KENNISCENTRUM
SOCIALE INNOVATIE
HOGESCHOOL UTRECHT

Postbus 85397
3508 AJ
Utrecht

Tel 030 252 98
Fax 030 252 96
E-mail KSI@hu.n

Rapportage Onderzoek fase 1
Pilot
Wraparound Care
Utrecht

Auteurs
Joyce Cordus
Jeanette de Goede
Madelief Oosterink
Renske Schamhart

Lectoraat Werken in justitieel kader

Datum
Mei 2011

© Hogeschool Utrecht,
Utrecht, 2011

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

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Inhoud

1 Inleiding 4
1.1 Het onderzoek: doel, fasering en vraagstelling 4
1.2 Opzet van het rapport 6
2 Achtergrond 7
2.1 Probleemanalyse 7
2.2 Het wraparound care-model 8
2.2.1 Uitgangspunten 8
2.2.2 Doel 10
2.3 De pilot wraparound care Utrecht 11
2.4 Kennisplatform Wraparound Care Utrecht 13
3 Onderzoeksopzet 15
3.1 Onderzoeksvorm 15
4 Bevindingen 16
4.1 Het model 17
4.1.1 Doelstelling en doelgroep 17
4.1.2 Het eerste contact 18
4.1.3 De inhoud en stijl van de hulpverlening 21
4.1.4 Het gezinsplan 25
4.1.5 Werken met informele netwerken 28
4.1.6 Werken met formele netwerken 29
4.1.7 De afsluiting 33
4.2 De gezinswerker 34
4.3 De context 38
4.3.1 Veranderingen in de context ten gevolge van het doorbraakteam 39
4.3.2 Aandachtspunten bij structurele inbedding 39
5 Conclusies 49
5.1 Het model 49
5.1.1 Doel en uitgangspunten 49
5.1.2 Doelgroep 51
5.1.3 Fasering 51
5.2 De gezinswerker 53
5.3 De context 53
5.4 Betekenis van de pilot voor verschillende actoren 55
5.5 Aard van de ontwikkelde kennis 56
Bijlagen

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

1 Inleiding

In het kader van het provinciale programma Utrechtse Jeugd Centraal (UJC) zijn in Utrecht en Amersfoort in het najaar van 2009 pilots 'wraparound care' gestart. In opdracht van de provincie Utrecht ondersteunt het Kenniscentrum Sociale Innovatie, lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht, deze pilots door middel van praktijkgericht onderzoek.

Naast deze expliciete pilots 'wraparound care' vinden meer projecten en initiatieven plaats binnen de Utrechtse jeugdzorg die kenmerken vertonen van het wraparound care-model of die hun werkwijzen verder willen ontwikkelen in die richting. Deze projecten zijn sinds november 2010 betrokken bij het gestarte praktijkgerichte onderzoek.

Het onderhavige rapport gaat over het onderzoek naar de pilot 'wraparound care' in de stad Utrecht. Het is een weergave van fase 1 van het onderzoek bij de pilot wraparound care in Utrecht. Tezelfdertijd verschijnt de rapportage over fase 1 van de pilot in Amersfoort en een document met lessen die uit beide pilots kunnen worden getrokken. Deze rapporten worden in het najaar 2011 geïntegreerd in het samenhangend overzicht van alle initiatieven.

1.1 Het onderzoek: doel, fasering en vraagstelling

Doel
Doel van het onderzoek naar de pilots was samen met de uitvoerders van de pilots, in cycli van ontwikkeling en evaluatie, te komen tot een doorontwikkeld model van wraparound care, waarvan de belangrijkste principes bruikbaar en toepasbaar zijn in de provincie Utrecht.

Fasering
Het onderzoek valt uiteen in drie fasen.

- Fase 0: Oriënteren

Fase nul was de oriëntatiefase. In deze fase hebben de projectleiders vanuit de gemeenten de pilots ingericht en is door Hogeschool Utrecht een inventarisatie gedaan van verwachtingen en mogelijke knelpunten. Op basis van deze oriëntatie is een onderzoeksopzet geschreven. Daarnaast had deze fase tot doel draagvlak te creëren voor het onderzoek en voor de opbrengsten van de pilot bij stakeholders en gezinswerkers. Het vooronderzoek leidde tot de beschrijving van aanknopingspunten en knelpunten op grond waarvan onderzoeksvragen voor fase 1 zijn geformuleerd. Deze fase is uitgemond in het 'Onderzoeksrapport Vooronderzoek Pilots wraparound care Utrecht en Amersfoort' (Admiraal, Brandts, Goede, & Schamhart, 2010).

- Fase 1: Ontwikkelen

Dit was het traject waarin de zich ontwikkelende praktijk in zowel de Utrechtse – als de Amersfoortse pilot is beschreven en waarin de onderzoeksvragen voor fase 1 beantwoord zijn. In deze fase vond de beschrijving van de feitelijke praktijk in de pilots plaats, inclusief door de professionals zelf ervaren opbrengsten en belemmeringen. Deze fase had een sterk kwalitatief karakter. Het onderhavige rapport vormt de weergave van deze fase.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

- Fase 2: Toetsen

Deze fase valt buiten de opdracht van de provincie maar vormt wel een samenhangend onderdeel van het onderzoek van Hogeschool Utrecht naar de toepassing van het wraparound care-model in Utrecht. In een promotieonderzoek, onder leiding van prof. dr. Jo Hermanns en prof. dr. Patrick Kenis worden ten eerste de organisatorische en bestuurlijke context van het wraparound care-model onderzocht en worden suggesties gedaan voor een bestuurlijke context die samenwerking beter honoreert dan de huidige context. Ten tweede worden enkele – tijdens het promotieonderzoek nader te omschrijven – effecten van de vernieuwde praktijk en op gezinsniveau gerealiseerde doelen onderzocht en beschreven. In dit verband wordt door de Hogeschool Utrecht ook gewerkt aan een assessment instrument wraparound care. In het kader van de promotie zal ook kwantitatief in beeld worden gebracht hoeveel gezinnen worden begeleid, wat de caseload en doorlooptijd is en welke veranderingen in gezinnen zijn bewerkstelligd.

Als onderdeel van het vooronderzoek van de promotie worden de praktijken van meerdere initiatieven en projecten in de Provincie Utrecht beschreven en vergeleken met het wraparound care-model. Dit dient te leiden tot een aanscherping en contextgebonden toepassing van het wraparound care-model.

Bij de totstandkoming van dit rapport hebben de onderzoekers nauw samengewerkt met de professionals in de pilot. Dit is een kenmerk van de gebruikte onderzoeksmethode (zie hoofdstuk 3).

