief gewaardeerd en als voorbeeld van goede praktijk genoemd. De informatie-uitwisseling buiten de overleggen vraagt aandacht. Er is duidelijk behoefte aan structureel contact buiten de overleggen om te voorkomen dat het wel of niet samenwerken afhangt van individuen.

De wraparound care principes worden met name herkend in de georganiseerde overleggen. Als bedreiging worden de reorganisatie van veiligheidshuizen, bezuinigingen en functiever verschillen genoemd.

Steur (2013) komt tot verschillende aanbevelingen, onder andere:

- Aan de start van het toezicht standaard contact met belangrijke contactpersonen en dit contact structureel onderhouden (niet enkel naar aanleiding van een incident)
- Het organiseren van een bijeenkomst zodat men elkaar kan leren kennen
- Het delen van (onderdelen van) systemen zodat er betere afstemming kan plaatsvinden

6.5 Een reconstructie van goede praktijken

Uit de pilotbesprekingen bleek dat de professionals al veel goede voorbeelden hadden van 'best practices' die aansluiten bij wraparound care. Door ontwikkelingen (en uitval) in de pilot werden de laatste bijeenkomsten ingericht als verkenning van deze best practices. De best practices worden weergegeven aan de hand van enkele 'kerndilemma's'.

Eigen regie: maar waar blijft mijn regie dan?

De professional vertelt dat een van haar cliënten terugkwam uit de kliniek waar hij conform het vonnis één jaar moest verblijven. De reclasseringswerker stelt dat zij en zijn behandelaar een vervolgtraject aanraadden. De cliënt was het daar echter niet mee eens en wilde wat anders, hij had zich ten slotte aan de voorwaarden gehouden. De professional legt uit hoe zij daarmee om is gegaan en haar eigen regie én die van de cliënt serieus te nemen:

"Ik heb met hem daarover gesproken, ik heb hem uitgelegd wat ik waarom vind. Maar hem ook de ruimte geboden. Ik heb gezegd zijn plan serieus te nemen en hem dan voorlopig in niveau drie te stoppen zodat ik vinger aan de pols kon houden tot het ambulante traject opgestart werd".

De professional legt uit dat hier dilemma's rondom regie en continuïteit speelde. Zo kwam de ambulante hulpverlening niet direct tot stand en was er daardoor een kans op uitval. Tegelijk heeft de professional hier de wens en het doel van de cliënt serieus genomen, maar ook haar eigen professionele visie door die wel bespreekbaar te maken.

Samenwerken: dat kost toch veel tijd?

De professional vertelt dat zij vanuit haar achtergrond gewend is om intensief samen te werken. In plaats van dat het tijd kost legt zij uit hiermee tijd te winnen:

"Inderdaad, het is soms wel aardig aanpoten. Maar bij de meeste cliënten zijn ook collega's betrokken, dan heb je wel wat meer overlegmomenten, maar de collega's zien de klant ook regelmatig. Dat neemt ook wat druk weg, je weet dat er een goed team omheen zit en kan erop vertrouwen dat iedereen zijn werk doet"

Over haar positie en rol in deze samenwerking vertelt zij het volgende:

"Ik zie mij als eindverantwoordelijke omdat ik ook gewoon het justitiële kader in de gaten moet houden. Natuurlijk is het mooi als het behandeltraject zodanig aansluit dat het elkaar niet bijt, daar vind ik het ook onder vallen dat de klant zijn afspraken nakomt en zich gewoon inzet voor de behandeling. Op een gegeven moment: als daar hiaten in plaatsvinden heb je daar een overlegmoment over met de behandelaars an sich, of soms met zijn allen bij een multidisciplinair overleg (mdo), ook de cliënt zelf, ik had laatst een mdo overleg gehad met de klant zelf."

Met de professional werd dit multidisciplinair overleg uitgebreid geanalyseerd. De cliënt betreft een 23-jarige man met niet aangeboren hersenletsel, een forse ghb verslaving die voor de tweede maal na de detox was teruggevallen omdat er geen vervolgbehandeling was geregeld. De cliënt is opgegroeid in een omgeving waar druggebruik gebruikelijk is. De professional vertelt dat de familie van de cliënt zich voor

hem wil inzetten, maar de mogelijkheden beperkt zijn. Over de aanloop en het verloop van het overleg vertelt de professional:

De begeleider vanuit Tactus die zich bezighoudt met de behandeling en ik besloten in gesprek te gaan met de jongeman in kwestie en zijn vader om te kijken wat hij wil en wat hij kan. (..) Het is gewoon een heel getraumatiseerd gezin. De jongeman had zoiets van als ik nog drie maanden behandeling ga volgen kan ik beter leren voor mijzelf op te komen (..).

De professional legt uit hoe tijdens het gesprek de behandelaar een ander idee opperde, namelijk een langdurig traject gericht op begeleid zelfstandig wonen. De behandelaar legde uit dat gezien de problematiek van de cliënt en het feit dat hij bij zijn (ouder wordende) ouders zou blijven 'hangen' het de vraag is of het voorstel van de cliënt wel haalbaar is. De professional legt uit hoe zij in gesprek probeerde de wens van de cliënt serieus te nemen:

“Je zag hem wat onrustiger worden, vader zei op dat moment nog niet zo heel veel, je zag hem steeds roder worden, toen heb ik op een gegeven moment ook aangegeven van ja ik snap dat dit een verandering is, ook qua denkwijze: je gaat van een traject van drie maanden en weer terug naar een traject van een half jaar tot een jaar en waarschijnlijk niet meer naar huis. Ik heb geprobeerd rekening te houden met die gevoelens door te zeggen: je hoeft er op dit moment geen beslissing over te maken, heb het er thuis eens over, laat het op je inwerken, zoek het op internet. Mijn collega die ziet hem een keer in de week en die communiceert vrij rechttoe rechtaan met hem en ook met vader want die is daar ook meestal wel bij. Vader komt ook soms met de meldplichtgesprekken mee, als ik daar op huisbezoek ben is hij ook gewoon wel aanwezig, dus het systeem eromheen is wel heel betrokken maar niet capabel genoeg om met zijn problematiek om te gaan. Wij hebben sindsdien heb ik hem een keer nog op meldplicht gehad, dan vraag ik aan hem van naar aanleiding van het laatste gesprek, is er thuis nog over gesproken? “nee”. Wat vind je ervan? “ik weet niet goed wat ik mij erbij voor moet stellen, ik moet dat nog maar eens gaan uitzoeken”. Dit terwijl hij al best veel informatie had gekregen, maar dit komt gewoon even niet aan. En het enige wat wel bij hem aan is gekomen is de gedachte van het niet thuiswonen, dat bezorgt hem wel stress”.

De professional illustreert hiermee hoe aan te sluiten bij het tempo van de cliënt, respect te hebben voor (on)mogelijkheden en tegelijk wel steeds duidelijkheid te bieden.

(on)vermogen?

De professional legt uit hoe om te gaan met de vraag wat een cliënt zelf nog kan en de noodzaak van diagnostiek daarbij:

“Dat [neurologisch onderzoek] is waar we nu mee bezig gaan, om te kijken wat daar is stukgemaakt door het gebruik. Het is belangrijk om dat helder te krijgen en dan te bepalen welke lijn van behandeling er gevolgd kan worden, wat het grootste bereik nog kan hebben en wat hij daar uiteindelijk zelf in wil. Zo kan het zijn dat hij zegt van “Ja hallo, ik wil helemaal niet bij mijn ouders weg..” Als hij dat echt niet wil, dan moet je op het ambulante vlak zo goed mogelijk de boel blijven borgen en ondertussen dat inzicht toch wel een beetje wekken. (..) Ik denk dat je heel duidelijk dan voor hem zijn opties moet hebben: doe je het wel, dan ziet het er zo uit, doe je het niet, dan ziet het er zo uit. En ook niet in een mooi dekentje gaan verpakken, maar to the point duidelijk maken”

In dit citaat wordt zichtbaar hoe diagnostiek een belangrijke rol speelt bij het formuleren van doelen, maar tegelijk hoe duidelijkheid bieden én het serieus nemen van de wens van de cliënt samen kunnen gaan. De professional bespreekt hoe het vermogen en kwaliteiten van de cliënt hierbij ingezet kunnen worden

“Dat besef is afgelopen jaar wel groter geworden, alleen het is gewoon heel vervelend want hij is heel gemotiveerd om er iets aan te doen, hij zegt ook wel van: ik snap dat dit zo niet kan. Maar vervolgens niet de tools hebben om het dan ook daadwerkelijk blijvend te kunnen veranderen. Je probeert natuurlijk gebruik te maken van die motivatie, juist omdat hij gemotiveerd was voor de behandeling leggen we aan hem voor: wil je de behandeling waarvan mensen die hiervoor geleerd hebben inschatten dat het niet afdoende zal zijn, wil je dat omdat dat nou eenmaal zo in je hoofd zit of wil je er dan verder over nadenken en dan zeggen van ok misschien moet ik dan langer”.

Tijdens de bespreking van deze casus valt op dat de professional voortdurend *op maat* interventies pleegt: rekeninghoudend met de cliënt, diens sociale context en de mogelijkheden en vaardigheden. Daarnaast wordt de betekenisgeving van de cliënt serieus genomen, ook als dat betekent dat de behandeling niet direct ingezet kan worden. Tot slot worden drie kerntips besproken van de professional:

Houd de rode draad de gaten maar speel met het grijze gebied!

“Houd het heel goed bespreekbaar tijdens casuïstiek, ook gewoon met collega's, brainstorm erover, maar probeer toch, je hebt gewoon je rode draad, maar probeer het grijze gebied daaromheen iets op te rekken zodat je gewoon wat meer speelruimte hebt, ga niet direct bij ieder wissewasje of iets wat niet gaat zoals jij zelf graag zou zien dat het gaat in het traject er heel erg strak bovenop zitten. En dan bedoel ik ook direct een waarschuwing geven, want de kans is gewoon groot dat binnen de periode van de waarschuwing van drie maanden dat die weer een keer wat heeft”

Gebruik humor en investeer in vertrouwen

“Ik denk dat het heel belangrijk is om eerst te investeren in een soort van vertrouwensband en dan links en rechts een beetje bij te spijkeren en bij te tikken, deze jongen heb ik twee weken terug ook een waarschuwing gegeven omdat ambulante behandeling wel gewoon een bijzondere voorwaarde is. (...) Ja, investeren in vertrouwen en aangeven. Dus ik heb hem die waarschuwing gegeven en hij zei ook al dus ik moet me de eerstkomende twee maanden gedragen. Nou zeg ik, ik weet het goed gemaakt, ik zeg over tweeënhalve maand en een dag krijg je van mij de volgende waarschuwing en over drie maanden en een dag weer, zo komen wij het toezicht wel door, jij je agressietherapie afgerond en emdr nog gedaan, moet je eens kijken hoe soepel het dan gaat met jou. Ja dan schiet hij wel in de lach, maar ergens wil hij gewoon zelf veranderen, maar ja, dat is natuurlijk niet stoer.”

“Ik heb ook wel dat ik af en toe gewoon een grapje maak of als ik ergens op huisbezoek ben, ik ben gek met honden dus ik ben niet zo bang aangelegd als er thuis zo'n breedgebekt iets rondloopt. Dat vind ik eigenlijk op het algemeen juist mijn type hond dus dan zeg ik soms ok wel van “je weet dat wij ook aan inbeslagnames doen, dus je hond gaat met mij mee” op die manier weet je af en toe ook wel even wat, een beetje gekkigheid tussendoor”.

Wees oprecht geïnteresseerd en nieuwsgierig naar wat de cliënt belangrijk vindt en ervaart

“Ja ik denk dat het heel belangrijk is om in de eerste twee drie gesprekken van het toezicht aan diegene uit te vragen waarom hij hier is, of hij snapt wat het toezicht inhoudt, heeft hij al eerder ermee te maken gehad. Dat zullen wel de standaardvragen zijn die mensen stellen maar ook zelf de vraag willen stellen aan de klant: goh wat zou jij nu zelf willen. Want ik kan wel van te voren denken bij iemand met een cannabis en cocaïne verslaving van goh abstinentie, en dan kan ik hele mooie doelen voor bedenken die op zich ok best werkbaar zijn maar als de klant zoiets heeft van de cocaïne wil ik wel wat mee doen maar de cannabis vind ik wel prima, dan denk ik, ja als je dat niet van te voren weet”

Praktisch gezien moet je bij je eerste gesprek je toezichtovereenkomst al klaar hebben, dat gaat hem niet worden, niet zoals ik werk, ik kan hem wel klaar hebben maar dan heb ik hem in mijn eentje bedacht. Soms werkt dat best wel en zullen daar ook resultaten mee behaald worden, maar dan heb je net wel iemand getroffen die redelijk goed kan functioneren als iemand er wat strakker opzit. Ik denk dat juist onze doelgroep erg gebaat is als je af en toe een sprongetje in het grijze gebied durft te maken.

Neem de tijd

“Sommigen verliezen soms uit het oog: je hebt twee jaar, het moet niet allemaal binnen drie weken klaar, het moet snel snel, dit moet ingezet worden. Dan denk ik: joh probeer eerst het plaatje helder te krijgen en wat de klant zelf wil, ga pas dan de interventies inzetten, ja kan alles op iemand afsmijten, maar als daar maar 40% van blijft hangen, dat is een beetje zonde van de tijd. Je hebt twee jaar, en soms als je mazzel hebt drie of vier.”

Met deze uitgewerkte voorbeelden wordt handen en voeten gegeven aan de uitgangspunten van wraparound care. Zo werd uiteengezet hoe de kracht van de cliënt gebruikt kan worden, hoe op maat met behulp van diagnostiek ingeschat kan gaan worden wat haalbaar is, hoe kan worden samengewerkt en welke rol de professional daarin op zich neemt.

6.6 Conclusie

De uitgangspunten van wraparound care werden door de participerende professionals herkend. Door het verloop in de pilot is gekozen voor een explicitering van best practices in relatie tot de uitgangspunten van wraparound care. De bestaande praktijk blijkt veel overeenkomsten te vertonen, de visie van wraparound care werd door de professional herkend. In gesprek met de professionals konden vaardigheden benoemd die belangrijk zijn om invulling te geven aan wraparound care. Samengevat bleek uit de reconstructie van best practices dat de professional *de tijd* moet durven nemen in het traject, *de vraag naar de wens van de cliënt echt moet willen stellen*, *het grijze gebied durven opzoeken en gebruik te maken van humor*. Daarnaast bleek *investeren in vertrouwen* belangrijk om de cliënt centraal te kunnen stellen én om te komen tot doelen waar de cliënt zich in kan vinden.

7 Wraparound care (onderzoek) in kritisch perspectief

Nu ervaringen en indrukken zijn weergegeven is het tijd om zowel kritisch naar het onderzoek als naar de mogelijke bruikbaarheid van wraparound care te kijken. Dit doen we aan de hand van enkele centrale aandachtspunten/dilemma's die gedurende het onderzoek werden genoemd en op basis van het verloop van het onderzoeksproces en door kritisch te kijken naar de aard van de onderzoeksvraag en de onderzoeksopzet en wat dit zegt over de geformuleerde antwoorden.

7.1 Waar begint en eindigt wraparound care

De onderzoeksvraag had een op constructivistisch karakter: het was een uitnodiging om de bruikbaarheid van wraparound care te verkennen. Dit betekent dat theorie en praktijk elkaar beïnvloeden en er sprake was van het verkennen wat de principes *zouden kunnen betekenen*. Dit open karakter zorgde voor een uitnodigend onderzoeksklimaat waarbinnen geëxperimenteerd kon worden én waar wel de visie van wraparound care helder was, maar de concretisering in *professioneel handelen* en vertaling naar *interventies* een interpretatief karakter had. De professionals zelf waren de experts en waardeerden hun eigen handelen, construeerden meetinstrumenten en toetsten de visie. Dit heeft iets paradoxaals, want zo kon een concept als 'eigen regie' eenvoudig geherdefinieerd worden. De redenering 'we passen het cluster op maat toe' lijkt tegelijk op smokkelen, want zo kan een principe altijd (en daarmee ook nooit) geldig zijn.