Vraagstelling en invalshoeken van het praktijkgerichte onderzoek in fase 1 in de stad Utrecht

Het is, volgens de afspraak met de pilots en de provincie, niet de bedoeling geweest te komen tot één strak geprotocolleerde methodiek 'wraparound care'. De ontwikkelde werkwijze moet als maatwerk geïmplementeerd kunnen worden in de bestaande organisatiestructuren. Het ontwikkelde model moet geen statisch karakter hebben, maar juist een voortdurend leerproces teweeg brengen waarbij professionals gemotiveerd en gestimuleerd worden kritisch te blijven kijken naar werkwijze en professionele ontwikkeling.
Het creëren van draagvlak voor het ontwikkelde model is een nevendoel van het
onderzoek. Het is een vorm van actieonderzoek waarbij het proces van verandering en ontwikkeling minstens zo belangrijk is als de uiteindelijke eindconclusie.

Vraagstelling

Hoe kan het model wraparound care in Utrecht worden geconcretiseerd en toegepast en welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?

Op grond van de bevindingen in de oriëntatiefase (fase 0) hebben bij de concretisering voor de Utrechtse context de volgende vier deelaspecten en deelvragen aandacht gekregen:

1. Het model

Wat zijn de uitgangspunten, wat is het doel en de doelgroep?
Hoe is de werkwijze op de volgende aspecten: start en afsluiting, inhoud en stijl van hulpverlening, rol van het gezinsplan het werken met sociale- en professionele netwerken?

2. De gezinswerker

Welke kenmerken zijn nodig voor een optimale uitvoering van het wraparound care-model bij de persoon van de gezinswerker? Te denken valt aan de vereiste competenties, overtuigingen en doelen op het niveau van gezinswerkers en hun werkbegeleiders.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

3. Context

Wat zijn organisatorische, beleidsmatige en financiële randvoorwaarden voor het toepassen van het wraparound care-model in Amersfoort?

4. Resultaat

Wat zijn de ervaringen van de gezinswerkers en de werkbegeleiders omtrent de werkzaamheid en de mogelijkheden van het wraparound care-model en omtrent de mate waarin het model gezinnen kan helpen om weer greep te krijgen op hun leven?

De nadruk ligt op de methode van hulpverlening en de rol van de gezinswerker. De context en het resultaat worden verder meegenomen in fase 2. van het onderzoek.

1.2 Opzet van het rapport

Dit rapport beschrijft de opbrengsten van pilot Utrecht in fase 1. In hoofdstuk 2 wordt de achtergrond beschreven van de pilot. Het gaat daarbij enerzijds om een aantal recente beleidsontwikkelingen, anderzijds over de theoretische grondslagen waar het wraparound care-model op gebaseerd is. In hoofdstuk 3 besteden wij aandacht aan de wijze waarop dit onderzoek is opgezet. Als kernpunt komt naar voren dat het een actieonderzoek is, waarbij gewerkt is volgens de principes van een ‘Community of Practice and Learning’. In hoofdstuk 4 presenteren we de resultaten van het onderzoek. Het gaat daarbij om bevindingen betreffende de gehanteerde werkwijze door de gezinswerkers, de gezinswerker als persoon en de context van de pilot. Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en aanbevelingen en geeft een reflectie op het onderzoek en op de aard van de resultaten.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

2 Achtergrond

2.1 Probleemanalyse

Zorg in Nederland is gespecialiseerd en geïnstitutionaliseerd. We denken vanuit een medisch model waarbij voor elke specifieke kwaal een remedie en voor elk probleem een oplossing is. Voor een persoon of gezin dat gemiddeld genomen goed functioneert maar op een bepaald terrein hulp nodig heeft, werkt dit vaak goed. Het is soms even puzzelen in de doolhof van voorzieningen, maar de kans is groot dat de juiste vorm van hulp wordt gevonden.

Voor mensen met een opeenstapeling van problemen werkt dit niet. Voor elk deelprobleem heeft een dergelijk persoon of gezin te maken met een verschillende professional, die werkt vanuit een verschillende organisatie, met een verschillend perspectief, met verschillende doelen en volgens verschillende procedures. Hierbij wordt veelal voorbijgegaan aan de gemeenschappelijke basis van de verschillende problemen: een fundamentele ontregeling van het menselijke bestaan. Versnipperde en verkokerde hulp vormt dan een extra probleem in plaats van de oplossing. Terwijl onderzoek heeft uitgewezen dat het risico juist groot is dat een gezin de regie over het leven kwijt raakt wanneer er problemen bestaan op verschillende levensgebieden zoals financiën, wonen en gezondheid. Dit is ook het moment waarop in een gezin veiligheidsrisico's ontstaan (Zeeman, Hermanns, Grootens-Tecla, & Alberts, 2007).

Naar aanleiding van deze constateringen zijn overal in Nederland, zowel op lokaal, regionaal als landelijk niveau in beleidsontwikkeling én in de uitvoering, pogingen ondernomen om hulp- en dienstverlening beter af te stemmen en te coördineren. Eén van de reflexen was om de verkokering tegen te gaan door in plaats van sectoraal beleid (zorg, justitie, economie, veiligheid) intersectoraal doelgroepgericht beleid te formuleren. Het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin was hiervan een voorbeeld. Het probleem van deze benadering is dat elke vorm van ontkokering weer een nieuwe vorm van verkokering oplevert. In plaats van schotten tussen sectoren dreigen er schotten tussen doelgroepen te ontstaan. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling adviseert daarom in haar rapport 'De ontkokering voorbij' (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2008) om het streven naar ontkokering los te laten en in plaats daarvan toe te staan dat er een losse ordening is en overlap van beleidsterreinen. Door de burger meer centraal te stellen en professionals op uitvoerend niveau meer regelruimte en verantwoordelijkheid te geven kunnen zij de noodzakelijke afstemming en integraliteit van dienstverlening realiseren. In plaats van krampachtige controle van boven zou de sturing van publieke dienstverlening gericht moeten zijn op leren, met aandacht voor de complexiteit van de werkelijkheid, waarop geen standaard antwoorden mogelijk zijn.