Dit maakt de vraag actueel waar wraparound care begint en eindigt, wanneer kan nog terecht gezegd worden wanneer men handelt volgens de uitgangspunten van wraparound care? Bestaat er zoiets als 'meer of minder wraparound care'?

De onderzoeksresultaten geven hier geen eenduidig antwoord op. Zo stellen sommige professionals dat ze al "gedeeltelijk zo werkten" en dat bijvoorbeeld een verstandelijke beperking kan conflicteren met het serieus nemen van de betekenisgeving van de cliënt. Andere professionals stellen dat wraparound care "niet altijd helemaal toepasbaar is". Dit lijkt een continuüm te suggereren waarbij er in meer of mindere mate sprake is van het toepassing van de principes van wraparound care.

Aan de andere kant, wanneer wraparound care wordt opgevat als meta-methodiek, dus een toetssteen en visie om ons handelen aan te toetsen, zou de centrale vraag zijn of en hoe je de visie en de uitgangspunten onderschrijft. Op dit niveau is dus de vraag of het hulpverlenend handelen getoetst wordt aan de uitgangspunten van wraparound care en dat je daarover het gesprek aan gaat met collega's en dat je jezelf voortdurend afvraagt of er wordt gewerkt aan doelen, in een team door de professional en cliënt samengesteld, of er gebruik wordt gemaakt van de krachten en kwaliteiten van de cliënt en in welke mate de professional durft te vertrouwen op het (in)formele netwerk en de vaardigheden van de cliënt. Tijdens de casuïstiek kan dan dus de vraag gesteld worden of de werkwijze nog voldoende aansluit bij de wens van de cliënt en/of wat de professional kan doen om meer aan te sluiten. De voorwaarden van het gedwongen kader blijven daarmee een 'fact of life'. In die zin is er geen 'begin' of 'einde' aan de meta-methodiek maar is het de vraag of het altijd de toetssteen is van het professioneel handelen en of in de reflectie op dit handelen de clusters als uitgangspunt worden genomen.

7.2 Continuïteit?

Het onderzoek heeft zicht gegeven op een *beleving van continuïteit* en is hier tegen grenzen aan gelopen. Een toezichthouder vertelt dat tot haar teleurstelling ze er niet in is geslaagd om de overdracht van een cliënt zo te laten plaatsvinden dat er sprake is van continuïteit. De relatie met continuïteit is een complexe. Professionals ervaren het werken in (en organiseren) van een team als iets wat bijdraagt aan continuïteit. Het vinden van iemand die de continuïteit bewaakt (ook als de toezichthouder uit beeld raakt) blijkt in de praktijk complex. De financieringen van instellingen en de organisatiedoelen maken het bewaken van continuïteit ingewikkeld: het onderhouden van contacten met externen (formeel en informeel) wordt financieel niet beloond, een 'warme overdracht' is geen apart product.

Tegelijk stellen de professionals dat wraparound care wel degelijk bij kan dragen aan de continuïteit. Bijvoorbeeld doordat in een vroeg stadium contact gelegd wordt met mensen uit het formele en informele netwerk, in plaats van wanneer er sprake is van een crisis. Doordat de doelen geëxpliciteerd worden en er op regelmatige basis een overleg plaatsvindt met alle betrokkenen. Aldus draagt wraparound care volgens de professionals bij aan het versterken van het professioneel handelen en factoren die kunnen bijdragen aan continuïteit.

7.3 Discussie: regie als paradox

In de theorie wordt 'herstel van regie' als een van de uitgangspunten genoemd. De weg daarheen kan verbonden zijn aan voorwaarden, zoals voorwaarden opgelegd door justitie. Toch blijft 'eigen regie' vaak een discussiepunt, zo wordt gesteld dat 'niet iedereen regie' aan kan. Dit maakt de vraag relevant wat 'regie' betekent wanneer anderen bepalen wanneer je het wel en/of niet mag hebben. Regie krijgt daarmee dezelfde bijklank als 'verantwoordelijkheid'. Zo betekent verantwoordelijkheid niet altijd de vrijheid om te kiezen, maar gaat het gepaard met een waardering van de keuze ('onverantwoordelijke keuze')⁹.

Regie is daarmee een (maatschappelijk) normerend concept, want ook als er geen 'voorwaarden' zijn wordt van burgers verwacht dat zij zich op een specifieke manier (niet) gedragen. Deze opvatting van regie past bij de kerntaken van de professional, waar normerend werken onderdeel van is en waarbij de reclassering ook een maatschappelijk belang vertegenwoordigt. Dit past bij de gedachte van restoratatie, waarbij iemand zich weer onderdeel voelt van een samenleving en hier een actieve bijdrage aan wil leveren. Regie lijkt daarmee juist een treffend concept om autonomie te definiëren die enkel invulling kan krijgen in relatie tot de ander en maatschappelijke kaders.

7.4 Discussie onderzoeksresultaten

De onderzoeksresultaten, die op verkennend niveau ontwikkelingen schetsen en weergeven op welke wijze volgende de deelnemende professionals wraparound care bruikbaar kan zijn, kennen enkele fundamentele beperkingen:

- De grootte van de pilot: de grootte van zowel de werkgroep als de cliënten in de pilot is beperkt. Dit benadrukt dat het gaat om een beschrijving op verkennend niveau en de resultaten in dat perspectief moeten worden gezien, de ervaringen van de participerende professionals en cliënten worden (zo rijk mogelijk) beschreven

⁹ In het nieuwe methodieboek voor forensisch sociale professionals (tevens eindproduct van het Raak project waar onderhavig onderzoek ook onderdeel van is) 'Werken in gedwongen kader – Methodiek voor het forensisch sociaal werk' wordt in hoofdstuk 19 en hoofdstuk 20 uitgebreid aandacht besteed aan de betekenis van 'verantwoordelijkheid' van de cliënt en van de professional.

- De samenstelling van de pilot: de selectie van professionals vond in overleg plaats, maar de professionals die participeerden zagen doorgaans potentie in het type onderzoek en de meta-methodiek wraparound care. Deze positieve bereidheid is van invloed op de ervaringen in de pilot.
- Van het actiegerichte karakter van het onderzoek gaat inherent ook een beïnvloedende werking uit: de onderzoekers trekken samen op met de professionals. Dit is mogelijk van invloed op de bevindingen. Tegelijk is dat ook onderdeel van het onderzoek, zo kan het zijn dat deelname en inbreng van de onderzoeker de professional ondersteunt in het reflecteren op het handelen.
- Er was geen sprake van een controlegroep of een setting waarbinnen causale verbanden getrokken kunnen worden over het effect van wraparound care

7.5 En de winsten?

Met deze kanttekeningen kan toch gesproken worden over 'winsten' van wraparound care. Zo beschrijven de cliënten dat ze zich serieus genomen voelen en vertrouwen hebben in het traject. De deelnemende professionals ervaren wraparound care als een meta-methodiek die uitdrukt hoe zij over hun werk denken en die hen ondersteunt in het voortdurend centraal stellen van de cliënt, contact op te nemen met het informele netwerk, samenwerking te zoeken en te durven spelen met regie nemen en overgeven.

Het integreren van Wraparound care in de visie van (F)act bij Victas, de maatschappelijke aandacht voor continuïteit in de strafrechtketen, de mate waarin wraparound care aansluit bij de prioriteitsscores en de clustering van de principes zijn winsten die aanknopingspunten bieden voor verder onderzoek.

7.6 Aanbevelingen verder onderzoek

Met de oogst van onderhavig onderzoek lijkt het tijd voor een volgende stap in de studie naar wraparound care. Met als uitgangspunt de clustering, de wraparound care wijzer (hoofdstuk acht) en de best practices uit het onderzoek zien wij meerdere mogelijkheden voor verder onderzoek:

- Een effectstudie met een best practice unit en een controlegroep waarbij wordt getracht effect te meten. Dit type onderzoek is complex en vraagt om expliciete experimentele manipulaties, het random toewijzen van proefpersonen aan experimentele condities en een controle groep. Om wraparound care steviger te positioneren is het als vervolgstap echter noodzakelijk om naast de ervaringen van de cliënten en professionals ook het daadwerkelijke effect in de vorm van uitval, voorkomen van recidive en vergroten van continuïteit in beeld te brengen.
- Bij verder onderzoek naar wraparound care kan de clustering en de uitgangspunten (hoofdstuk acht) een basis vormen. Om de mogelijke impact en de mate waarin het een inhoudelijk kader biedt voor interdisciplinaire samenwerking te bestuderen wordt geadviseerd om te experimenteren met andere financieringsvormen (zie ook hoofdstuk 8), waarbij het belonen van samenhangende trajecten en het erkennen van contacten met (in)formele netwerken als noodzakelijk 'product' in relatie tot het voorkomen recidive en het verinnerlijken van gedragsverandering, onderdeel moet zijn van het experiment.
- De clustering en de geformuleerde uitgangspunten kunnen, afhankelijk van het type organisatie en de context van de organisatie, aanscherping behoeven. Verder onderzoek kan meer inzicht geven in context- en organisatiespecifieke kenmerken
- De metingen die in dit onderzoek zijn gebruikt kunnen opnieuw worden gebruikt. Afhankelijk van de grootte van de pilot, kunnen deze metingen de wijze beschrijven waarop ingezette veranderingen op handelingsniveau breder binnen de keten kunnen doorwerken. De verschillende ontwikkelde instrumenten maken het mogelijk veranderingsprocessen in de tijd te volgen.

- Wraparound care verschijnt in dit onderzoek in verschillende abstractievormen: gedachtegoed, clusters en uitgangspunten. De positie van wraparound care als meta-methodiek biedt een inhoudelijk kader voor zowel interdisciplinaire samenwerking als legitimatie van verschillende reclasseringsactiviteiten, waarbij recht wordt gedaan aan het risicobeginsel: het betrekken van verschillende leefgebieden én relevante personen in iemands leven als noodzaak om recidive te voorkomen en risico's te beperken. Verder onderzoek kan zich derhalve ook richten op de wijze waarop wraparound care kan bijdragen aan visievorming binnen en tussen organisaties.

8 Aanbevelingen: wraparound care-wijzer

Op basis van de in eerdere hoofdstukken besproken onderzoeksresultaten bevat dit hoofdstuk aanbevelingen voor het werken met wraparound care aan de hand van een aanzet tot concrete uitgangspunten en methodische- en processtappen voor de organisatie en de werker. Een eventueel vervolgonderzoek (zie 7.6) zou deze aanzet verder kunnen uitwerken en valideren.

8.1 Aanbevelingen voor de professional: een practical guide

Enkele praktische uitgangspunten worden hieronder gepresenteerd. Hoewel er wordt gesproken over 'fase' zijn de uitgangspunten tijdens het gehele traject van belang. Bijvoorbeeld het tonen van oprechte interesse, luisteren, ontdekken van kwaliteiten en serieus nemen van de betekenisgeving van de cliënt is altijd van belang.

- Luister naar het verhaal van de cliënt en ontdek wie en wat voor de cliënt belangrijk is

Vanaf het eerste contact met de cliënt moet er ruimte zijn voor het verhaal van de cliënt. Dit vraagt om de tijd nemen om contact te maken, contact te behouden en wensen en doelen van de cliënt serieus te nemen. De professional kan dit actief laten blijken door wensen en ambities op te schrijven, hierop terug te komen en hierop door te vragen. Tijdens de eerste fase van het contact worden sleutelpersonen in het leven van de cliënt geïdentificeerd en in kaart gebracht. Een hulpmiddel hierbij kan zijn door gebruik te maken door de cliënt de sleutelfiguren op te laten schrijven waarbij hij ook aangeeft hoe dichtbij deze personen staan en wat hij heeft aan het contact, bijvoorbeeld in de vorm van een 'bloem' of een 'ecogram'. In gesprekken met de cliënt wordt actief gezocht naar krachten en mogelijkheden van de cliënt: waar is de cliënt goed in, waar wordt hij vrolijk van en hoe zouden deze vermogens hem kunnen helpen zijn doelen te behalen.

- Formuleer met de cliënt meetbare doelen en stel vast welke personen en/of instellingen nodig zijn om deze doelen te behalen

Op basis van de bevindingen in de eerste fase en de voorwaarden van het reclasseringstoezicht wordt een start gemaakt met het formuleren van doelen die zo nauw mogelijk aansluiten bij wat de cliënt belangrijk vindt. Bijzondere voorwaarden gelden hierbij als kaderstellend maar ook die kunnen zo goed mogelijk worden vertaald naar subdoelen die voor de cliënt belangrijk en motiverend zijn. Bij het formuleren van deze doelen wordt rekening gehouden met de mogelijkheden, krachten, kwaliteiten en beperkingen van de cliënt en zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de krachten en kwaliteiten van de cliënt en de krachten uit diens informele netwerk. Daarnaast wordt gekeken welke professionele voorzieningen in beeld zijn, wat deze kunnen betekenen en welke aanvullende professionele voorzieningen eventueel nodig zijn. Bedenk hierbij dat het erg per cliënt verschilt en deze zoektocht nooit 'af' is: doelen kunnen veranderen, inzicht kan groeien en erkenning van vermogens kan leiden tot het ontdekken van nieuwe krachten. De kunst is de cliënt te ondersteunen in deze verrassende zoektocht naar zijn doelen en ontdekkingen van zijn kwaliteiten.

- Stel in samenwerking met de cliënt het wraparound care team samen en bespreek met betrokkenen wat wraparound care inhoudt en kies de regievoerder

Probeer alle betrokkenen om de tafel te krijgen. Hierbij is het streven dat de cliënt – daar waar mogelijk en haalbaar – aanwezig is bij het overleg. Tijdens deze bijeenkomst wordt er kennisgemaakt en worden

beelden en verwachtingen gedeeld. Ook is er ruimte voor het bespreken en vaststellen van de doelen die de cliënt heeft geformuleerd. Ook de niet-onderhandelbare doelen en/of de reclasseringsvoorwaarden moeten expliciet tijdens dit overleg worden besproken. Vervolgens wordt besproken wie welk aandeel heeft (taken en verantwoordelijkheden) om de doelen te behalen. Een belangrijke rol is weggelegd voor de regievoerder die samen met de cliënt het plan bewaakt. Dit hoeft niet per se de reclasseringswerker te zijn, het gaat er wel om dat de reclasseringswerker bewaakt dat er een regievoerder is. In de praktijk blijkt de reclasseringswerker vaak in het begin de regievoerder, maar wordt dit in de loop van het traject overgedragen, bijvoorbeeld vanuit het idee dat ook na het toezicht er sprake is van continuïteit.

- Het schriftelijk vastleggen van het plan, het opstellen van een plan voor crisissituaties en de ('ontbindende') voorwaarden bepalen voor de uitvoering van het plan en de financiële dekking van het plan borgen.

De gemaakte afspraken worden door de cliënt in samenwerking met de reclasseringsprofessional en – indien dat iemand anders is dan de reclasseringsprofessional - de regievoerder schriftelijk vastgelegd. Onderdeel is het opstellen van een plan voor crisissituaties, een zogenaamd Crisis Preventie Actie Plan, mogelijk wordt dit gedeelte opgesteld door een betrokken specialist (bijvoorbeeld een behandelaar). Daarnaast is het van belang dat ook praktische zaken, zoals een geldige (zorg)verzekering worden geregeld om te voorkomen dat blijkt dat het plan geen uitvoering kan krijgen door financiële obstakels. Ook hier geldt dat aanmelding een specialist (bijvoorbeeld schuldhulpverlener) onderdeel kan zijn van het plan. Alle betrokkenen in het wraparound team moeten op de hoogte zijn van de bij het toezicht geldende bijzondere voorwaarden.