Om mensen en gezinnen met een opeenstapeling van problemen adequate hulp te bieden zijn overal in Nederland vormen van intensieve ambulante thuisbegeleiding ontstaan. In plaats van verschillende hulpverleners die langs elkaar heen werken is er één professional die het casemanagement op zich neemt en in het gezin doet wat in de gegeven context nodig is. Deze vorm van hulpverlening is op verschillende plaatsen, vanuit verschillende aanbieders onder verschillende namen bekend. In de provincie Utrecht gaat het bijvoorbeeld om 'Hulp aan huis', 'Gezinscoaching' en '10 voor toekomst'. Daarnaast zijn er verschillende andere vormen van intensieve ketensamenwerking en zorgcoördinatie ontstaan, zoals zorgadviesteams op scholen en projecten 'Eén kind, één plan'.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Een succesvol model voor samenhangende en intensieve hulpverlening is 'wraparound care'. Dit model is in Canada en de Verenigde Staten ontwikkeld en sluit aan bij de kenmerken van effectieve interventies van de databank van de universiteit van Colorado. De aanpak, die een brug slaat tussen intensieve gezinsbegeleiding en casemanagement, wordt in de VS breed toegepast.
Een kenmerk van gezinnen met meervoudige problematiek is dat zij vaak het gevoel hebben, de greep op hun leven kwijt te zijn. Het wraparound care-model beoogt de regie weer terug te leggen bij het gezin. Ook werkt het model, evenals Nederlandse initiatieven als 'Hulp aan Huis' of '10 voor toekomst', met één centrale hulpverlener die samen met het gezin een samenhangend toekomstgericht plan maakt en daar de regie over voert. Het model is in Nederland geïntroduceerd door Jo Hermanns, hoogleraar Opvoedkunde aan de Universiteit van Amsterdam en lector Werken in Justitieel Kader aan Hogeschool Utrecht. De Provincie Utrecht heeft ervoor gekozen enkele pilots te starten met dit model.

Recente ontwikkelingen
Jeugdzorg in Nederland is sterk in beweging. Een groot deel van de beleidsuitgangspunten van het vorige kabinet (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010) en aanbevelingen van de kamer zijn in het huidige regeerakkoord opgenomen (Vrijheid en verantwoordelijkheid; regeerakkoord VVD-CDA, 2010). De sector is zich aan het voorbereiden op een transitie waarbij de verantwoordelijkheid en financiering van de zorg verplaatst van provinciaal naar lokaal niveau. Dit lijkt toepassing van de uitgangspunten van het wraparound care-model, in het bijzonder het *community based* en wijkgericht werken, te kunnen vergemakkelijken. Gemeenten worden inkopers van jeugdzorg. Nu het wraparound care-model in Nederland aan bekendheid wint, zijn de resultaten van het onderzoek naar de pilots en andere initiatieven waarin het wraparound care-model herkenbaar is in het bijzonder relevant

2.2 Het wraparound care-model

2.2.1 Uitgangspunten

Oorspronkelijk is "wraparound" ontworpen als casemanagement model om de hulp aan gezinnen met complexe problemen beter te organiseren. Inmiddels is het uitgegroeid tot een visie op ondersteuning van mensen met ernstig en chronisch problematisch gedrag.
Het wraparound care-model werkt vraaggestuurd, thuisnabij, systeemgericht, doelgericht, planmatig en integraal en helpt het cliëntsysteem verantwoordelijk te worden voor het veranderingsproces. Het is gebaseerd op een kritisch en constructivistisch wereldbeeld en combineert een sociaalecologisch perspectief met elementen uit de positieve psychologie (Malysiak, 1997; Hermanns & Menger, 2008). Het is geen gestandaardiseerde methodiek of interventie, maar een model waarin een aantal inhoudelijke uitgangspunten vertaald worden in een werkwijze die vervolgens flexibel en op maat kan worden ingevuld. Zo is een van de uitgangspunten dat hulp alleen effectief kan zijn als gezin en gezinswerker het eens zijn over wat er in een gezin moeten veranderen. Daarbij kan het ook om zaken gaan die in een gedwongen kader opgelegd zijn. Ook in gedwongen kader is het zoeken naar gezamenlijke doelen – binnen het opgelegde kader - een essentiële succesfactor, evenals het streven naar optimale samenwerking (Trotter, 1999;Menger & Krechtig, 2003; Menger, 2009). Buiten het gezin om wordt geen actie ondernomen.
Een kern van het wraparound care-model is voorts dat de inzet van andere instellingen en professionals die nodig zijn om de gewenste veranderingen te kunnen realiseren, vanuit één geïntegreerde aanpak door het gezin en de gezinswerker wordt georganiseerd. Daarom wordt het wraparound care-model ook wel Bloemaanpak genoemd, waarbij het gezin en de gezinswerker die het gezin ondersteunt het hart van de

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

bloem vormen en de mensen, professionals en instanties die het gezin helpen om hun doelen te verwezenlijken, de blaadjes van de bloem. De gezinswerker is de generalist die dicht bij de belevingswereld van het gezin staat en daarom ook wel ‘expert van het gewone leven’ wordt genoemd.

Het belangrijkste kenmerk in de inhoudelijke visie achter het wraparound care-model is dat duurzame veranderingen in cliëntsystemen alleen kunnen plaatsvinden indien:

- interventies passen in een plan dat het cliëntsysteem heeft ontworpen samen met een team van professionals en personen uit het eigen netwerk,
- dit plan concrete doelen betreft in de eigen leefsituatie van het cliëntsysteem,
- de activiteiten die nodig zijn door een casemanager en de cliënt samen worden aangestuurd,
- de noodzakelijke interventies zowel van sociale netwerken als van professionele instellingen vanuit meerdere sectoren van hulp, zorg en ondersteuning kunnen worden ingezet, en
- de uitvoering plaatsvindt in de omgeving die in de gegeven omstandigheden het minst restrictief is en dus bij voorkeur in de eigen leefsituatie (Hermanns & Menger, 2008).

De volgende tien principes van het wraparound care-model (Bruns, et al., 2004) hebben in Utrecht de basis gevormd voor het denken over en werken met dit model.

Gezin spreekt zich uit en kiest
De perspectieven en ideeën van ouders en hun kinderen 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.
Gebaseerd op team(werk)
Het begeleidingsteam bestaat uit personen die met goedkeuring van het gezin 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 het gezin. In het gezinsplan 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 en die op een veilige wijze integratie van het kind en het gezin in huis en in de buurt bevorderen.
Cultureel bekwaam
Het begeleidingsproces demonstreert respect voor en bouwt op waarden, voorkeur, geloof, cultuur en identiteit van het kind, het gezin en hun buurt/omgeving.
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.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

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.
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.

2.2.2 Doel

Het doel van het wraparound care-model is dat gezinnen met een opeenstapeling van problemen weer greep krijgen op hun leven waardoor het gewone leven kan worden hersteld.