- Uitvoering, monitoring, evaluatie en bijstellen van het plan

Tijdens de uitvoering van het plan wordt gemonitord in welke mate de opgestelde meetbare (tussen)doelen worden behaald en of eventuele bijstelling van het plan nodig is. Bijstelling vindt plaats in overleg met de cliënt en indien nodig zijn informele en formele netwerk. Tijdens de uitvoering blijft het serieus nemen van het verhaal van de cliënt en erkennen van de sociaal-ecologische context van de cliënt (dus het feit dat zijn omgeving invloed op hem heeft) belangrijk. Zo blijkt het leven van mensen vaak minder lineair te verlopen dan een 'plan' suggereert. Erkenning van deze golven in iemands bestaan en hierop inspelen is een wezenlijk onderdeel van wraparound care. De monitoring van het plan houdt eveneens in het zicht houden op de mate waarin de reclasseringsvoorwaarden worden nagekomen en het indien nodig geïndiceerd actief controleren hiervan. De monitoring van het plan vindt ook plaats middels casuïstiek bespreking aan de hand van de clustering.

8.1.1 Wraparound care-competenties

Wraparound care is gepositioneerd als meta-methodiek: een visie of opvatting op reclasseringswerk en mens-zijn waaraan methodieken, professioneel handelen en interventies getoetst kunnen worden. De algemene competenties van de reclasseringswerker vallen daar vanzelfsprekend ook onder. Daarnaast vraagt wraparound care om een basishouding van *vertrouwen in de cliënt*: vertrouwen in de kracht van de cliënt, in de mogelijkheden, in het netwerk en vertrouwen in de betekenisgeving van de cliënt. Dit vertrouwen lijkt een andere beleving van agency van de professional te illustreren: je geeft een stukje uit handen, je experimenteert. Tijdens het onderzoek werden enkele persoonlijke uitgangspunten genoemd die bij kunnen dragen aan het werken met wraparound care

- Wees bereid om je zich te verdiepen, uit te laten dagen en verder te professionaliseren
- Maak gebruik van humor

- Zoek en neem de ruimte binnen de kaders
- Toon oprechte interesse in de cliënt
- Wees geduldig
- Toon vertrouwen
- Durf te handelen
- Toon doorzettingsvermogen
- Zoek samenwerking, met formele en informele netwerken

8.1.2 Welke (wetenschappelijke) inzichten? Welke methodieken?

Verschillende wetenschappelijke domeinen sluiten aan bij de uitgangspunten van de metamethodiek wraparound care en dragen bij aan een steeds uitgebreider wordend antwoord op de vraag 'what works?'. Voor de professional die aan de slag wil met de metamethodiek zijn op zijn minst inzichten uit de volgende wetenschappelijke invalshoeken van belang:

- Desistance (Maruna & Toch, 2003; Vogelvang, 2009)
- Good Lives Model (Ward & Brown, 2004)
- Risks-Needs-Responsivity (RNR) model (Andrews en Bonta, 2010)

Daarnaast bleken er tijdens het onderzoek enkele methodieken goed aan te sluiten bij de uitgangspunten van wraparound care:

- Oplossingsgericht werken (Bannink, 2009)
- Eigen krachtconferenties (Pagee, 2002)
- Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005)
- Herstelondersteunende zorg (Droes & Witsenburg, 2012)

8.2 Aanbevelingen voor inbedding in de organisatie/afdeling

Naast aandachts- en uitgangspunten op het niveau van de professional vraagt het werken met wraparound care ook wat van de organisatie en/of afdeling op het gebied van visie, facilitering en investering. Zo moet de visie van de organisatie/afdeling aansluiten bij de uitgangspunten (de clustering) en het gedachtegoed van wraparound care. Ook bij de inrichting van de casuïstiek, de plannen van aanpak en de dossierregistratie kan de clustering aanknopingspunten bieden.

In de pilots is gebleken dat het werken met deze metamethodiek in de startfase meer tijdsinvestering vraagt dan gebruikelijk en dat dit later in het traject loont; de intensiteit hoeft dan niet meer af te wijken van andere toezichttrajecten. Omdat wraparound care vooral geschikt is bij complexe problematiek en intensieve trajecten zal het vooral worden toegepast bij toezichtniveau twee en drie. Gemiddeld genomen kan binnen deze niveaus (vooral niveau drie) een aanzienlijke investering worden gedaan. Waar de investering vanuit toezicht te hoog blijft volgens de huidige normen kan de reclasseringswerker toewerken naar overdracht van de centrale regiefunctie en een beperkte rol als toezichthouders.

Naar aanleiding hiervan nog het volgende.

De huidige financieringssysteem is gericht op het leveren van afzonderlijke producten per afzonderlijke organisatie en op face to face contacten tussen de cliënt en de toezichthouder zelf. Hiermee loopt het op twee manieren ten achter bij landelijke en ketenbrede beleidsprioriteiten omtrent continuïteit in de strafrechtpleging (Frissen & Karré, 2010):

- In de huidige systematiek kunnen de kosten van wraparound care, in termen van tijdsinvestering, op het niveau van de afzonderlijke reclasseringswerkers/-organisatie mogelijk hoger uitkomen. Gezien het onderbouwde belang van continuïteit en de veronderstelling dat wraparound care als metamethodiek een inhoudelijk kader biedt voor (ook professionele, interdisciplinaire) samenwerking, kunnen de baten in termen van minder uitval en groter doelbereik op keten – en maatschappelijk niveau echter groter blijken te zijn. Dit pleit ervoor om ook investeringen in de samenwerking – op casusniveau – als productiecriterium te erkennen.
- In de huidige systematiek tellen alleen face to face contacten met de toezichthouder zelf mee. In het risicoprincipe (Andrews & Bonta, 2010) waar dit aan is ontleend betekent intensiteit echter meer dan dat: het betekent ook dat een brede inzet wordt gepleegd, waar mogelijk in de leefomgeving, in meerdere levensdomeinen en waar nodig met meerdere betrokkenen. Op grond van zowel dit risicoprincipe als van de noodzaak van sluitende samenwerking is er iets voor te zeggen om ook de organisatie en monitoring van contacten met anderen (sociale netwerk, behandelaren, etc) te erkennen als bijdrage van aan effectief reclasseringswerk en dus toe te voegen als productiecriterium die de reclassering met de subsidiegever afsprekt.

Deze aanpassingen zouden de continuïteit in de strafrechtelijke interventies beter faciliteren en daarmee ook een kader bieden voor pilots met – en onderzoek naar inhoudelijke methoden die daaraan vorm geven, zoals wraparound care.

Literatuur

- Alarid, L.F., Sims, B.A. & J. Ruiz (2011). Juvenile probation and police partnerships as loosely coupled systems: A qualitative analysis. *Youth violence and Juvenile Justice*, 9 (1), 79-95.
- Andrews, D.A. (2000) 'Principles of correctional programs', in: Motiun L.L. & R.C. Serin (red.) *Compendium 2000 on effective correctional programming*. Ottawa: Correctional Services of Canada.
- Bannink, F. (2009). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Perason Assessment and Information B.V.
- Ben-ari, A & R. Strier (2010): Rethinking Cultural Competence: What Can We Learn from Levinas? *British Journal of Social Work* 40, 2155-2167.
- Bonta, J. en Andrews, D. (2010). Viewing offender assessment and rehabilitation through the lens of the risk-needs-responsivity model. In McNeill, F., Faynor, P., and Trotter, C. (Eds.). *Offender Supervision: New directions in theory, research and practice*. Cullompton, UK: Willan.
- Bruns, E., Supter, J. & Leverentz-Brady, K. (2006): Relations between program and system variables and fidelity to the wraparound process for children and families. *Psychiatric Services* 57 (11), 1586-1593.
- Bruns, E.J., Suter, J.C. & Leverentz-Brady, K. (2008). Is It Wraparound Yet? Setting Quality Standards for Implementation of the Wraparound Process. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, (35)3, 240-252.
- Carney, M., & Buttell, F. (2003). Reducing juvenile recidivism: evaluating the Wraparound Services Model. *Research on Social Work Practice*, 13(5), 551-568.
- Colijn, J. & Schamhart, R. (2012). *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse Jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Croes, L.X. de & Vogelvang, B.O. (2010). *Vrijwilligers binnen Reclassering Nederland. Een (beleids)studie naar de grenzen, mogelijkheden en betekenisvolle verhalen*. Den Bosch: Avans Hogeschool Expertisecentrum Veiligheid

- Croes, L.X. de (2013). Inclusie in context. In Heemskerk, I., Petrina, R. & Vosters, N. (Eds.), *Inclusief – werken aan zorg en welzijn voor iedereen*. Bussem: Coutinho
- Droes, J. & Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende Zorg*. Amsterdam: SWP
- Epstein, M., Jayanti, M., McKelvey, J., Frankenberry, E., Hardy, R., Dennis, K., et al. (1998). Reliability of the wraparound observation form: an instrument to measure the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, 7(2), 161-170.
- Farrell, S. (2002) Rethinking What Works with Offenders: Probation, Social Context and Desistance from Crime. Collompton: Willan Publishing
- Frissen P.H.A, Karré, P.M. (2010) *Verslaafd aan regels? Strategieën voor regelreductie en professionalisering in de verslavingsreclassering*. Barnevel: BenedenBoven
- Geuijen, K., Bos, A.I., Krechtig, L. & van Horn, J (2010): *Hoe neem je ruimte? Hoe regel je ruimte? Evaluatie van de pilot Motie van Velzen bij de reclassering in Eindhoven*. USBOKSI.
- Gendreau, P., Little, T., & Cogging, C. (1996) "A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!", *Criminology*, jrg. 34, nr 4pp. 575-608
- Heinrich, J.P. (1995). *Particuliere reclassering en overheid in Nederland sinds 1823* (academisch proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen / Juridische faculteit.
- Hermanns, J., & Menger, A. (2008). *Walk the line; Continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Hermanns, J. (2009). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? *Proces*, (88)3, 147-154.
- Hermanns, J. & Menger, A. (2012). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? In *Samenleven is geen privezaak*. , Den Haag, BJU
- Kenis, P.N. (2006). Waiting lists in Dutch health care: An analysis from an organisation theoretical perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 20(4).

- Malysiak, R. (1997). Exploring the Theory and Paradigm Base for Wraparound. *Journal of Child and Family Studies*, (6)4, 399-408
- Malysiak, R. (1998). Deciphering the Tower of Babel: Examining the Theory Base for Wraparound Fidelity. *Journal of Child and Family Studies*, (7)1, 11-25
- Maruna, S. & H. Toch (2003). *Making Good: How ex-convicts Reform and Rebuild Their lives*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- McNeill, F. (2002) *Beyond 'What works': How and why do people stop offending?* CJSW Briefing Paper 5: August 2002. Glasgow: Scottish Centre for Crime and Justice Research
- Menger, A. & J.A. van Vliet. Professionalisering van reclasseringswerkers in ontwikkeling. In Vliet, J.A., van, Andreas A., Keuning, B. & Zandbergen, W. (red.). *Verbinden in de keten. Forensisch psychiatrisch toezicht bekeken*. Amsterdam: SWP.
- Menger, Bosker en Heij (2012) Verslaafden en reclassering. In: Blaauw, E. & Roozen, H. (red). *Handboek forensische verslavingszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Nordess, P., & Epstein, M. (2003). Reliability of the Wraparound Observation Form- Second Version: an instrument designed to assess the fidelity of the wraparound approach. *Mental Health Services Review*, 5(2), 89-96.
- Oerlemans, L.A.G. & Kenis, P.N. (2007). Netwerken en innovatieve prestaties. *M&O, tijdschrift voor management en Organisatie*, 61(3/4), 36-54
- Pagee, R. van (2002). *Eigen Kracht – Family Group Conference in Nederland*. Amsterdam: SWP
- Parent, D. & B. Snyder (1999). *Police-corrections partnerships*. Washington, DC: National Institute of Justice
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster

- Steur, J. (2013). *Continuïteit in de benadering van verslaafde justitiabelen. Onderzoek in het kader van een pilot bij Tactus verslavingsreclassering met specifieke aandacht voor de samenwerking met de politie*. Enschede: Universiteit Twente [masterthese]
- Thomas, W. I., & Thomas, D. S. (1928). *The child in america: Behavior problems and programs*. New York: Knopf.
- Tusscher, N. ten, Odink, S. & J. Sielias (2013). *Re-integreren doe je samen, niet alleen*. Enschede: Saxion [bachelorrapport]
- Vries, S. de (2010). *Basismethodiek psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Yperen, T. van & Veerman, J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effect-onderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon Uitgeverij.

Bijlage 1: Vragenlijst nulmeting

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

1. Inleiding

Beste respondent,

Fijn dat u wilt deelnemen aan het onderzoek naar de werking van de keten voor verslaafde justitiabelen dat wordt uitgevoerd door het lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht. In deze vragenlijst vragen wij u om uw mening over een aantal aspecten van deze keten weer te geven. Het onderzoek is volledig anoniem. Uw meningen zullen niet herkenbaar in een eventuele rapportage worden weergegeven. Tevens zal uw organisatie niet worden vermeld. Het onderzoek dient er dus niet voor om organisaties of individuen met elkaar te vergelijken of anderszins te beoordelen. Het doel is uitsluitend om de meningen van een aantal relevante stakeholders over de werking van deze keten in kaart te brengen, zodat we kunnen zien waar mogelijk verbeterpunten liggen. De vragenlijst bestaat in totaal uit 46 gemakkelijk te beantwoorden vragen en zal niet meer dan 5 tot 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Lectoraat Werken in Justitieel Kader, Hogeschool Utrecht
Anneke Menger, Lonieke Casteleijn, Donnalee Heij, Jaap van Vliet & René Butter

2. Algemene vragen

Eerst volgen 10 algemene vragen over de keten voor verslaafde justitiabelen.

1. Wilt u van de volgende vijf aspecten van de keten voor verslaafde justitiabelen aangeven in welke mate u ze belangrijk vindt

	zeer belangrijk	redelijk belangrijk	belangrijk/noch onbelangrijk	redelijk onbelangrijk	zeer onbelangrijk	geen mening
De cliënt voert zoveel mogelijk de regie over zijn eigen traject	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het traject zit duidelijk in elkaar (bijvoorbeeld wie doet wat?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De ketenpartners zijn één team	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er is ruimte voor creativiteit en maatwerkoplossingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De begeleiding van deze cliënten is één geheel	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wilt u van de volgende vijf aspecten van de keten voor verslaafde justitiabelen aangeven in hoeverre ze OP DIT MOMENT AANWEZIG ZIJN

	zeer vaak	behoorlijk vaak	In redelijke mate	nauwelijks	bijna nooit	geen mening
De cliënt voert zoveel mogelijk de regie over zijn eigen traject	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het traject zit duidelijk in elkaar (bijvoorbeeld wie doet wat?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De ketenpartners zijn één team	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er is ruimte voor creativiteit en maatwerkoplossingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De begeleiding van deze cliënten is één geheel	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Specifieke vragen

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

Nu volgen 25 specifieke vragen die in kaart brengen hoe u de keten voor verslaafde justitiabelen OP DIT MOMENT ervaart

1. Wilt u van de volgende vijf aspecten van de keten voor verslaafde justitiabelen aangeven in hoeverre ze OP DIT MOMENT AANWEZIG ZIJN

	zeer vaak	behoorlijk vaak	In redelijke mate	nauwelijks	bijna nooit	geen mening
De cliënt is zelf aanwezig bij het casusoverleg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er zijn duidelijke einddoelen bekend voor het traject van elke cliënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De ketenpartners gaan met elkaar het gesprek aan over de benadering van de cliënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De ketenpartners staan open voor het vinden van creatieve oplossingen voor problemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorg rondom een cliënt is verbonden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De cliënt beslist zelf mee over stappen in zijn traject	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De voortgang in het traject van een cliënt wordt voor alle partners concreet zichtbaar gemaakt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er vindt warme overdracht van cliënten plaats tussen ketenpartners	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De ketenpartners handelen in termen van mogelijkheden in plaats van beperkingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorg voor verslaafde justitiabelen is incidentgericht	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De cliënt wordt aangezet om zelf stappen te zetten in zijn traject	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In het traject van een cliënt wordt door de partners veel dubbel werk gedaan	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De ketenpartners delen informatie over de cliënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De ketenpartners staan open voor vernieuwende combinaties van zorg en handhaving	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er vallen vaak gaten in begeleidingstrajecten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De behoeften van de cliënt staan aantoonbaar centraal in diens traject	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er is gedurende het gehele traject 1 aanspreekpersoon	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

voor elke cliënt die inzicht heeft in de actuele stand van zaken

De ketenpartners luisteren goed naar elkaars standpunten

De zorgketen lijdt aan remmende bureaucratie

De cliënt wordt van het kastje naar de muur gestuurd

De cliënt wordt aantoonbaar benaderd als een lerend individu

De administratie rondom een cliënt wordt centraal bijgehouden

De ketenpartners vertrouwen elkaar onderling

De ketenpartners denken actief mee om de zorg te verbeteren

De zorg voor verslaafde justitiabelen is een geïntegreerd geheel

4. Opmerkingen en suggesties

Hieronder kunt u eventuele opmerkingen en suggesties met betrekking tot de vijf aspecten van de keten kwijt.