Doelgroep
Het model is ontworpen om de dienstverlening te verbeteren aan mensen en gezinnen met een opeenstapeling van problemen die te maken hebben met verschillende hulpverleners en instanties. De principes zijn echter van toepassing op alle vormen van hulp- en dienstverlening.
Om de principes van het wraparound care-model te kunnen toepassen is het belangrijk dat de doelgroep niet strak wordt gedefinieerd. Juist het bestaan van selectiecriteria voor beleid, programma's en projecten maakt dat er groepen mensen worden buitengesloten. Het enige selectiecriterium zou moeten zijn dat mensen problemen hebben die ze zonder hulp niet kunnen oplossen.

Model of methodiek
Een discussie die vaak terugkomt is of het wraparound care-model een methodiek is of niet. Zoals hierboven is aangegeven is het geen gestandaardiseerde methodiek. Het gaat om het toepassen van uitgangspunten waarbij het juist de kern is om maatwerk te leveren. Welke van de beschikbare methodieken en interventies gebruikt worden, verschilt van gezin tot gezin en is gebaseerd op professionele en vaak creatieve keuzen van de gezinswerker. Deze keuzen moeten wel congruent zijn met de uitgangspunten. Zo moet er bijvoorbeeld overeenstemming zijn tussen gezin en gezinswerker over de doelen waaraan wordt gewerkt. Hoe die doelen worden gesteld en geëvalueerd bepaalt de gezinswerker zelf. Hierbij is het cruciaal dat die keuze niet op gespannen voet staat met één van de andere uitgangspunten, zoals dat het gezin zelf verantwoordelijk is, of wordt, voor de gewenste veranderingen.

Het is overigens verstandig om binnen de uitgangspunten van het model te werken met uitgewerkte en gestandaardiseerde methodieken. Interventies blijken namelijk effectiever naarmate deze beter doordacht, gestructureerd, gestandaardiseerd en geëvalueerd zijn (Hermanns, 2010). Dit wordt bevestigd door een groot aantal bronnen die zijn neergelegd bij de Erkenningscommissies Gedragsinterventies van het Ministerie van Justitie en van het Nederlands Jeugd Instituut. Het methodisch werken is onder andere belangrijk om te voorkomen dat een gezinswerker wordt ingezogen in de gezinsproblematiek, zijn eigen blinde vlekken over het hoofd ziet of wegkijkt van veiligheidsrisico's voor gezinsleden of voor zichzelf. Methodieken die, mits op de juiste wijze toegepast, goed bij wraparound care passen zijn bijvoorbeeld de Eigen kracht Conferentie, Families First, Signs of Safety, Video Home Training en Intensieve Pedagogische Thuishulp.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Het werken met een bepaalde methodiek is geen diskwalificatie van de professionaliteit van de gezinwerker maar juist een onderdeel en een ondersteuning daarvan. In het algemeen geldt dat hoe hoger de graad van professionaliteit, des te hoger ook de mate van onderbouwing en structurering van het professionele handelen (Hermanns & Menger, 2008). Professionaliteit kan pas bestaan bij de gratie van gezamenlijke kennis en methoden. Professionaliteit valt hier echter niet één op één mee samen: de mate van professionaliteit blijkt uit de 'handelingscompetentie': de mate waarin een professional in staat is zelfstandig af te wegen in welke context, in welke situaties, bij welke cliënten en op welke momenten specifieke kennis en methoden al dan niet toepasbaar zijn.

2.3 De pilot wraparound care Utrecht

De bovengenoemde tien principes van wraparound care vormden de inhoudelijke en organisatorische leidraad voor de pilot wraparound care die in september 2009 in de stad Utrecht van start is gegaan. De vertaling van de principes van wraparound care in de praktijk vraagt ook om een nieuwe vorm van sturing. Het gaat nadrukkelijk niet om de implementatie van een nieuwe methodiek, maar om de kwaliteitsverbetering van de begeleiding van multiprobleem gezinnen én daaraan gekoppeld een effectieve en efficiënte wijze van samenwerking tussen organisaties (Wolswinkel, 2009).

In de gemeente Utrecht is de keuze gemaakt om de pilot te laten aansluiten bij twee bestaande initiatieven van welzijnsorganisaties in het werken met multiprobleemgezinnen, te weten Stade Profiel en Portes. Daarnaast is bij Cumulus in het kader van deze pilot een nieuw initiatief gestart. Deze drie organisaties zijn welzijnsorganisaties en voorzien onder andere in maatschappelijk werk. De gezinnen die deelnemen aan de pilot zijn afkomstig uit de wijken Overvecht en Noordwest. De wijk Noordwest bestaat uit Zuilen, Ondiep en Pijlsweerd in de stad Utrecht. Stade Profiel en Portes hebben er voor gekozen om niet eerste en training te volgen in het werken met het wraparound care-model, maar gaven er de voorkeur aan om zelf de toegevoegde waarde van het wraparound care-model te ontdekken.

In teams zijn gezinswerkers aan de slag gegaan om binnen hun eigen werkpraktijk handen en voeten te geven aan het wraparound care model. Stade Profiel, onderdeel van de maatschappelijke welzijnsorganisatie Stichting Stade, heeft jarenlange ervaring in het werken met zorgmijdende gezinnen. Stade Profiel heeft ervoor gekozen de pilot in te bedden in het team Actief Casemanagement. De uitgangspunten van Actief Casemanagement lijken overeen te komen met die van het wraparound care-model. De wijkwelzijnsorganisatie Portes heeft jarenlange ervaring in het outreachend maatschappelijk werk. De aanpak bij Portes wordt Team Casemanagement genoemd en wordt uitgevoerd door gezinswerkers uit het outreachend werk. Cumulus, eveneens een wijkwelzijnsorganisatie met jarenlange ervaring in outreachend algemeen maatschappelijk werk en jeugdhulpverlening, is speciaal in het kader van de pilot gestart met een nieuw project ten bate van het werken met multiprobleemgezinnen. Cumulus heeft deze aanpak 'de Bloemaanpak' genoemd. Iedere organisatie heeft dus haar eigen naam voor de eigen aanpak. In dit verslag wordt gesproken over de brede pilot wraparound care.

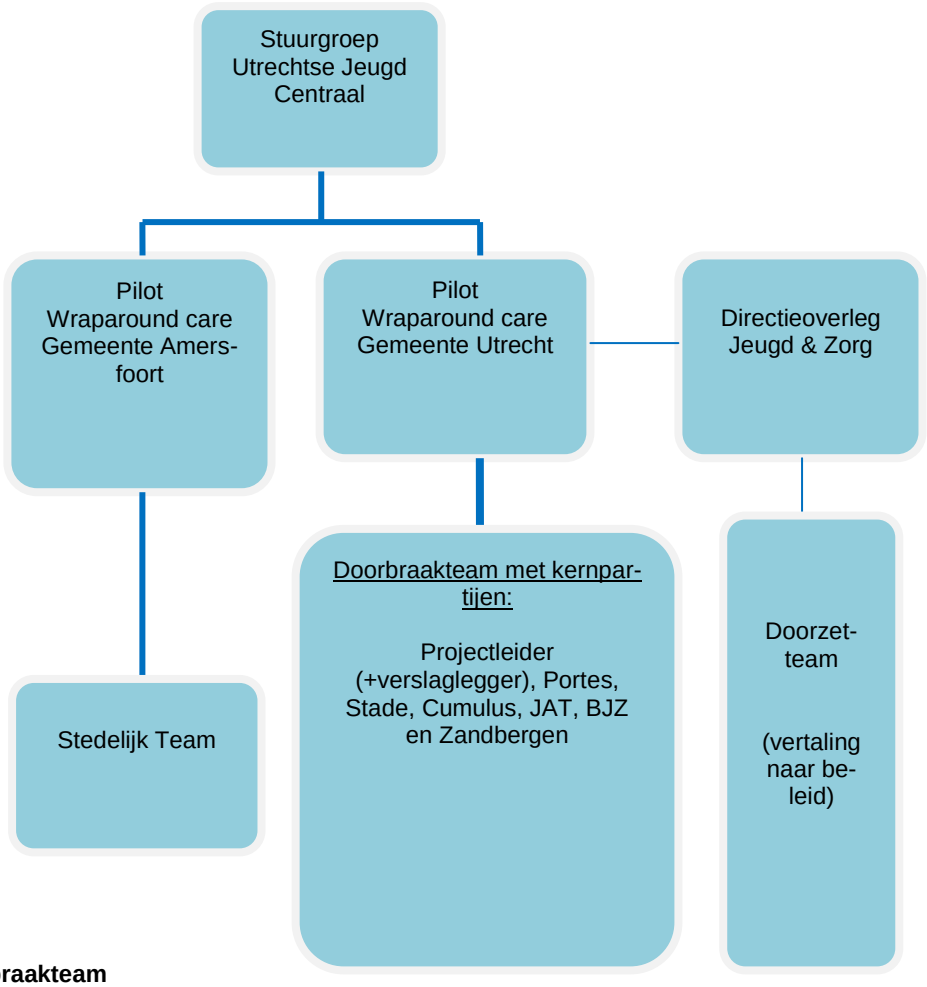
De gezinswerkers werden in hun werkzaamheden ondersteund door werkbegeleiders van hun eigen organisatie. Deze werkbegeleiders namen namens de eigen organisatie zitting in het zogenaamde doorbraakteam. Doel van het doorbraakteam was om de ervaringen en opbrengsten van de afzonderlijke interventies te bundelen en doorbraken te realiseren in de aanpak van multiprobleemgezinnen op basis van gesignaleerde knelpunten en gevonden oplossingen in de praktijk.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Naast Stade Profiel, Portes en Cumulus namen Bureau Jeugdzorg (BJZ), de jeugdadviesteams (JAT) en Zandbergen deel aan het doorbraakteam. Het JAT doet de toetsing van de deelnemende gezinnen aan de pilot.

Door de gemeente Utrecht is een externe, onafhankelijke projectleider aangetrokken. De projectleider faciliteerde uitwisseling, verzamelde leerervaringen en vertaalde de inzichten van de praktijk naar het beleid. De projectleider heeft hiertoe onder andere verbetervoorstellen opgesteld in samenwerking met het doorbraakteam en beleidsteam. Zij stuurde de procesmatige kant van de pilot en was organisator en gespreksleider van de bijeenkomsten van de beide teams. Tevens had zij frequent contact met de Amersfoortse projectleider om verbindingen te leggen tussen het Utrechtse en de ervaringen en inzichten van de Amersfoortse pilot.

In onderstaand schema wordt de pilot wraparound care Utrecht weergegeven in relatie tot Utrechtse Jeugd Centraal



Het doorbraakteam

Om de ervaringen en opbrengsten van de afzonderlijke interventies binnen de pilot goed te bundelen, werd in de pilot een doorbraakteam ingesteld. Dit multidisciplinair samengestelde team diende een belangrijke

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

rol te spelen om te komen tot meer ruimte voor ontkokering van het jeugdbeleid en oplossingen voor een betere samenwerking tussen 1ste en 2de lijn. In concreto was het bedoeld om doorbraken te realiseren in de aanpak van multiprobleemgezinnen door informatie vanuit de praktijk naar boven te halen om de uitvoering te vereenvoudigen en de benodigde hulp voor kind en gezin te faciliteren. Met andere woorden, dit team moest oplossingsrichtingen aangeven en verbetervoorstellen formuleren.
Om die vernieuwing daadwerkelijk te realiseren, dienden die verbetervoorstellen vervolgens ook adequaat op beleids- en bestuursniveau te worden opgepakt. Het doorbraakteam speelde hierin een belangrijke rol. Hiernaast bestaat er een door de provincie georganiseerd doorbraakteam waarin vertegenwoordigers van ministeries, financierende organisaties en landelijke inspecties zitting hebben waarin eventuele knelpunten op het gebied van regelgeving en financiering konden worden opgelost.

In het najaar van 2009 is men begonnen met het opstarten en inrichten van de pilot. Parallel aan deze fase heeft Hogeschool Utrecht een vooronderzoek uitgevoerd waarvan de resultaten in juni zijn gepubliceerd (Admiraal, Brandts, Goede, & Schamhart, 2010).

In het eerste jaar van de pilot zijn in totaal ongeveer 70 gezinnen begeleid door 7 gezinswerkers. Dertig gezinnen zijn begeleid door 2 gezinswerkers van Stade, 30 door 3 gezinswerkers van Portes en 10 door 2 gezinswerkers van Cumulus.