1. In welke mate voeren cliënten op dit moment de eigen regie over hun traject? Wat kan beter?

2. In welke mate zitten de trajecten op dit moment duidelijk in elkaar? Wat kan beter?

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

3. In welke mate vormen de ketenpartners op dit moment 1 team? Wat kan beter?

4. In welke mate is er ruimte voor creativiteit en maatwerkoplossingen? Wat kan beter?

5. In welke mate vormt de begeleiding van een client 1 geheel? Wat kan beter?

5. Achtergrondvragen

Tot slot stellen wij u nog 6 achtergrondvragen. Deze vragen dienen om de meningen over de keten beter te kunnen interpreteren. Zoals gezegd gaan wij vertrouwelijk met deze gegevens om.

1. Wat is uw leeftijd in jaren?

2. Bent u een man of een vrouw?

☐ Man

☐ Vrouw

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

3. In welke sectoren en/of organisaties bent u werkzaam?

- ☐ Verslavingszorg
- ☐ Politie
- ☐ Justitie
- ☐ Veiligheidshuis Utrecht
- ☐ Leger des Heils (reclassering)
- ☐ Legers des Heils (woonvoorzieningen)
- ☐ Reclassering Nederland
- ☐ Jongeren Organisatie Utrecht
- ☐ Altrecht (Forensisch Assertive Community Treatment)
- ☐ Altrecht (OGGZ)
- ☐ Stichting Beschermde Woonvormen Utrecht
- ☐ Blauwe Huis
- ☐ Gemeente
- ☐ Penitentiaire Inrichtingen
- ☐ Tussenvoorziening
- ☐ Centrum Mallebaan (reclassering)
- ☐ Centrum Mallebaan (Gavo)
- ☐ Centrum Mallebaan S & T
- ☐ B-open
- ☐ Overig

4. Hoeveel jaren ervaring heeft u in deze sector?

5. In welke rol werkt u nu?

- ☐ Management
- ☐ Beleid/Staf
- ☐ Uitvoerend werker (met direct contact met de doelgroep)
- ☐ Overig

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

6. Hoeveel kennis heeft u van de begeleiding van verslaafde justitiabelen?

☐ zeer veel

☐ behoorlijk veel

☐ redelijk

☐ niet zo veel

☐ zeer weinig

6. Slot

Wij danken u hartelijk voor uw deelname aan deze enquête!

Wanneer u door ons op de hoogte gehouden wilt worden over dit onderzoek dan kunt u hieronder uw emailadres plaatsen.

1. Uw emailadres:

Bijlage 2: Vragenlijst tussenmeting

- **Clïënt spreekt zich uit en kiest**

De perspectieven en ideeën van cliënten worden achterhaald en geprioriteerd. Deze perspectieven staan centraal in alle fasen van de begeleiding. Het begeleidingsteam streeft er naar om de cliënt opties en keuzen voor te leggen die de waarden en voorkeuren van de cliënt reflecteren.

- **Gebaseerd op team(werk)**

Het begeleidingsteam bestaat uit personen die met goedkeuring van de cliënt aan hen zijn verbonden, formeel of informeel.

- **Netwerkondersteuning**

Het begeleidingsteam zoekt en motiveert actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van de cliënt. In het plan zijn activiteiten en interventies opgenomen om aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aan te trekken.

- **Samenwerking**

Teamleden werken samen en delen verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling, implementatie, monitoring en evaluatie van het gezinsplan. Het plan reflecteert een samensmelting van de perspectieven, mandaten en (financiële) middelen van de teamleden. Het plan stuurt het werk van elk teamlid richting het halen van de doelen van het gezin.

- **In de wijk**

Het begeleidingsteam implementeert begeleidings- en zorginterventies die zo volledig, benaderbaar en toegankelijk mogelijk zijn met zo weinig mogelijk beperkingen.

- **Cultureel bekwaam**

Het begeleidingsproces demonstreert respect voor en bouwt op waarden, voorkeur, geloof, cultuur en identiteit van de cliënt.

- **Op maat**
Om de doelen in het begeleidingsplan te bereiken, ontwikkelt en implementeert het team een op maat gemaakte set van interventies, strategieën en diensten.
- **Eigen kracht als basis**
Begeleidingsproces en het plan identificeren, bouwen op en vergroten de bekwaamheid, kennis, vaardigheden en eigen kracht de cliënt en hun netwerk.
- **Doorzettingsvermogen**
Ondanks uitdagingen werkt het team door om de doelen in het begeleidingsplan te behalen, totdat het team gezamenlijk besluit dat een begeleiding niet meer nodig is.
- **Resultaatgericht**
Het team verbindt doelen en strategieën van het begeleidingsplan aan waarneembare of meetbare indicatoren van succes, monitort de voortgang van deze indicatoren en stelt aan de hand daarvan het plan zo nodig bij.

1. Cliënt spreekt zich uit en kiest: of wie staat in het midden van de bloem en heeft de cliënt daar invloed op?

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig

- ☐ zeer weinig
- is dit principe aan de orde geweest?
 - Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
 - In hoeverre is dit principe toepasbaar?
 - Waar liggen ontwikkelpunten?
 - Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

2. Gebaseerd op team(werk)

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

- is dit principe aan de orde geweest?
- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

3. Netwerkondersteuning

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk

- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

- is dit principe aan de orde geweest?
- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

4. Samenwerking

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig
- is dit principe aan de orde geweest?
- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

5. In de wijk/outreachend

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk

- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

- is dit principe aan de orde geweest?
- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

6. Cultureel bekwaam

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

- is dit principe aan de orde geweest?

- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

7. Op maat

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

- is dit principe aan de orde geweest?
- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

8. Eigen kracht als basis

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig
- is dit principe aan de orde geweest?
 - Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
 - In hoeverre is dit principe toepasbaar?
 - Waar liggen ontwikkelpunten?
 - Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

9. Doorzettingsvermogen

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

- is dit principe aan de orde geweest?
- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

10. Resultaatgericht

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk
- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel

- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel
- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

- is dit principe aan de orde geweest?
- Zo ja, hoe dan en waar bleek dat uit?
- In hoeverre is dit principe toepasbaar?
- Waar liggen ontwikkelpunten?
- Hoe denk jij dat we dit kunnen toepassen binnen de pilot?

Ordering aanbrengen in de principes van belangrijk naar onbelangrijk

Bijlage 3: Voorstel casuïstiek

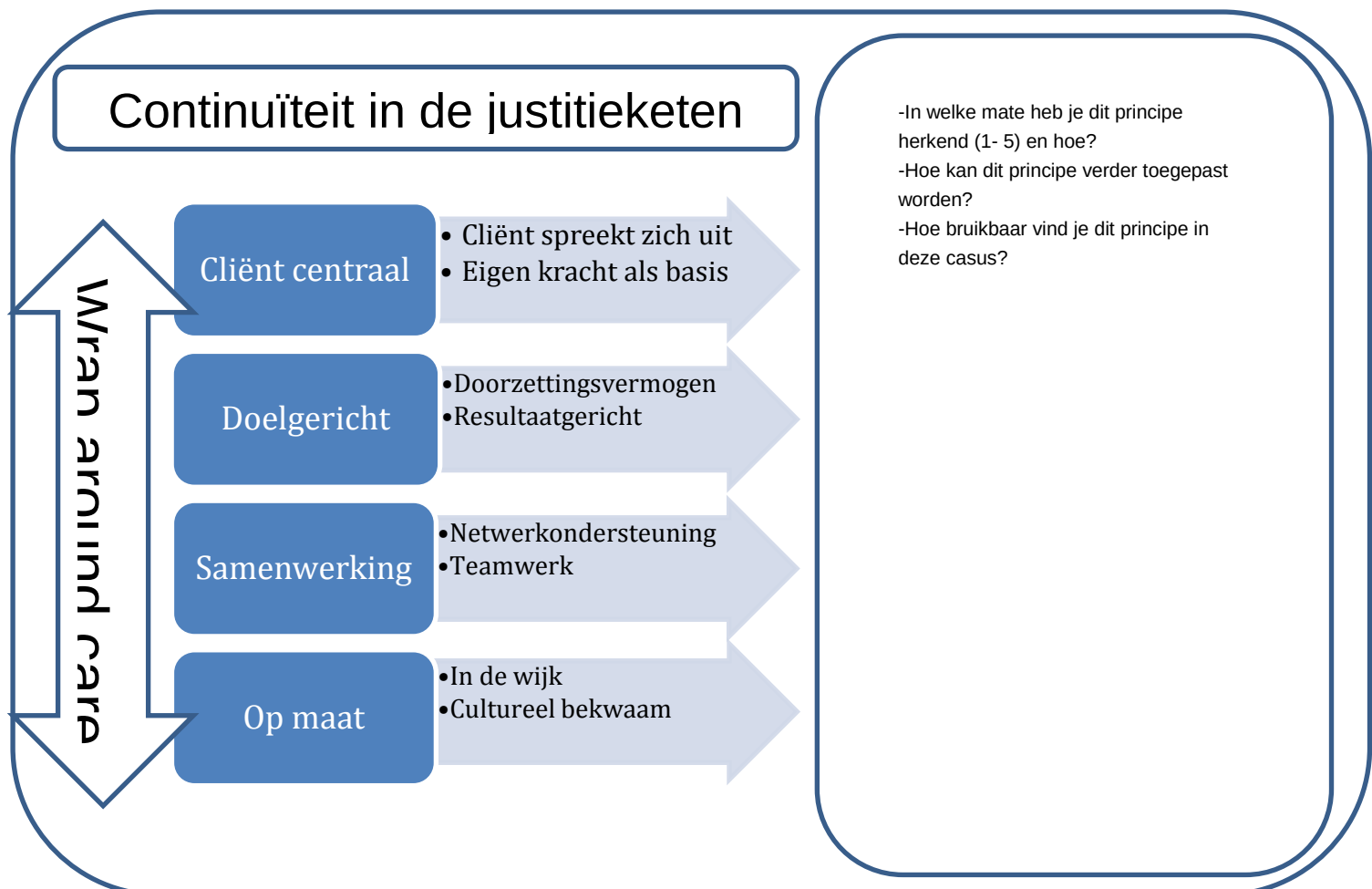
Voorstel model casuïstiekbespreking

Formulier: inbrenger

1. Hoe gaat het met de doelen?

2. Hoe gaat het met de samenwerking?

3. Hoe gaat het met jou?



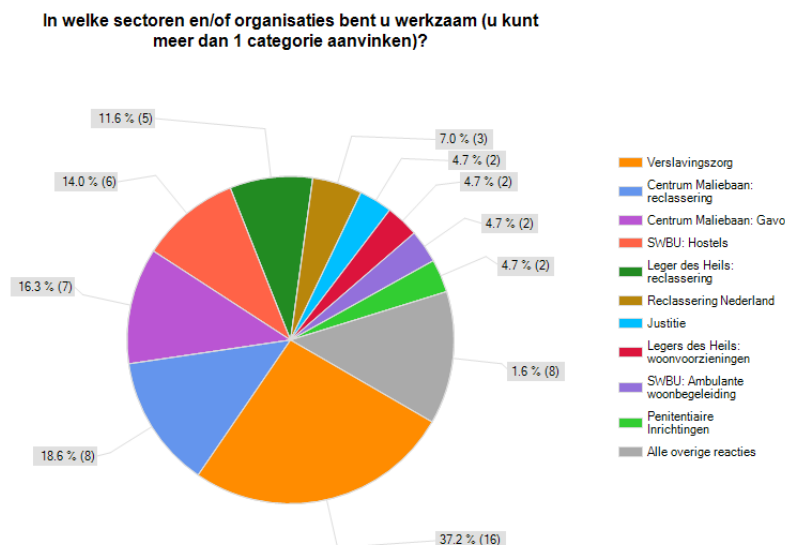
Bijlage 4: Meetinstrument cliënten

Introductie interview	
Voorstellen en uitleggen wat het doel van het interview is: een beeld krijgen van hoe de cliënt het reclasseringstoezicht ervaart, wat de cliënt belangrijk vindt, waarom en of de cliënt het idee heeft dat het toezicht hem wel/niet helpt. Benadrukken dat het onderzoek anoniem is en laten ondertekenen toestemmingsformulier. Uitleggen dat het interview uit twee delen bestaat, het eerste deel bestaat uit een open vraag waarbij de cliënt de ruimte krijgt om te vertellen wat hij belangrijk vindt. Het tweede deel bestaat uit stellingen waarbij gevraagd wordt of de cliënt per stelling een cijfer wil geven en dit cijfer wil toelichten.	
Deel I	
<i>Wat vind jij van het reclasseringstoezicht?</i>	Doorvragen op: -Wat vind je belangrijk (niet belangrijk) -Wat gaat er goed (minder goed) -Waar denk je dat dat aan ligt? -Vragen naar voorbeelden (waar blijkt dit uit?) Goed luisteren naar eventuele continuïteitsduidingen
<i>Wil je een cijfer geven van 1 – 10 voor</i>	
De kwaliteit van de begeleiding	
De mate waarin je vindt dat het reclasseringstoezicht helpt om geen delicten meer te plegen	
Hoe tevreden je bent over het toezicht	
Deel II	
In dit deel van het interview willen wij graag op basis van stellingen verder praten over hoe je het toezicht ervaart. We vragen je om eerst een cijfer van 1 – 10 te geven aan de stelling en vervolgens uit te leggen waaraan je dat merkt.	
Client Centraal	
Ik merk dat mijn mening in het toezicht belangrijk is Ik mag kiezen wat er tijdens het toezicht gebeurt Mijn kwaliteiten worden tijdens het toezicht gebruikt om de doelen te behalen Ik heb inspraak op in welke volgorde aan de doelen wordt gewerkt	-Waaraan merk je dat? (doorvragen op gedrag) -Hoe belangrijk vind je dit?
Doelgericht	
Ik weet wat de doelen van het toezicht zijn Ik vind de doelen van het toezicht helder Ik sta achter alle doelen van het toezicht Ik heb de doelen van het toezicht zelf geformuleerd	-Waaraan merk je dat? (doorvragen op gedrag) -Hoe belangrijk vind je dit?
Samenwerking	
Om de doelen van het toezicht te bereiken wordt er voldoende samengewerkt met anderen (professionals en sociaalnetwerk) Ik vind dat mijn familie en vrienden voldoende worden betrokken bij het toezicht	-Waaraan merk je dat? (doorvragen op gedrag) -Hoe belangrijk vind je dit?

Ik heb invloed op met wie er wordt samengewerkt Er is sprake van een team van mensen die met mij samenwerken om de doelen te bereiken	
Op maat	
Ik voel mij begrepen door de toezichthouder Ik voel mij op mijn gemak bij het toezicht Ik voel mij met respect benaderd Ik heb het idee dat er rekening wordt gehouden met mijn persoonlijke situatie	-Waaraan merk je dat? (doorvragen op gedrag) -Hoe belangrijk vind je dit?
Continuïteit	
Met welke andere organisaties heb jij nog meer contact? Hoe wordt er samengewerkt tussen de reclassering en deze organisaties? Hoe belangrijk vind je dat? Hebben de organisaties dezelfde doelen? In hoeverre is er sprake van gaten in het traject?	

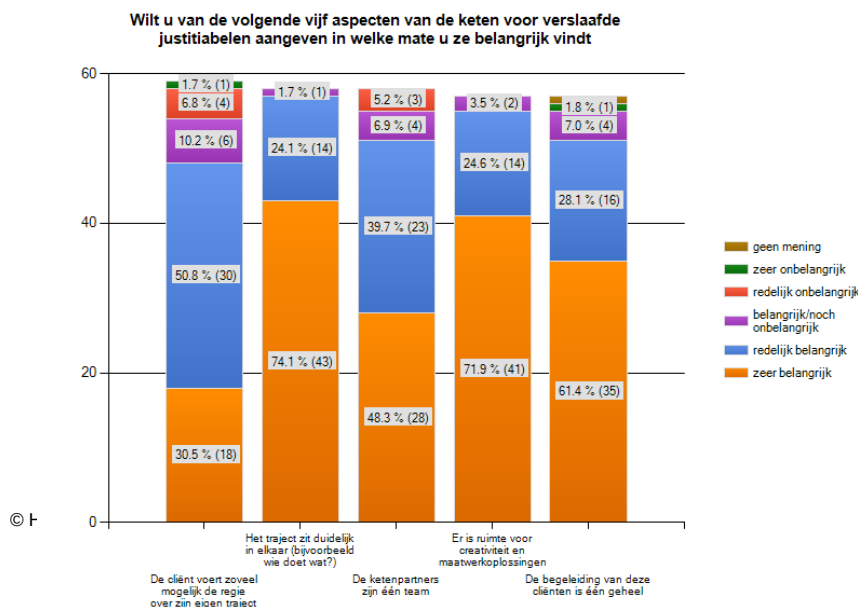
Bijlage 5: Resultaten startmeting Victas

In totaal hebben 59 respondenten de vragenlijst ingevuld. In figuur 3.1 is in een taartdiagram de verdeling van de deelnemende professionals over de ketenorganisaties te zien.

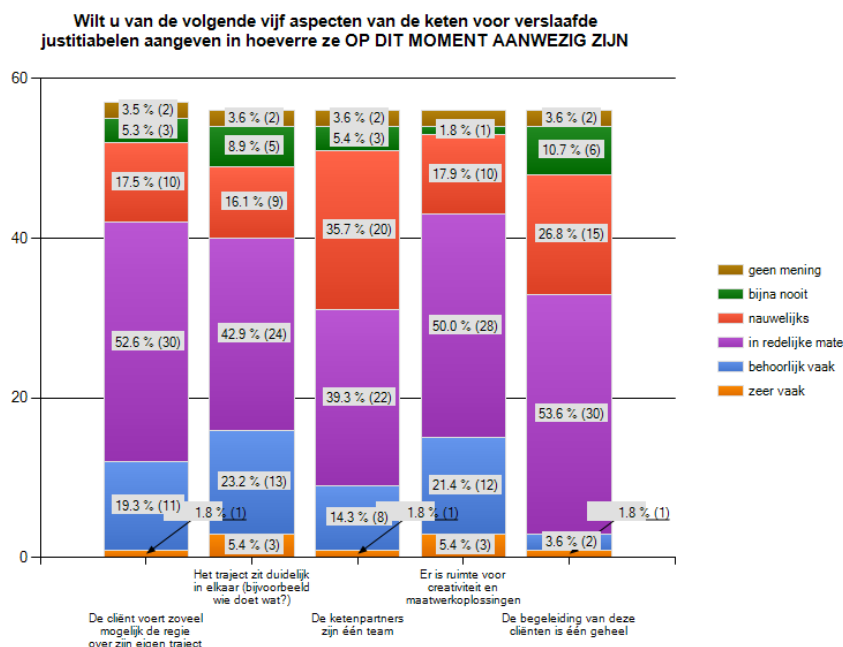


Figuur 3.1 Spreiding organisaties nulmeting

Hieronder zullen de resultaten van zowel de gesloten als van de open vragen uit de enquête worden weergegeven per thema (aspect). Binnen elk van deze thema's is steeds gekeken naar de mate waarin men deze aspecten belangrijk vindt en de mate waarin ze op dit moment aanwezig zijn. Ten slotte krijgen de respondenten steeds per thema de ruimte om zelf met opmerkingen en suggesties te komen. Figuur 3.2 en 3.3 illustreren aspecten in welke mate belangrijk werden gevonden en in welke mate deze aspecten op dit moment aanwezig zijn.



Figuur 3.2: mate belangrijkheid per aspect



Figuur 3.3: mate van aanwezigheid per aspect

8.2.1 Eigen regie

Het eerste aspect van de nulmeting richt zich op de eigen regie van cliënt over zijn eigen traject. 30,5% van de respondenten gaf aan dit aspect zeer belangrijk te vinden, 50,8% redelijk belangrijk, 10,2% belangrijk noch onbelangrijk, 6,8% redelijk onbelangrijk en 1,7% van de respondenten gaf aan het zeer onbelangrijk te vinden.

In de praktijk komt eigen regie van de cliënt minder vaak voor dan dat de ketenpartners aangeven het belangrijk te vinden. (Slechts) 1,8% van de respondenten geeft aan dat eigen regie zeer vaak voor komt. Volgens 19,3% komt eigen regie behoorlijk vaak voor, 52,6% zegt in redelijke mate, 17,5% nauwelijks,

5,3% zegt bijna nooit en 3,5% van de respondenten geeft hierover geen mening.

Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat cliënten in sommige gevallen wel eigen regie hebben, maar medewerkers geven vooral aan dat er nog veel verbetering mogelijk en wenselijk is. In de huidige situatie lijkt eigen regie voor een deel afhankelijk te zijn van de casemanager die iemand treft. Zo zegt één van de respondenten: *“Cliënten voeren niet de regie maar zijn vaak ‘overgeleverd’ aan de motivatie, contacten en de kennis van de casemanagers. Casemanagement verschilt behoorlijk onderling. Oftewel de ene casemanager laat wel ruimte voor de cliënt om mee te denken en de andere ‘weet het zelf allemaal het beste’.”*

De meest genoemde factor waarvan eigen regie afhankelijk is zijn de mogelijkheden en beperkingen van een cliënt. Cliënten hebben niet altijd een realistisch beeld van de toekomst waardoor sommige wensen niet uitvoerbaar zijn. Daarnaast is er in het hulpverleningsaanbod voor sommige doelgroepen weinig beschikbaar. Eén van de respondenten zegt hierover: *“In het aanbod zitten nog wel gaten met bijv. met LVG [licht verstandelijk gehandicapt] cliënten met een verslavingsprobleem, oudere verslaafden met lichamelijke en psychiatrische problemen”.*

Een andere veelgenoemde factor is het justitiële kader waarin cliënten zich bevinden. Doordat cliënten niet altijd vrijwillig begeleid worden komt het ook voor dat cliënten via de rechter bepaalde interventies opgelegd hebben gekregen waar zij zelf niet achter staan. Dit hoeft overigens niet altijd het geval te zijn, maar medewerkers geven wel aan dat eigen regie binnen een justitieel kader ingewikkelder is dan zonder een justitieel kader. Interessant in dit verband is dat wij in onze data wel een significante correlatie aantreffen ($r = .51$, $p < .01$) tussen de mate van kennis over het werkveld die professionals zichzelf toedichten en de mate van belang die zij toekennen aan eigen regie door cliënten.

Een andere factor waardoor eigen regie niet altijd mogelijk is, zijn de lange wachtlijsten die er zijn. Door de wachtlijsten kunnen cliënten niet altijd terecht bij de instelling die in eerste instantie het meest passend leek. Ook tussentijdse detenties kunnen een belemmering zijn, omdat het opgestelde traject dan weer opschuift. Een respondent zegt hierover: *“Belemmeringen in de zin van lange wachtlijsten en detenties komen frequent voor zodat er weer lange tijd overheen gaat om de cliënt opnieuw te motiveren”.*

Voor de toekomst geven een aantal medewerkers aan dat het goed zou zijn als cliënten vaker zelf aanwezig zouden zijn bij besprekingen. Dat is nu veelal nog niet het geval waardoor er vooral over cliënten wordt gesproken in plaats van met. Eén van de respondenten zegt hierover: *“Cliënten worden naar mijn idee vaak veel te weinig bij hun eigen traject betrokken. Cliënten zijn bij de meeste overleggen tussen hulpverleners en andere ketenpartners niet aanwezig en worden niet altijd goed op de hoogte gehouden van wat er besproken wordt. Er wordt denk ik te weinig geluisterd naar en rekening gehouden met de wensen en ideeën van cliënten en er wordt daardoor niet genoeg gebruik gemaakt van hun eigen kracht, vaardigheden en mogelijkheden om problemen aan te pakken”*

8.2.2 Duidelijkheid traject

Het tweede onderzochte aspect is de duidelijkheid van het traject. Volgens veruit de meeste respondenten, namelijk 74,1%, is dit een zeer belangrijk aspect. 24,1% geeft aan dit aspect redelijk belangrijk te vinden en 1,7% zegt het belangrijk noch onbelangrijk te vinden.

In de huidige praktijk komt duidelijkheid van het traject volgens 5,4% van de respondenten zeer vaak voor. 23,2% geeft aan dat het behoorlijk vaak voorkomt, 42,9% in redelijke mate, 16,1% nauwelijks, 8,9% bijna nooit en 3,6% geeft hierover geen mening.

Over het algemeen geven medewerkers in de open ruimte aan dat trajecten niet altijd duidelijk in elkaar zitten al hangt dat erg af van individuele medewerkers. Er worden meerdere redenen genoemd.

De voornaamste reden is dat er om één cliënt vaak meerdere hulpverleners werkzaam zijn en er niet altijd goed wordt afgestemd wie wat doet en waarvoor verantwoordelijk is. Eén van de respondenten zegt hierover: *“De verhoudingen en contacten tussen ketenpartners zijn naar mijn idee vaak redelijk goed maar het is niet altijd duidelijk wie de regie voert over een traject en voor cliënten zijn zaken vaak heel onduidelijk”. Meerdere medewerkers geven aan dat hoewel er zeker meer afstemming is dan voorheen hier nog veel verbetering in zou kunnen komen”.*

Daarnaast geven medewerkers aan dat de lange wachtlijsten een belemmerende factor zijn als het gaat om de duidelijkheid van een traject. Er kan daardoor minder duidelijk een tijdspad worden gemaakt en medewerkers geven ook aan dat er voor bepaalde doelgroepen structurele tekorten zijn. Eén van de respondenten zegt hierover: *“Er zijn structurele tekorten in de mogelijkheden, zoals een gebrek aan woonmogelijkheden en een gebrek aan opvang voor alcoholverslaafden en verslaafden met een verstandelijke beperking”.*

Ook hebben sommige cliënten in hun verleden al zoveel verschillende hulpverleners gehad waardoor zij niet altijd meer de energie hebben om weer helemaal hun verhaal te vertellen. De wisselende hulpverleners hebben volgens medewerkers een negatieve invloed op de duidelijkheid van het traject. Zo zegt één medewerker: *“Beter afstemmen, minder wisselende hulpverleners, hulpverlening is vaak een basis van vertrouwen en relatie, die niet werkt als een cliënt steeds 'opnieuw' moet beginnen met een nieuwe hulpverlener”*

Om de duidelijkheid van het traject te bevorderen geven medewerkers aan dat het zowel voor medewerkers als voor cliënten een verbetering zou zijn als er één vast aanspreekpunt zou zijn die de coördinatie heeft.

8.2.3 Teamgerichtheid

Het derde aspect richtte zich op de teamgerichtheid binnen de keten. 48,3% van de respondenten geeft aan dit zeer belangrijk te vinden. 39,7% vindt dit redelijk belangrijk, 6,9% belangrijk noch onbelangrijk en 5,2% redelijk onbelangrijk. .

Over het algemeen geven medewerkers aan dat dit heel verschillend is per ketenpartner en per individuele medewerker. Er zijn tegenwoordig meerdere overlegvormen waarin verschillende ketenpartners aan tafel zitten. Dit wordt zeker gezien als een verbetering. Er wordt echter regelmatig genoemd dat de perspectieven omtrent een cliënt duidelijk kunnen verschillen. Dit komt door verschillende visies op recidivevermindering op lange termijn bij verslaafden. Eén van de respondenten zegt hierover: *“In de stad Utrecht is er goede samenwerking tussen de ketenpartners, er vindt regelmatig overleg plaats, er zijn korte lijnen en men weet elkaar goed te vinden. Er is bereidheid om naar creatieve oplossingen te kijken. Wel is duidelijk dat politie/ justitie en behandelaars anders kijken naar de problematiek en hier heerst nog wel wat onduidelijkheid over en weer”.*

Daarnaast wordt een aantal keer genoemd dat meer communicatie de teamgerichtheid zou kunnen verbeteren. Met communicatie wordt onder andere de voortgang en stand van zaken in behandeltrajecten genoemd. Ook wordt als suggestie geopperd om de cliënten meer te laten participeren bij de overleggen om hen ook een stem te geven. Dit vanuit de veronderstelling dat dit een positief effect kan hebben op de motivatie van de cliënten. Daarnaast zijn zij dan beter op de hoogte van de gemaakte afspraken en verantwoordelijkheden.

Als suggestie wordt genoemd om elkaars werk beter te leren kennen om zo ook vanuit meerdere perspectieven naar een casus te kijken. Een respondent zegt hierover: *“Het komt te vaak voor dat ketenpartners*

alleen vanuit hun eigen "kitchen" denken. Kijk eens wat vaker bij de ander in de "kitchen". Laten we met z'n allen breder kijken dan vanuit de visie van je eigen organisatie. Laten we trachten met z'n allen alle aspecten te belichten en naast elkaar te leggen en daaruit proberen de juiste weg te bewandelen. Dit kan bijvoorbeeld door naar elkaars open dagen te gaan, door het gesprek met elkaar aan te gaan. Het is toch simpel!!!".

8.2.4 Creativiteit

Omtrent het aspect creativiteit worden wisselende antwoorden gegeven. Een deel van de respondenten geeft aan dat creativiteit bij het werk hoort aangezien elke cliënt weer anders is. Een respondent zegt hierover: *"Alles is in mijn optiek bespreekbaar. Iedere cliënt is uniek met zijn of haar problematiek. Volgens mij zijn de cliënten met al hun overeenkomsten, totaal niet onder één noemer/omschrijving te karakteriseren. Er is altijd een basisstart per cliënt. Je wilt uitzoeken waar de problematiek zit en daar samen met de cliënt oplossingen voor vinden. Creativiteit en maatwerk zijn onlosmakelijk verbonden met ons werk".*

Als belemmeringen voor creativiteit worden vooral de ingewikkelde financiering, indicering en de wachtlijsten genoemd. Zo zegt één van de respondenten: *"Door bureaucratie, wachtlijsten en soms ingewikkelde indicering en financiering van hulpverlening voor justitiabelen is het soms praktische onmogelijk om maatwerkoplossingen te bieden voor problemen van cliënten en is er weinig ruimte voor creativiteit".*

Hoewel een deel van de medewerkers aangeeft genoeg ruimte voor creativiteit te hebben geven de meeste respondenten aan dat het mooi zou zijn als men (nog) creatiever te werk gaat als er wat meer buiten de gebruikelijke kaders wordt gedacht: *"Binnen de kaders van de organisatie(s) blijven denken beperkt de mogelijkheden. Neem het werkveld als uitgangspunt en durf onorthodoxe paden te bewandelen. Volg niet alleen de financieringsstromen".*

Belangrijk uit de antwoorden blijkt het durven nemen van ruimte en zelf creativiteit creëren. Dit blijkt wel erg afhankelijk te zijn van de personen die bij een cliënt betrokken zijn. Eén van de respondenten zegt hierover: *"Ruimte voor creativiteit en maatwerkoplossingen is er altijd. Je moet zelf wel die ruimte zien en durven nemen!! Wat beter kan is: elkaar motiveren om kansen te zien en te benutten in plaats van onmogelijkheden"*

8.2.5 Continuïteit

Volgens de meeste respondenten is er momenteel sprake van te weinig continuïteit en is het vooral afhankelijk van gemotiveerde personen en/of instellingen. De samenwerking zou een stuk beter kunnen als er meer wordt overlegd over de huidige stand van zaken. Eén van de respondenten zegt hierover: *"Er wordt veel op eilandjes gewerkt. Het is erg afhankelijk van de instelling of er wel of niet regelmatig contact wordt gezocht met de casemanagers om één en ander af te stemmen".*

Hoewel er wel veel verschillende structurele overleggen zijn, wordt er volgens een aantal respondenten nog te weinig op cliëntniveau met de desbetreffende organisatie gesproken. Evenals bij de voorgaande aspecten spelen de wachtlijsten, administratie en de indicering een grote rol bij het wel of niet creëren van continuïteit.