2.4 Kennisplatform Wraparound Care Utrecht

Toen de pilots wraparound care van start waren gegaan, bleek dat er in de provincie Utrecht al verschillende initiatieven bestonden die werken vanuit dezelfde ambities en op het eerste gezicht grote overeenkomsten vertonen met wraparound care. Voorbeelden hiervan zijn “Hulp aan huis”, een provinciaal intersectoraal programma voor intensieve ambulante gezinsbehandeling, “Gezinscoaching”, dat wordt aangeboden door zorginstellingen in verschillende Utrechtse gemeenten, waaronder Nieuwegein, Houten en Woerden en “10 voor toekomst”, een programma voor gezinnen van het Leger des Heils. Bovendien zijn er projecten gericht op specifieke doelgroepen die ook overeenkomsten hadden met het wraparound care-model, zoals het programma “Wisselgeld” van de gemeente Nieuwegein gericht op de aanpak van Roma-problematiek en “Tussen-in”, een project van Al-amal voor allochtone vrouwen in de stad Utrecht. De provincie zelf is ook een nieuwe pilot gestart, “Eén kind, één plan”, dat eveneens dezelfde uitgangspunten hanteert. Al deze initiatieven werken systeemgericht, integraal en in het gezin.
De incidenten in de jeugdzorg en de analyse van de onderliggende problemen hebben blijkbaar overal in Nederland geleid tot initiatieven om de zorg te verbeteren die zijn gestoeld op een vergelijkbaar gedachtegoed. Deze initiatieven op hun beurt zijn echter weer verkokerd, waardoor gezinnen, hulpverleners, organisaties en bestuurders nog steeds door de bomen het bos niet zien.
In de provincie Utrecht ontstond daarom behoefte om samen te werken. Wie doet nu eigenlijk wat? Hoe verhouden de initiatieven zich tot elkaar? Kunnen we leren van elkaars ervaringen? Hoe kunnen we elkaar versterken en daardoor onze zorg aan gezinnen nog effectiever vormgeven? Om ervaringen te bundelen is er een “Kennisplatform Wraparound Care” opgericht. In aansluiting op de nota “De ontkokering voorbij” (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2008) streeft het Kennisplatform er niet naar om via afstemming en coördinatie overlap in aanbod te voorkomen maar juist om een gevarieerd aanbod in stand te houden waarbij verschillen geëxpliciteerd worden, waardoor steeds de meest passende keuze kan worden gemaakt. Hierbij wordt beoogd de handelingsruimte van professionals te vergroten, samenwerking tussen professionals uit verschillende organisaties te bevorderen en het leervermogen van elk initiatief te versterken.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Wraparound care biedt hiervoor een geschikt gemeenschappelijk referentiekader. Het is voldoende globaal om verschillende, in Nederland ontwikkelde, methodes te verenigen en voldoende concreet om praktisch mee aan de slag te gaan. Bovendien zijn er in het buitenland veel ervaringen opgedaan die zijn onderzocht en goed gedocumenteerd. Wraparound care biedt daarmee een conceptueel en methodisch kader waarmee we verschillende praktijken met elkaar kunnen vergelijken. Of en in hoeverre de initiatieven in de praktijk echt op elkaar lijken zal door onderzoek moeten worden nagegaan.
Het kennisplatform deelt, ontwikkelt en accumuleert kennis en biedt een podium waarop we ervaringen en onderzoeksresultaten met elkaar delen en bespreken. Het brengt hulpverleners, werkbegeleiders, beleidsmakers, onderzoekers, docenten en studenten bij elkaar. Jo Hermanns is inhoudelijk inspirator van het platform. Het bestaat uit bijeenkomsten, een website en een LinkedIn groep en wordt ondersteund door een ontwikkel- en onderzoeksprogramma. Bij deze bijeenkomsten zijn vertegenwoordigers uit de provincie, gemeentes, projectleiders en werkers, werkbegeleiders en managers uit deelnemende organisaties aanwezig. Inmiddels (augustus 2011) heeft een drietal bijeenkomsten plaatsgevonden. In november wordt een gezamenlijke werkconferentie georganiseerd.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

3 Onderzoeksopzet

3.1 Onderzoeksvorm

Fase 1 van het onderzoek naar de pilot wraparound care Utrecht is praktijkgericht en kenmerkt zich door een combinatie van onderzoek en ontwikkelen. Gezinswerkers en werkbegeleider zijn nauw betrokken geweest bij de doorontwikkeling van het wraparound care-model. Daarbij is gebruik gemaakt van de methode van 'Best Practice Units' (BPU's). De methode vormt het hart van het onderzoek en is een belangrijke bron van informatie ter beantwoording van de onderzoeksvragen. Daarom gaan we er hieronder verder op in. Onderzoekers hebben ook gebruik gemaakt van andere vormen van dataverzameling, waaronder:

- Literatuurstudie over het wraparound care-model, de theoretische achtergrond en toepassingen.
- Documentonderzoek: beleidsdocumenten van de provincie Utrecht, methodiekbeschrijvingen van de partners in de Utrechtse pilot, voortgangsverslagen en notulen van de pilot zelf.
- Interviews met gezinnen en professionals die betrokken zijn bij de gezinnen
- Observaties bij BPU's en andere bijeenkomsten.
- Observaties en bevindingen van de kenniscirculatie binnen het kennisplatform wraparound care, waarin alle deelnemende projecten zijn verenigd.
- Gesprekken met Jo Hermanns ter reflectie en toetsing van de bevindingen uit de documentanalyse, de Best Practice Units en het kennisplatform.

In de literatuurstudie wordt in navolging van Hermanns (Hermanns J. , 2010) Intensieve Pedagogische Thuishulp (Hermanns, Mordang, & Mulders, 2003) beschouwd als een Nederlandse variant van het wraparound care-model.

Best Practice Unit

Het model van de Best Practice Unit is gebaseerd op de Community of Practice zoals ontwikkeld door Wenger (Wenger, 1998). Wenger definieert een Community of Practice als een groep mensen die dezelfde zorg of passie deelt en door regelmatige uitwisseling leert hoe een bepaalde praktijk verbeterd kan worden. In de Best Practice Unit gaat het er om een bepaalde praktijk te (her)ontwerpen met als doel om de best mogelijke praktijk te realiseren die de aangeboden zorg-, hulp- en dienstverlening meetbaar verbetert. Deze vorm van ontwikkelingsgericht actie-onderzoek wordt binnen het Kenniscentrum Sociale Innovatie van Hogeschool Utrecht veel gebruikt. BPU's zijn te beschouwen als werkplaatsen of proeftuinen. De kern van een BPU wordt gevormd door een groep van praktijkwerkers. Daarnaast maken onderzoekers deel uit van de groep. De BPU wordt begeleid door een zogenaamde 'facilitator'. De facilitator is in een BPU vooral een procesbegeleider. Hij coacht de competentieontwikkeling van de afzonderlijke BPU-teamleden en zorgt ook dat de BPU zich in zijn geheel optimaal kan ontwikkelen (Wilken & Dankers, 2010).