8.2.6 Conclusie: prioriteiten

Om te kijken naar waar op ketenniveau prioriteiten liggen als het gaat om het verhogen van de samenhang van de aanpak hebben wij de volgende rationale gehanteerd: iets is een prioriteit als het 1) relatief belangrijk wordt gevonden en 2) in lage mate aanwezig is op dit moment. Er is daarom per aspect de

verschilscore berekend tussen de gemiddelde score voor het belang van dat aspect en de gemiddelde score voor de mate waarin het nu aanwezig is. Hierbij zijn twee berekeningswijzen gehanteerd;

- 1) op basis van de globale aanwezigheidsscore voor een aspect op dit moment en
- 2) op basis van de somscore van de deelaspecten (de deelaspecten mogen bij elkaar worden opgeteld omdat de interne consistentie voldoende is, zoals blijkt uit tabel 4)

Tabel 4

Interne consistentiemate voor de vijf deelaspecten per hoofdaspect

Hoofdaspect	Consistentiemate voor de deelaspecten
Eigen regie	.66
Duidelijkheid traject	.72
Een team	.79
Creativiteit	.72
Continuïteit	.72

Tabel 5 toont per aspect de verschillen, per hoofdaspect en deelaspect. Het getal drukt dus het verschil uit tussen de mate waarin het aspect belangrijk wordt gevonden en de mate waarin het aspect op dit moment aanwezig is.

Tabel 5

De verschilscore: Verschil tussen mate van belangrijkheid en mate van aanwezigheid per hoofdaspect en deelaspecten

Hoofdaspect	Versilscore hoofdaspect/deelaspecten
Eigen regie	1.06/1.47
Duidelijkheid traject	1.62/2.15
Een team	1.60/1.43
Creativiteit	1.50/1.98
Continuïteit	1.82/2.06

Tabel 5 laat zien dat de grootse afwijkingen tussen hetgeen wat gewenst wordt en hoe het nu beleefd wordt liggen bij de continuïteit, bij duidelijkheid en bij teamgerichtheid. Het gaat hier om een betrouwbaar resultaat aangezien voor zowel de berekeningswijze op basis van de globale aanwezigheid score als die op basis van de deelaspecten de zelfde 2 prioriteiten (duidelijkheid en continuïteit) naar voren komen.

Om verder in te zoomen op de prioriteiten hebben we op basis van regressie analyses van de deelaspecten op de hoofdaspecten gekeken of deze prioriteiten verder gespecificeerd konden worden. Hieruit bleek dat het bij duidelijkheid met name gaat om "duidelijke einddoelen" en bij continuïteit om "het voorkomen van gaten in trajecten".

Bijlage 6: Resultaten tussenmeting Victas

8.1 Fase 4: de tweede meting

In februari 2012 heeft een tweede meting onder de professionals van de best practice unit plaatsgevonden. In bijlage 3 wordt de vragenlijst weergegeven. Tijdens deze tweede meting werden alle tien de principes van wraparound care bij de professionals bevraagd. In hoofdstuk twee werden theoretische redenen besproken om de principes te zien als één van de vormen waarin wraparound care manifest kan zijn, waarbij werd aangekaart dat een clustering van de principes mogelijk wenselijk is om het 'werkbaar' te houden. Deze theoretische overweging kan empirisch worden ondersteund op basis van 1) eerder onderzoek binnen de Utrechtse jeugdzorg en 2) de ervaringen van de professionals binnen de best practice unit van Centrum Maliebaan. Tabel 6 geeft een overzicht van verschillende scores per principe. Zo wordt besproken in welke mate het principe in het algemeen belangrijk wordt gevonden, in welke mate een principe in de huidige situatie (algemene werkwijze) aan de orde is en in welke mate het principe aan de orde is in de werkwijze in de pilot. Hierbij stond 1 voor zeer onbelangrijk en 5 voor zeer belangrijk. Vervolgens is een prioriteitsscore berekend (het verschil tussen de mate waarin een principe belangrijk wordt gevonden en de mate waarin er sprake van is in de huidige situatie/de toepassing in de pilot). Hoe hoger het cijfer, hoe groter het verschil en daarmee hoe meer prioriteit.

Tabel 6

Overzicht principes mate van belangrijkheid, gemiddelde huidige situatie en prioriteit vervolg

Principe	Gemiddeld Belangrijk	Gemiddeld Huidige situatie	Toepassing in pilot	Prioriteit Algemeen	Prioriteit Vervolg pilot
Cliënt spreekt zich uit	4.6	3.2	4.4	1.4	0.2
Gebaseerd op teamwerk	4.4	2.2	3.2	2.2	1.2
Netwerkondersteuning	4.0	2.8	3.2	1.2	0.8
Samenwerking	4.4	2.8	3.4	1.6	1.0
Outreachend	4.8	4.2	4.8	0.6	0
Cultureel bekwaam	4.8	4.2	4.8	0.6	0
Op maat	4.8	4.0	4.4	0.8	0.4
Eigen kracht als basis	4.4	3.4	4.4	1.0	0
Doorzettingsvermogen	3.8	3.0	3.8	0.8	0
Resultaatgericht	4.2	2.6	3.4	1.6	0.8

Per principe worden de antwoorden besproken in de volgende subparagrafen. Inleidend wordt nogmaals benoemd wat het principe volgens de literatuur inhoudt, waarbij wij benadrukken dat deze definiëring niet eenzijdig is, er is ruimte voor professionals om de principes verder te definiëren (of te clusteren).

8.1.1 Cliënt spreekt zich uit

Dit principe streeft ernaar dat de perspectieven en ideeën van cliënten worden achterhaald en geprioriteerd. Deze perspectieven staan centraal in alle fasen van de begeleiding. Het begeleidingsteam streeft ernaar om de cliënt opties en keuzen voor te leggen die de waarden en voorkeuren van de cliënt reflecteren.

De vraag hoe belangrijk dit principe is wordt gemiddeld gewaardeerd met een 4,6. Het argument wat hier het meest is genoemd, is dat het traject gaat om de cliënt en hij er uiteindelijk verder mee moet. Een van de werkers zegt hierover *“In het hele gebeuren gaat het om de cliënt dus ik vind het heel belangrijk hoe de cliënt erin staat en hoe hij zichzelf ziet”*.

Wat ook door een aantal geïnterviewde is genoemd is dat dit principe in de praktijk soms lastig is om uit te voeren omdat sommige cliënten daar de capaciteiten niet voor hebben. Een werker zegt hierover *“Maar wat ik wel vaak tegenkom, is dat er bij cliënten soms ook een onvermogen is om dat te doen. Ik heb bijvoorbeeld een cliënt die ik heel moeizaam uit zijn kamer krijg, die depressief voor zich uit zit te kijken en zelf heel moeilijk met dingen komt. Dat is ook een deel van zijn probleem”*.

In de huidige situatie wordt dit principe al redelijk toegepast. Werkers beoordelen de gemiddelde situatie met een 3,2 op een schaal van 1 tot 5. Een werker zegt hierover *“Dat wordt al wel gedaan, omdat je een toezichtsovereenkomst maakt met afspraken en daar staan ook afspraken in die je maakt samen met de cliënt, dingen die hij zelf aangeeft. Door wraparound care ben je er wel meer op uit. Bij cliënten die zeiden ‘ik moet niks’, dan liet je dat ook eerder zo”*

Binnen de wraparound care pilot wordt er meer met dit principe gewerkt dan in de huidige situatie. De huidige situatie werd beoordeeld met een 3,2, terwijl werkers binnen de pilot dit principe beoordelen met een 4,4. In de praktijk blijkt dat werkers sommige eigenschappen moeten afleren, zoals het overnemen van taken. Een werker zegt hierover: *“Door wraparound care ben ik me er van bewust geworden hoe ik het in het dagelijks werk doe. En dan blijkt dat je veel vaker denkt voor cliënten en cliënten veel uit handen neemt. Je probeert de cliënt in te laten zien wat ik belangrijk vind. Als hulpverlener ben je vaak geneigd om te denken te kunnen weten wat goed is voor je cliënt. Door wraparound care word ik er bewust van dat het niet zo is, hoewel ik dat wel soms denk”*.

8.1.2 Gebaseerd op teamwerk

Dit principe gaat erom dat het begeleidingsteam bestaat uit personen die met goedkeuring van de cliënt aan hen zijn verbonden, formeel of informeel.

Gemiddeld wordt dit principe van wraparound care gewaardeerd met een 4,4 op de vraag hoe belangrijk dit principe is (zie tabel 6). Aangezien cliënten vaak te maken hebben met meerdere organisaties geven werkers aan dat communicatie met deze organisaties van belang is. Ook contact met het informele netwerk wordt belangrijk gevonden, omdat als de reclassering wegvalt, de overgebleven organisaties en het informele netwerk verder moeten met de cliënt. Een van de werkers zegt hierover *“Vanuit reclasserings-oogpunt vind ik dat zeer belangrijk. Reclasseringstoezicht wordt meestal opgelegd voor twee jaar, dus het is de bedoeling dat de reclasseringswerker daar een keer uitvalt. Wij vallen een keer weg en dan moet er wel voldoende netwerk om een cliënt heen zitten zodat anderen het kunnen oppakken”*.

In de huidige situatie wordt het principe ‘gebaseerd op (team)werk’ weinig toegepast. Gemiddeld gaven werkers hier een 2,2 voor. Hoewel er wel contacten zijn met het formele netwerk wordt het informele netwerk weinig ingezet of op een andere manier. Een werker geeft hierover het volgende aan *“We hebben wel contacten met ouders en partners, maar we zetten ze op een hele andere manier in. Dus het is veel meer, ik bel ze en zij bellen mij als ze zich ongerust maken en ik bel hen of ze hem zijn bed uit willen trekken. Maar echt inzetten van wat kun jij nou voor hem betekenen, dat doen we eigenlijk als je het mij vraagt niet”*

Belangrijk bij het betrekken van het informeel netwerk is wel dat cliënten hier ook achter staan. Werkers benadrukken dat cliënten zelf mogen beslissen of er contact is met het informele netwerk.

Binnen de wraparound care pilot wordt er meer met dit principe gewerkt dan in de huidige situatie. De huidige situatie werd beoordeeld met een 2,2, terwijl werkers binnen de pilot dit principe beoordelen met

een 3,2. Als ontwikkelpunt werd hier vooral genoemd dat werkers meer vaardigheden willen verkrijgen om het netwerk boven tafel te krijgen. Ook geven een aantal werkers aan meer kennis te willen hebben over hoe je een gezamenlijke bijeenkomst kunt organiseren. Hier zijn al wel wat positieve ervaringen mee waar op voortgeborduurd kan worden. Daarnaast gaf een werker aan te moeten wennen aan dit principe". Zij zegt hierover *"Dat is wel een beetje veranderd in mijn rol sinds de pilot. Hiervoor werkte ik met jongeren en die zag ik acht uur op een dag. En ik dacht in het begin, reclassering daar komt iemand één keer in de twee of drie weken. Wie ben je nou in het netwerk van iemand? Daar ben ik door wraparound care wel anders in gaan staan. Je blijft natuurlijk wel twee jaar lang bij iemand en je moet behoorlijke doelen op poten zetten, de bijzondere voorwaarden"*

8.1.3 Netwerkondersteuning

Dit element van wraparound care richt zich erop dat het team zoekt en actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van de cliënt motiveert. In het plan zijn activiteiten en interventies opgenomen om aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aan te trekken.

Gemiddeld genomen wordt het principe netwerkondersteuning beoordeeld als belangrijk (gemiddeld 4). Hiervoor werden ongeveer dezelfde argumenten genoemd als bij het principe 'gebaseerd op teamwerk'. Een werker zegt hierover *"Ik denk wel dat het belangrijk is, omdat op het moment dat de cliënt het niet meer ziet zitten, het netwerk hem kan motiveren. In de huidige situatie wordt dit wel toegepast, maar als ik het over motiveren heb dan niet. Dan doe ik dat zelf en dan denk ik er niet aan om er familie bij te halen. Wel met bijvoorbeeld een woonbegeleider. Dan overleg ik met hem wat het beste is om de cliënt te helpen"*.

Voor de huidige situatie werd gemiddeld een 2,8 gegeven. Hierbij werd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het formele en informele netwerk. Er wordt nu wel regelmatig overlegd met andere organisaties uit de keten, maar nog niet heel structureel. Nu gebeurt het volgens de werkers op de momenten dat er iets aan de hand is of er iets geregeld moet worden. Een werker zegt hierover *"Ik vind dit binnen wraparound care zeer belangrijk. In de huidige situatie is het nu minder belangrijk, alleen op het moment dat je iets nodig hebt van die andere partij. Als je er zelf om vraagt of als de andere partij er om vraagt gebeurt dit als je elkaar nodig hebt. Binnen wraparound care wordt het meer toegepast"*.

De winst om in te zetten op dit principe, was volgens werkers dat het belangrijk is om van andere partijen te weten wat zij doen en wat je van elkaar kunt verwachten.

Binnen de wraparound care pilot wordt er iets meer met dit principe gewerkt dan in de huidige situatie. De huidige situatie werd namelijk gewaardeerd met een 2,8 en werkers binnen de pilot beoordelen dit principe met een 3,2. Als ontwikkelpunt werd hier vooral genoemd dat werkers meer vaardigheden willen verkrijgen om het netwerk boven tafel te krijgen. Ook geven een aantal werkers aan meer kennis te willen hebben over hoe je een gezamenlijke bijeenkomst kunt organiseren. Hier zijn al wel wat positieve ervaringen mee waar op voortgeborduurd kan worden. Een werker zegt hierover *"Je moet wel weten wat het netwerk is en wat wordt er van elkaar verwacht. Hoe gaan we met elkaar samenwerken? Dat je daar goede afspraken over maakt onderling"*.

8.1.4 Samenwerking

Dit principe van wraparound care houdt in dat teamleden samenwerken en de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling, implementatie, monitoring en evaluatie van het gezinsplan delen. Het plan reflecteert een samensmelting van de perspectieven, mandaten en (financiële) middelen van de teamleden. Daarnaast stuurt het plan het werk van elk teamlid richting het halen van de doelen van het gezin.

Gemiddeld genomen wordt het principe samenwerking beoordeeld als belangrijk (gemiddeld 4,4). Hiervoor worden verschillende argumenten genoemd, een medewerker vertelt bijvoorbeeld:

“Er is altijd een netwerk om een cliënt en het is niet altijd zo dat alleen de reclassering contact heeft met een cliënt. Je moet dus ook wel samenwerken. En daar gaan wij ook vanuit want reclasseringswerkers kunnen niet alles doen, dus het moet wel in samenwerking”.

Hoewel het principe als belangrijk gezien wordt, verloopt de samenwerking in de praktijk vaak nog een beetje moeizaam. In de wraparound care situatie wordt dit beoordeeld met een 3,4 en in de huidige situatie zelfs met een 2,8. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat de verschillende partners niet tot een integraal plan komen. Een medewerker vertelt bijvoorbeeld over het samenwerken met andere partners:

“Dit vind ik niet echt dat we dat doen. Ik vind wel dat we goed afstemmen, maar echt een plan... Ik heb niet echt vaak een plan. Ik zie hierbij een plan voor me met doelen, heel gestructureerd”.

8.1.5 In de wijk/outreaching

De kern van dit principe is dat de begeleiding het best zo dicht mogelijk in de buurt moet plaatsvinden. Samen met de principes ‘cultureel bekwaam’ en ‘op maat’ wordt dit principe het belangrijkste gevonden (gemiddeld 4,8). Dit omdat je dan meer van een cliënt ziet en het volgens de geïnterviewde goed is voor de werkaliantie. Een werker zegt hierover *“Als je het hebt over netwerk en eigen regie dan denk ik dat dat het beste werkt op de plek waar je woont. Daar moet het namelijk gebeuren. Naar mijn idee wordt het wat theoretischer als dat hier op een spreekkamer gebeurt. Zij moeten dan in mijn wereld intreden en het gaat er juist om dat ik in hun wereld kom. Ik denk dat mensen zich daardoor gekend worden in wat zij zijn en dat ze belangrijk genoeg gevonden worden om hen te bezoeken, om naar hen toe te komen”.*

In de huidige situatie wordt dit principe volgens de werkers al veel toegepast. Binnen het GAVO en de reclassering krijgen zij nu al veel ruimte om cliënten te bezoeken. Bij de reclassering is het in sommige gevallen vanwege de verplichtingen omtrent het toezicht ook verplicht. Een casemanager zei hierover *“Als je op die manier werkt, bereik je meer dan dat je ze hier alleen op kantoor laat komen. Als ik een cliënt hier laat komen, wordt het door de omgeving een zakelijk iets. Als ik met een cliënt op de fiets zit zeggen mensen hele andere dingen. Daar kun je heel veel mee, daar kun je veel uit halen. Ik vind dat heel waardevol”.*

Outreaching werken wordt binnen de pilot iets hoger gewaardeerd. In de huidige situatie ligt het gemiddelde op 4,2 en voor de situatie binnen de pilot ligt het gemiddelde op 4,8. Een casemanager zegt hierover *“Als ik het over wraparound care cliënten heb, heb ik ze van de tien keer misschien twee keer op kantoor gezien en de rest ben ik met ze op pad”.*

8.1.6 Cultureel bekwaam

Dit principe van wraparound care houdt volgens de literatuur in dat het begeleidingsproces voorbouwt op waarden, voorkeur, geloof, cultuur en de identiteit van de cliënt.

Zoals in de vorige paragraaf al naar voren kwam worden de principes ‘outreaching’ en ‘op maat’ het belangrijkste gevonden (gemiddeld 4,8). Dit heeft volgens de geïnterviewden vooral te maken met respect dat je toont voor een cliënt. Om contact met een cliënt te krijgen is het essentieel om een cliënt te begrijpen. Een medewerker zegt hierover *“Ik vind het heel belangrijk, het geeft iemand autonomie. Als je daar*

aan gaat zitten en daarover in discussie gaat, dan ben je een cliënt natuurlijk kwijt. En terecht. En dan geef je hem ook niet die eigen regie. Dat maakt iemand tot wie hij is En waar hij uiteindelijk mee verder moet. In vergelijking met de huidige situatie zit er weinig verschil in de waardering over hoeverre dit principe al wordt toegepast. Binnen de pilot wordt er volgens de geïnterviewde zeer cultureel bekwaam gewerkt. Een medewerker zegt hierover: *“Dit principe wordt zowel in de huidige situatie als bij wraparound care toegepast. Soms is het moeilijk, bijvoorbeeld bij iemand van de straat met zijn gedrag. Ik ga niet iemand continu corrigeren als iemand popi jopi of patserig doet om dingen voor elkaar te krijgen. Op den duur spreek ik de cliënt aan op zijn houding en gedrag. Als iemand in de kliniek zit kan hij zich niet gedragen zoals op straat. Zo werkt het niet en zo red je het niet in de wereld. Dat wordt niet geaccepteerd. Wat voor mij belangrijk is, is dat de cliënten binnen in de maatschappij passen om in die maatschappij te kunnen functioneren. Wat je thuis doet maakt niet uit, maar in de maatschappij moet je je gedragen zoals het geaccepteerd wordt. Anders werkt het alleen maar tegen je”.*

Op de vraag naar ontwikkelpunten antwoordt een professional:
“Dit principe mag meer aandacht krijgen. Hoe ik het doe hoeft nog niet te betekenen hoe anderen het doen. Het is interessant om er over na te denken hoe ver je hier in moet gaan. Er is geen eenduidige lijn hoe werkers met hun cliënten om dienen te gaan. Ik ben bijvoorbeeld veel strenger dan andere werkers. Voor cliënten is dit soms ook ingewikkeld. Een strenge werker op een cliënt die het allemaal niet serieus neemt kan averechts werken. Het is moeilijk te zeggen van te voren hoe je iemand moet benaderen. Dit kun je in rapporten lezen, op die manier kun je wel een beetje screenen en kijken wie er bij iemand past. Het is moeilijk, het moet matchen”.

8.1.7 Op maat

Dit principe houdt volgens de literatuur in dat het belangrijk is om voor de gestelde doelen een begeleidingsplan te maken met hierin op de persoon afgestemde interventies of behandelingen. Het principe 'op maat' gewaardeerd met een 4,8 als het gaat om hoe belangrijk werkers dit principe vinden. In de huidige situatie wordt er al met dit principe gewerkt. Het cijfer voor de huidige situatie is een 4. Twee medewerkers zeggen hier over het volgende:

“Hier werken allemaal werkers met ervaring en ik denk dat de ervaring wel leert dat het niet handig is om met allemaal eisen te komen naar cliënten dan gaan ze natuurlijk nooit meewerken. Kijken wat iemand aankan is belangrijk.”

“Bij ons wordt dit ook in de huidige situatie veel toegepast. Onder sommige dingen zoals gedragsinterventies kom je niet uit. Wat dat betreft moet je wel kijken wat er bij de cliënt pas. Als een cliënt werkt kunnen we s avonds de gedragsinterventie aan bieden. Dat vind ik ook al op maat. Binnen wraparound care heb ik het idee dat alles mogelijk is. Het is heel belangrijk dat als je dingen op maat doet, de kans van slagen groot is. Ook een verslaving is mogelijk, als het maar geen overlast op levert.”

Voor de wraparound care pilot wordt de toepassing gewaardeerd met een 4,4. Er werden hierbij in vergelijking met de andere principes weinig ontwikkelpunten genoemd.

8.1.8 Eigen kracht als basis

Als we kijken hoe belangrijk de medewerkers het principe 'eigen kracht als basis' vinden, dan wordt dit met een gemiddelde van 4,4 als belangrijk gezien. Volgens de literatuur gaat dit principe over dat het begeleidingproces en het plan zich richten op het, identificeren, opbouwen en vergroten van de bekwaamheid, kennis, vaardigheden en eigen kracht van de cliënt en netwerk. Een medewerker zegt hierover:

“Dit vind ik belangrijk, maar het is ook een heel moeilijk punt. Als hulpverlener ben je snel geneigd te denken in beperkingen en wat iemand niet kan. Op basis daarvan ga je naar passende dingen zoeken, terwijl als je het over eigen kracht hebt, het belangrijk is de sterke punten van mensen te benaderen”.

Een andere medewerker vertelt:

“Ik vind het wel lastig om in te schatten wat onkunde is en wat gewoon een soort uitdaging is. Van nou probeer het maar eens. Je overvraagt iemand heel snel, maar ondervraagt iemand ook heel snel denk ik. Maar ik denk wel dat het goed is dat we eens goed gaan nadenken over hoe we kunnen aansluiten bij LVB'ers. Dat is gewoon heel lastig”. “

Wat bij dit principe vooral opvalt, is dat er binnen wraparound care veel meer nadruk op wordt gelegd dan in de huidige situaties. Als we kijken hoeveel dit principe binnen de huidige situatie wordt toegepast, dan wordt dit beoordeeld met een 3,4. Dit is een vrij groot verschil met de toepassing van het principe binnen wraparound care, wat beoordeeld wordt met een 4,4. Een medewerker vertelt hierover:

“Dat is het grootste verschil tussen de huidige situatie en wraparound care. Omdat we het er heel veel over hebben en ik hoor ook dat dat ook echt wel gebeurt. Ik probeer dit ook echt in de huidige situatie toe te passen. Ik denk er nu veel meer over na dan een jaar geleden bij wijze van spreken. Ik denk er, vergeleken met een jaar geleden, zeer veel over na”.

8.1.9 Doorzettingsvermogen

Dit principe richt zich erop dat het team doorwerkt om de doelen in het begeleidingsplan te behalen totdat het team gezamenlijk besluit dat begeleiding niet meer nodig is.

In vergelijking met de rest van de principes wordt doorzettingsvermogen iets minder belangrijk gevonden. Toch wordt dit principe wel beoordeeld met een 3,8. Dit is ook een principe waar nog in moet worden ontwikkeld. Een aantal medewerkers geven aan meer te willen weten in hoe je dit in de praktijk kunt toepassen. De toepassing in de pilot wordt beoordeeld als 'veel' (3,8).

Er wordt zoveel mogelijk geprobeerd om ruimte te creëren in de caseload van de medewerkers uit de pilot. Een casemanager zegt hierover: *“Het leuke van de pilot hier, ik voel me vrijer om meer in te zetten dan gebruikelijk is. Je voelt minder de druk dat je het goed moet verdelen. Maar de beleving dat je verder mag gaan om de doelen te bereiken vind ik heel erg leuk, dat vind ik heel prettig. Dat vind ik ook belangrijk, maar tegelijkertijd vind ik dat je bij onze cliëntengroep een onderscheid moet maken waar het zinvol is en niet”.*

8.1.10 Resultaatgericht

Dit principe wordt gedefinieerd als “Het team verbindt doelen en strategieën van het begeleidingsplan aan waarneembare of meetbare indicatoren van succes, monitort de voortgang van deze indicatoren en stelt aan de hand daarvan het plan zonodig bij”.

Resultaatgerichtheid wordt gemiddeld beoordeeld met een 4,2 (zie tabel 6). Een van de medewerkers zegt hierover *“Belangrijk. We zijn geneigd mensen lang bij ons te houden. Met jongeren moet dit sneller. Sommigen zitten hier al 15 jaar, dat is te lang. Voor jongeren moet dit aflopend zijn”.*

In de huidige situatie worden er door verschillende instanties (begeleidings)plannen opgesteld. De geïnterviewde gaven aan dat de afstemming tussen de verschillende organisaties niet altijd even soepel verloopt. In de huidige situatie werd dit principe vooral vanwege het bovenstaande beoordeeld met een 2,6 (weinig tot redelijk).

Binnen de pilot wordt pas sinds kort geëxperimenteerd met netwerkconferenties met hierbij het formele en informele netwerk. Met het gestructureerd bespreken van doelen en strategieën is hierdoor nog weinig ervaring. Er volgens de geïnterviewde tijdens de pilot iets meer aandacht aan besteed, maar nog niet genoeg (gemiddeld 3,4). Meerdere geïnterviewde gaven aan dat zij dit principe verder willen ontwikkelen. Er is behoefte aan kennis en ervaring over hoe je dit principe in de praktijk kunt brengen in samenwerking met andere ketenpartners. Ook gaf één geïnterviewde aan geïnteresseerd te zijn in een sjabloon om de (tussen)resultaten in vast te leggen.

Bijlage 7: Factoranalyse resultaten Tactus

(Steur, 2013, p. 29)

Tabel 1: *Factoranalyse matrix*

Items		Factor								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Eigen regie</i>	1		.33	.40		-.42	.25	.42	.12	.32
	2	.26		.60	.52				-.31	.22
	3	.31	.64	.48			-.13		-.17	
	4	.71	.26				-.43	.14		
	5		.55		.35		.19	-.47	.38	
	6	.54	.48		.31	.14	-.17	.28	.23	
<i>Duidelijkheid</i>	1	.68	.20		-.49		.25			
	2	.60	.32				-.38	-.45		
	3	.48	.41	.32	-.38		-.21	-.15	-.33	
	4	.31	-.44	.34	-.22	.58	.23		-.23	
	5	.40	.44	.30		.11		.28		-.39
	6	.25	.63	.15		.36	.32	.24		.13
<i>Eén team</i>	1	.62	-.32		-.52	-.22	.19			
	2	.52	-.16	-.20	-.23	.15	-.30			.52
	3	.77	.15			-.24		-.25	.24	
	4	.61	.35	-.39	.12	.11	.20		-.23	
	5	.57	-.11	-.11		.64		.12	.22	-.13
	6	.80		-.40		.16	-.13	.16	-.17	
<i>Creativiteit</i>	1	.59	-.26	.25	-.13	-.46		.15	.16	
	2	.72	-.28	-.23	.21		-.43		.14	
	3	.58		-.14	-.13	-.25			.11	-.51
	4	.57	-.25		.34	-.13	.45	.18	.27	.12
	5	.52	-.51	.26	.42				-.24	
	6	.72	-.13	-.55	.14		.14	.22	-.13	
<i>Continuïteit</i>	1	.71	-.29		-.32	-.29			.12	.11
	2	.43	-.51	.49	-.15			-.15		
	3			.45	-.37	.34	-.17		.59	
	4	.48	-.56	.28	.23	.18	-.15	-.22	.14	
	5	.58	-.19	.21	.54		.29	-.21		-.23
	6	.55	.36	-.12	-.20	.15	.33	-.47		.21
Eigenwaarden		8.82	3.82	2.57	2.32	1.82	1.59	1.43	1.30	1.05
Percentage van verklaarde variantie		29.40	12.72	8.55	7.74	6.08	5.28	4.77	4.34	3.50

Extractie methode: principale componenten analyse. $n = 28$. Alleen factorloadingen groter dan $\pm .10$ worden weergegeven. De hoogste factorloadingen zijn vet gedrukt.

Bijlage 8: bespreking resultaten Tactus

Hoofdstuk 4 uit de masterthese van J. Steur (2013)

4 Onderzoeksresultaten

4.1 Nulmeting

De vragenlijst die geldt als nulmeting bestaat uit een kwantitatief en kwalitatief onderdeel. Beide zullen afzonderlijk worden behandeld.

4.1.1 Kwantitatief onderdeel

Allereerst zijn de vijf schalen aan een factoranalyse onderworpen (zie tabel 1). Dit is niet eerder gedaan bij de andere pilots. Er zijn in totaal negen factoren gevonden met een Eigenwaarde groter dan 1. Gezamenlijk verklaren deze factoren 82,38 procent van de variantie in alle items. De vijf schalen lijken niet empirisch te onderscheiden en de meerderheid van de items laadt sterk op de eerste factor. De negen factoren zijn tevens niet tot andere herkenbare constructen te interpreteren. Dit pleit er wellicht voor dat de wraparound care methode als geheel gezien dient te worden. Aangezien de schalen inhoudelijk andere onderwerpen hebben en daardoor afzonderlijk worden behandeld in de pilotbijeenkomsten worden deze in de verdere verslaglegging wel als zodanig aparte constructen beschouwd.