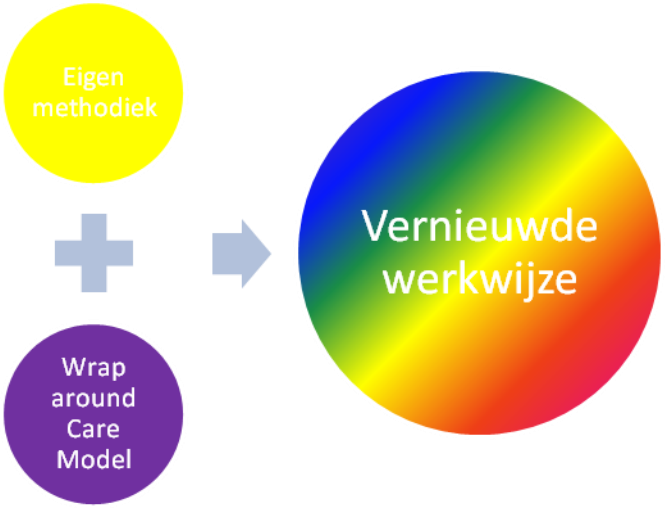
© Hogeschool Utrecht, mei 2011

4 Bevindingen

Tijdens de pilot en bij het ondersteunende onderzoek bleek dat bijna alle betrokkenen bij de start een verschillende perceptie hadden van wat het wraparound care-model inhoudt en wat het betekent om het in de praktijk te brengen. Medewerkers van Stade Profiel en Portes hadden de indruk dat wat zij al deden wraparound care genoemd kon worden en dat er dus weinig nieuws te implementeren viel. Medewerkers van Cumulus startten met een nieuwe methodiek en hebben daarvoor een cursus Intensieve Pedagogische Thuisbegeleiding gevolgd. Hierdoor waren zij relatief goed ingevoerd in de bijzondere kenmerken van wraparound care.

Bij analyse van de documenten met beschrijvingen van de methodieken van Stade profiel: Actief Casemanagement (Heerwaarden, 2006), Portes: Team Casemanagement (Heerwaarden, 2009) en Cumulus (Bloemaanpak, Intern projectdocument) springen vooral de overeenkomsten met de principes van wraparound care in het oog. Is wraparound care wel zo nieuw?

Al lijken de werkwijzen in abstracto veel op elkaar en delen ze een aantal theoretische uitgangspunten, in de praktijk werden in de loop van de pilot verschillen waarneembaar. Geïnspireerd door elkaar en door informatie van de onderzoekers en Jo Hermanns over hoe wraparound care in de praktijk kan worden toegepast, werd geëxperimenteerd met nieuwe interventies. Soms beviel dat, en ging men daarmee door en soms niet. Onder de noemer: ‘toepassen van wraparound care in de praktijk’ zijn afgelopen jaar in de stad Utrecht dus verschillende praktijken schuil gegaan. Dit hoofdstuk presenteert die ervaringen.



© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Paragraaf 4.1 beschrijft hoe de gezinswerkers met de gezinnen hebben gewerkt, welke knelpunten en dilemma's zij daarbij tegenkwamen en wat de succes- en faalfactoren waren. Paragraaf 4.2 beschrijft welke competenties zij daarbij hebben ingezet. Paragraaf 4.3 tot slot, beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen in de organisatorische context ten gevolge van deze nieuwe aanpak.

4.1 Het model

Zoals in paragraaf 2.3 is beschreven, zijn de bij de pilot betrokken gezinswerkers het werken met de wraparound care-principes gestart vanuit verschillende organisatorische én inhoudelijke achtergronden. De gezinswerkers van Stade Profiel waren gewend te werken volgens de uitgangspunten van Actief Casemanagement. Die van Portes werkten volgens de aanpak van Team Casemanagement. In eerste instantie constateerden de werkers van beide organisaties dat deze uitgangspunten sterk overeenkwamen met de principes van wraparound care (zie bijlage 2 voor een globaal overzicht van deze methodieken). Alleen voor de gezinswerkers van Cumulus was het hanteren van het wraparound care-model bij het werken met multiprobleemgezinnen geheel nieuw. Voor gegevens over de caseload verwijzen wij naar bijlage 5.

De beschrijving van de werkwijze binnen de pilot in Utrecht starten we per onderdeel met een korte verwijzing naar de theorie van wraparound care. Vervolgens gaan we per onderdeel in op de discussies en ervaringen die toepassing in de praktijk met zich mee hebben gebracht.

4.1.1 Doelstelling en doelgroep

De theorie
Wraparound care heeft als doe dat gezinnen met een opeenstapeling van problemen weer greep krijgen op hun leven. Ook Actief Casemanagement, Team Casemanagement en de Bloemaanpak hebben een vergelijkbare doelstelling. Al deze benaderingen zijn gebaseerd op dezelfde uitgangspunten en gericht op het realiseren van dezelfde doelstellingen. Alle willen zij met een integrale, systeemgerichte aanpak problemen verminderen, zelfredzaamheid vergroten en mensen weer perspectief bieden.

Al de genoemde benaderingen richten zich op multiprobleemgezinnen. Het gaat om gezinnen die door de combinatie van verschillende risicofactoren, zoals aanleg van het kind of de ouders en kenmerken van hun fysieke en maatschappelijke context, het basale vertrouwen hebben verloren dat zij hun eigen leven kunnen leiden en hun kinderen kunnen opvoeden. Door cumulatie van de risicofactoren neemt opvoedingsstress toe en het welbevinden van de ouders af. Ouders raken depressief en verliezen de greep op de kinderen en op zichzelf. Actief Casemanagement van Stade profiel is daarbij in het bijzonder bedoeld voor zorgmijdende gezinnen bestaande uit wantrouwende mensen met zeer zware problematiek.

De praktijk
Veel gezinnen die voor de pilot in aanmerking komen kampen met een gebrek aan toekomstperspectief en hebben al een aantal begeleidingstrajecten achter de rug die niet hebben gewerkt of waar het gezin is uitgezet. Ouders horen soms al hun hele leven dat ze niets goed doen waardoor alles ook lijkt te mislukken, ze geen enkel zelfvertrouwen hebben en ook de opvoeding niet lukt. Kinderen zien er vaak onverzorgd uit en stinken. Vaak is er sprake van een verslaving en wordt de wet overtreden.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Toch houden de gezinswerkers van de gezinnen waarmee ze werken en waarderen ze hun doorzettingsvermogen, directe communicatie, creativiteit en onvermoede kwaliteiten. Ook zien zij lichtpuntjes waar anderen alleen problemen zien. In de Utrechtse 'probleemwijk' Ondiep helpen buurtbewoners elkaar. Als bij een gezin gas- en elektra worden afgesloten legt de ene buurman met een verlengsnoer elektriciteit aan en brengt de ander een pannetje eten.