De vijf hoofdaspecten van de vragenlijst waren *eigen regie* ('De cliënt voert zoveel mogelijk de regie over zijn eigen traject'), *duidelijkheid* ('Het traject zit duidelijk in elkaar'), *één team* ('De ketenpartners zijn één team'), *creativiteit* ('Er is ruimte voor creativiteit en maatwerkoplossingen') en *continuïteit* ('De begeleiding van deze cliënten is één geheel'). Deze constructen zijn door de respondenten gescoord op hoe belangrijk zij gevonden worden en in hoeverre ze op dit moment aanwezig zijn. Op basis daarvan is hun prioriteit in termen van verschillcores berekend. Een overzicht hiervan staat in tabel 2. Alle verschillcores verschillen significant van nul.

Tabel 2: Beschrijvende statistieken hoofdaspecten en verschillcores

	Belangrijk	Nu aanwezig	Verschil
Eigen regie	3.88 (.81), $n=75^{b,c,d,e}$	3.04 (.68), $n=69^d$	.82 (.98), $n=67$ $t(66)=6.900^{***}$
Duidelijkheid	4.81 (.39), $n=74^{a,c,d,e}$	3.03 (.71), $n=71^{c,d}$	1.86 (.78), $n=67$ $t(66)=19.45^{***}$
Één team	4.43 (.82), $n=77^{a,b}$	3.22 (.77), $n=74^{b,e}$	1.23 (.99), $n=73$ $t(72)=10.65^{***}$
Creativiteit	4.62 (.61), $n=79^{a,b,e}$	3.26 (.63), $n=74^{a,b,e}$	1.37 (.85), $n=74$ $t(73)=13.86^{***}$
Continuïteit	4.45 (.64), $n=74^{a,b,d}$	2.96 (.74), $n=72^{c,d}$	1.57 (.96), $n=68$ $t(67)=13.53^{***}$

1= zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk; 1 =bijna nooit, 5 = zeer vaak. *** $p < .001$ (tweezijdige toetsing). Subscripten geven significante verschillen binnen de kolommen aan: ^a verschilt van eigen regie, ^b verschilt van duidelijkheid, ^c verschilt van één team, ^d verschilt van creativiteit, ^e verschilt van continuïteit. Het blijkt dat het hoofdaspect duidelijkheid het meeste verschil laat zien tussen de mate waarin het belangrijk wordt gevonden en de mate waarin het aanwezig is. Op basis van de verschillscore zou dit aspect prioriteit moeten krijgen. Ook creativiteit

en continuïteit geven relatief hoge verschilscores en behoren daardoor prioriteit te krijgen. Ter vergelijking, in Centrum Maliebaan kregen de aspecten duidelijkheid en continuïteit de hoogste prioriteit op ketenniveau (Butter & Heij, 2012).

Het aspect duidelijkheid wordt als het meest belangrijk gescoord, maar is op het aspect continuïteit na het minst aanwezig. Eigen regie wordt als het minst belangrijk gescoord en de mate van aanwezigheid komt voor alle vijf constructen redelijk overeen.

Het aantal negatieve verschilscores per aspect is geteld. Deze waarden geven aan dat een aspect wel aanwezig is, maar niet belangrijk is volgens de respondent. Voor eigen regie was dit aantal het hoogst met acht respondenten. Duidelijkheid had er geen enkele, wat goed aansluit bij het gegeven dat dit aspect prioriteit zou moeten krijgen. Eén team had vijf negatieve verschilscores, creativiteit had er drie en continuïteit had er twee.

De gemiddelden en correlaties tussen de verschillende schalen, die meten in hoeverre een aspect op dit moment aanwezig is, zijn berekend (zie tabel 3). Zoals zichtbaar is in de tabel is ervaring significant positief gecorreleerd met leeftijd ($r = .44$) en correleert leeftijd significant negatief voor mensen werkzaam bij de overheid vergeleken met mensen werkzaam bij de reclassering ($r = -.32$). Respondenten vanuit de overheid zijn gemiddeld genomen dus ouder dan reclasseringswerkers. Overheid versus reclassering correleert positief met kennis van het onderwerp ($r = .32$). Dit is geen vreemde uitkomst, want het lijkt logisch dat reclasseringswerkers meer kennis hebben van de begeleiding van verslaafde justitiabelen dan werknemers van overheidsinstanties. Ook hebben reclasseringswerkers vaker een uitvoerende functie ($r = .26$). De constructen eigen regie, duidelijkheid, één team, creativiteit en continuïteit correleren allen significant met elkaar. Deze correlaties zijn allemaal positief. Dit wil zeggen dat als één van de aspecten in hoge mate aanwezig is, de andere aspecten dat ook zijn. De eerder gedane factoranalyse neigt tevens naar deze conclusie, aangezien de verschillende constructen niet empirisch te onderscheiden zijn.

Er zijn variantieanalyses uitgevoerd om na te gaan of er een hoofdeffect van de verschillende categorieën ketenpartners is op de afhankelijke variabelen eigen regie, duidelijkheid, één team, creativiteit en continuïteit in de huidige situatie. Het onderscheid van de organisaties in overheids-, reclasserings- en hulpverleningsinstanties gaf volgens een one-way ANOVA geen verschil op de constructen: eigen regie ($F(2,53) = 1.41, ns.$), duidelijkheid ($F(2,55) = .44, ns.$), één team ($F(2, 56) = .82, ns.$), creativiteit ($F(2,56) = 1.02, ns.$) en continuïteit ($F(2, 55) = 2.06, ns.$). Ook wanneer het aantal jaren ervaring en leeftijd mee worden genomen als covariaten in een univariate variantieanalyse, zowel apart als samen, blijkt er geen significant verschil tussen de gecategoriseerde organisaties op de constructen.

Aangezien de nadruk in deze studie ligt op Tactus verslavingsreclassering en de politie wordt ondanks de lage aantallen respondenten, respectievelijk 12 en 3, voor alleen deze groepen een variantieanalyse uitgevoerd. Voor de aspecten eigen regie ($F(1,13) = .68, ns.$), duidelijkheid ($F(1,13) = .00, ns.$), één team ($F(1, 13) = 1.55, ns.$) en continuïteit ($F(1,13) = .00, ns.$) is geen significant hoofdeffect gevonden. Het verschil tussen de antwoorden van Tactus en de politie op het aspect creativiteit bleek zo goed als marginaal significant ($F(1,13) = 3.06, p = .104$). De politie scoorde 'creativiteit op dit moment aanwezig' hoger ($M = 3.82, SD = .91$) dan Tactus ($M = 3.08, SD = .60$). Controleren voor ervaring en leeftijd had ook hier geen effect.

[titel]

Tabel 3: Correlatiematrix

	M	SD	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Leeftijd	41.49	10.98	59	-														
2. Geslacht	1.59	.50	61	-.47**	-													
3. Overheid vs. reclassering	.38	.49	60	-.32*	.25	-												
4. Overheid vs. hulpinstanties	.47	.50	60	.15	-.02	-.74**	-											
5. Ervaring in jaren	10.19	7.98	58	.44**	-.13	.03	-.00	-										
6. Management vs. beleid	.05	.22	59	-.09	-.12	-.19	.10	-.10	-									
7. Management vs. uitvoerend	.73	.45	59	-.17	.12	.26*	.09	.08	-.38**	-								
8. Management vs. overig	.05	.22	59	.19	-.12	-.03	-.21	.03	-.05	-.38**	-							
9. Management vs. meerdere	.12	.33	59	.11	.09	-.08	.09	-.03	-.09	-.60**	-.09	-						
10. Kennis van onderwerp	3.33	.91	61	-.16	.04	.32*	-.12	.19	.08	-.11	-.26	.21	-					
11. Eigen regie	3.04	.68	69	.05	-.05	-.18	.22	-.23	.14	-.20	.12	.20	.06	-				
12. Duidelijkheid	3.03	.71	71	-.10	-.04	.07	-.12	-.15	.17	-.12	-.09	.14	.23	.48**	-			
13. Één team	3.22	.77	74	.01	.10	-.05	-.07	-.14	.06	-.08	-.20	.09	.12	.30*	.58**	-		
14. Creativiteit	3.26	.63	74	.08	-.02	-.18	.11	-.10	.08	-.00	-.21	.06	.02	.37**	.53**	.70**	-	
15. Continuïteit	2.96	.74	72	-.10	.11	-.08	.22	-.07	-.07	.06	-.17	.19	.11	.38**	.51**	.62**	.70**	-

Eindrapportage van de pilots wraparound care bij Tactus, Victas en BoumanGGZ

* $p < .05$. ** $p < .01$. (tweezijdige toetsing)

Geslacht 1= man, 2= vrouw. Variabelen 3 en 4 zijn de organisaties waar respondenten werkzaam zijn. Variabelen 6 t/m 9 zijn de functies die respondenten hebben opgegeven. Dummy variabelen zijn gebruikt bij 3 (1= reclassering), 4 (1= hulpinstanties), 6 (1= beleid), 7 (1= uitvoerend), 8 (1= overig), 9 (1= meerdere). Kennis van onderwerp 1= zeer weinig, 5= zeer veel. Eigen regie/duidelijkheid/één team/creativiteit/continuïteit 1= bijna nooit, 5= zeer vaak.

4.1.2 Kwalitatief onderdeel

Tenslotte waren er nog vijf open vragen waar respondenten antwoord op konden geven. De kern van de antwoorden wordt hier weergegeven.¹⁰

Eigen regie

Uit de antwoorden van 36 respondenten bleek dat ‘eigen regie van de cliënt’ in geringe mate aanwezig is, omdat dit gezien de problematiek of verslaving erg moeilijk is. Het gedwongen kader is een terugkomend onderwerp, evenals wachtlijsten. Ook de beperkingen van de cliënt spelen een rol, bijvoorbeeld LVB¹¹ en motivatieproblemen. Het volgende citaat is daar kenmerkend voor: “[Er is] vaak sprake van LVB problematiek, daardoor kan ook niet verwacht worden dat de cliënt beschikt over zelfreflecterend vermogen of dat er vaardigheden aangeleerd kunnen worden die hen in staat stellen hun eigen regie te voeren.” Toch lijkt het bevorderen van de eigen regie van de cliënt van belang: “Middels een reclasseringstoezicht is er altijd een opgelegd kader, maar de kracht is om betrokkene hierbij actief te betrekken, zodat hij zich ook zo actief mogelijk gaat inzetten voor zijn eigen traject en daarmee eigen regie erover kan voeren.” Vooral medewerkers uit zorginstellingen geven aan dat samenwerking met de cliënt de sleutel lijkt. Rekening moet worden gehouden met over welke aspecten een cliënt dan de regie krijgt. Op dit moment zijn veel zaken wel bespreekbaar en hebben cliënten op deze manier inspraak.

Duidelijkheid

De trajecten en kaders op zich lijken volgens de 29 respondenten die deze vraag hebben beantwoord duidelijk, echter zijn ze niet altijd afdoende voor specifieke doelgroepen. “Bij de zeer actieve veelplegers wordt duidelijk gekeken naar de input van alle betrokken ketenpartners, maar geregeld gaat een pva¹² op regels stuk, of op het ontbreken van passende huisvesting. Niet elke verslaafde kan in staat worden geacht een eigen huishouden te voeren.” Daarnaast is de samenhang van de verschillende trajecten soms onlogisch. Zo stelt een werknemer van Reclassering Nederland het volgende: “Tactus is versnipperd, er valt weinig wijs te worden uit de verschillende afdelingen en wat ze precies (niet) doen. Voor cliënten is het vaak niet duidelijk wat er allemaal is aan aanbod en aan welke zaken ze moeten voldoen om ervoor in aanmerking te komen. Het is hen vaak ook niet duidelijk waarom.” Respondenten werkzaam bij de gemeente en/of veiligheidshuizen spreken vooral van een onlogische samenhang binnen en tussen trajecten. Zij pleitten voor eenheid in de aanpak, bijvoorbeeld door cliënten langdurig een regievoerder te geven los van of er een toezicht is. In ieder geval lijkt overleg nodig, zodat alle personen van verschillende locaties en disciplines op één lijn komen. Een betere afstemming is de kern van de verbeterpunten.

Eén team

Van de 33 gegeven antwoorden kan onttrokken worden dat er globaal gezien geen sprake is van één team. “Ketenpartners werken nu nog te veel langs elkaar heen, dit zou beter op elkaar afgestemd kunnen worden zodat de neuzen dezelfde kant op staan en mensen niet dezelfde werkzaamheden uitvoeren rondom een cliënt.” Nogmaals wordt

¹⁰ De uitgebreide weergave van de antwoorden per type organisatie kan worden opgevraagd door een mail te sturen naar jessicasteur@outlook.com

¹¹ Licht verstandelijk beperkt.

¹² Plan van aanpak, vaak opgesteld in een overleg met ketenpartners.

gepleit voor meer afstemming en betere informatie-uitwisseling om een goede samenwerking te bewerkstelligen. “Regelmatig overleg zorgt voor het creëren van 1 team.” Er zou wel bereidwilligheid zijn tot beter overleg, maar vaak lukt dat niet door tijdgebrek. Op beleidsniveau zouden veranderingen moeten komen. Er wordt volgens sommige respondenten toch nog erg krampachtig gedaan over informatie-uitwisseling, voornamelijk vanuit GGZ-instellingen. Ook bezuinigingen zorgen voor minder overleg.

Creativiteit

Uit de 34 gegeven antwoorden blijken enkele belemmerende factoren voor de mate waarin er ruimte is voor creativiteit en maatwerkoplossingen. De voorwaarden waar een cliënt zich aan moet houden staan bijvoorbeeld soms in de weg. Daarnaast zou bureaucratie een negatieve rol spelen: “De hoge vorm van bureaucratie is een belemmerende factor in het vinden van creatieve oplossingen. Starre opgelegde regels en een enorme hoeveelheid registratie voeren hierin de boventoon.” Andere negatieve factoren zijn een hoge werkdruk, financiën, wachtlijsten en het onderscheid in organisaties. Ook zou de onbekendheid met elkaar voor remming zorgen. Betrokkenheid en vertrouwen moet worden opgebouwd en onderhouden. Hulpverleners zien wel meer ruimte voor zorg op maat en stellen dat dit ook noodzakelijk is, echter zou er nog veel vanuit het aanbod gewerkt en gedacht worden en minder vanuit de behoefte.

Continuïteit

Uit de antwoorden van 30 respondenten kan geconcludeerd worden dat in de huidige situatie de begeleiding van een cliënt vaak niet gekenmerkt wordt als één geheel. Meer overleg, meer betrokkenheid van de cliënt, betere doelen stellen en beter monitoren zou nodig zijn. Bezuinigingen zijn ook voor dit punt een probleem. “Er is steeds minder eenheid. De eenheid wordt nu gedragen door een aantal werkers en veel meer direct overleg zou een herstel zijn van de aanpak die er was. Hiermee doel ik op de veelplegeraanpak in Enschede.”, “[Er is] niet echt onwil, maar op één lijn komen vraagt nu eenmaal investering in tijd/overleg met elkaar. Dat lijkt er steeds minder te zijn.”

Samenvattend blijkt dus uit de nulmeting dat duidelijkheid de meeste prioriteit behoort te krijgen en eigen regie de minste prioriteit. Eigen regie zou vaak niet haalbaar zijn door de beperkingen en problematiek van de cliënt en door de context van het gedwongen kader. In gesprek met de cliënt kan wel enigszins rekening gehouden worden met dit aspect. Om voor continuïteit in de begeleiding van de cliënt te zorgen zou er meer overleg moeten komen tussen ketenpartners, zou de betrokkenheid van de cliënt moeten worden gestimuleerd, moeten er betere doelen gesteld worden en moet het monitoren hiervan beter georganiseerd worden. Beperkende factoren zijn vooral bezuinigingen. De antwoorden afkomstig van medewerkers uit reclasserings-, overheids- en hulpverleningsinstanties verschillen niet significant van elkaar. Wel is gevonden dat de politie meer creativiteit ervaart op dit moment in de samenwerking dan Tactus medewerkers, maar dit is geen zeer betrouwbare uitkomst door de lage respondentenaantallen.