4.1.2 Het eerste contact

De theorie
Bij het eerste contact zijn verschillende aspecten van belang: aanmelding en doorverwijzing, het kennismakingsgesprek, de veiligheid van gezinsleden en hulpverleners, en de aard van de eerste hulpverlening. Wraparound care gaat uit van een werkrelatie met het gezin waarbij de gezinswerker naast het gezin staat. Waarbij hij of zij laat zien: "ik ben er voor jullie". Het is belangrijk dat hij dit vanaf het allereerste begin uitstraalt.

Als een gezin door een andere instantie wordt aangemeld of doorverwezen is het essentieel dat er een warme overdracht plaatsvindt en dat de signaleerder of de verwijzer het eerste contact legt tussen het gezin en de gezinswerker. In het eerste gesprek expliceert de verwijzer wat de zorgen en vragen zijn. Hiermee wordt duidelijk dat de verwijzer verantwoordelijk is voor de inhoud van de verwijzing en kan de gezinswerker zich naast het gezin positioneren. Vanuit deze rol helpt hij het gezin om de boodschap van de verwijzer te verduidelijken.

Ditzelfde geldt voor het gedwongen kader. Als er sprake is van een gedwongen maatregel zoals een ondertoezichtstelling (OTS) zorgt de gezinswerker er voor dat het vanaf het begin duidelijk is dàt er wat moet veranderen en wàt er moet veranderen. In het eerste contact met het gezin zet de gezinswerker de toon voor het verdere contact waarbij hij of zij de boodschap uitstraalt: *"Er moet iets gebeuren, dat vinden andere mensen die het voor het zeggen hebben en u accepteert wel of niet dat wij daaraan gaan werken. U doet het en ik steun en help u daarbij".*

Eenmaal in gesprek met het gezin is het belangrijk dat de werkwijze op een voor alle gezinsleden begrijpelijke manier wordt uitgelegd. Het gaat hierbij niet om de inhoudelijke gezinsproblematiek maar om uitleg over het intensieve ambulante karakter van de begeleiding, de vertrouwelijkheid, de verantwoordelijkheid van het gezin zelf voor het veranderingsproces, de rol en bereikbaarheid van de gezinswerker en van de veiligheid van de kinderen.

Om de veiligheid te waarborgen is het verstandig om standaard een risicotaxatieinstrument te gebruiken zoals het California Family Risk Assessment (CFRA). Een dergelijk instrument zou standaard aan het begin van een traject door de gezinswerker al dan niet samen met een werkbegeleider moeten worden ingevuld en besproken met het gezin (Hermanns J., 2010). CFRA is een bewezen betrouwbaar instrument om de veiligheid van de kinderen in het gezin te meten. Hermanns is van mening dat bij een hoge risicoscore en daarmee een onveilige situatie voor de kinderen, de veiligheid in het gezin een prioriteit moet worden (een niet-onderhandelbaar doel). Samen met het gezin moet men op zoek naar hoe die veiligheid georganiseerd kan worden. Als het gezin dat niet wil of er niet in slaagt veiligheid te realiseren dient een melding gedaan te worden bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling, uiteraard met medeweten van het gezin. Hiermee geeft de gezinswerker aan dat het niet gaat om vrijblijvende begeleiding aan het gezin.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

De praktijk

Alle gezinnen die in aanmerking kwamen voor de pilot wraparound care Utrecht zijn via een verwijzer aangemeld. De aanmelding bij Portes en Cumulus vond in principe plaats door een professional van de eigen organisatie. Ook het jeugdadviesteam (JAT) kon een gezin aanmelden. Nadat een aanmelding intern was besproken en aangenomen, vond de eerste kennismaking met de gezinswerker plaats. Een goede introductie in het gezin is het halve werk, zo was de ervaring van de werkers.

Het kennismakingsgesprek met het gezin vond meestal plaats in de thuisomgeving van het gezin. Alleen de werkers van Stade waren gewend dat de aanmeldende organisatie de locatie voor het eerste contact koos. Alle organisaties hechtten veel waarde aan een warme overdracht met de aanmeldende instantie. Voor alle drie de organisaties gold tevens dat de aanmelder in principe mee ging om de gezinswerker te introduceren. Voor de werkers die gewend waren volgens de principes van Actief Casemanagement te werken (Stade) was het zelfs een voorwaarde dat er een hulpverlener (organisatie) beschikbaar is om de gezinswerker in het gezin te introduceren. Als deze niet voor handen was, kon de aanmelding in portefeuille gehouden worden, totdat iemand in deze rol mee kon gaan om de gezinswerker bij het gezin te introduceren. Bij de werkers van het Team Casemanagement (Portes) daarentegen, was het zo dat, bij gebrek aan een betrokken professional, de gezinswerker het gezin op een outreachende wijze benaderde (Heerwaarden, 2006; Heerwaarden, 2009; Bloemaanpak, 2009).

Hoewel er dus meestal een aanmelder of verwijzer aanwezig was bij het eerste huisbezoek was dat niet altijd het geval. Soms had de aanmelder of verwijzer van het gezin dermate vooroordelen en zorgen over het gezin dat het een negatieve invloed zou hebben op de start van het traject.

De gezinswerkers achtten een goede introductie in het gezin – samen met de aanmelder – een van de belangrijkste succesfactoren in hun werkwijze. De gezinswerker communiceert de spelregels vanaf het eerste contact met het gezin op heldere wijze en op een manier die aansluit bij de taal van het gezin: wat kan de werkwijze betekenen voor het gezin, onder welke condities vindt samenwerking plaats en welke werkrelatie hoort daar bij?

Wat betreft de risicotaxatie was het in de pilot in eerste instantie nog geen gemeen goed om een risicotaxatieinstrument te gebruiken. Eén van de gezinswerkers van Portes hierover:

> *'Het gebruik van CFRA* (California Family Risk Assessment – red.) *is door ons (gezinswerkers van Portes, red.) nog niet vast geïmplementeerd in de werkwijze, want de rol van werkbegeleider is niet dusdanig dat hij/zij mee gaat naar het eerste gesprek. Werkers hebben wel aandacht voor de veiligheid van de kinderen en dit is gedeeltelijk ondervangen door een standaard vermelding in de verwijsindex van de kinderen. Het bespreken van risico's die uit een CFRA zouden komen, vinden de werkers een taak van de werkbegeleider. Het is een van onze volgende doelen om de werkwijze meer eigen te kunnen maken.'*

Benaderden de gezinswerkers het gezin in eerste instantie vooral als staande *boven* het gezin – 'Ik kom u helpen' – in de loop van de pilot veranderde die houding steeds meer in *naast* het gezin staan: 'Ik kom u ondersteunen om het zelf te doen'. Kortom, de gezinswerkers zijn empowerment van het gezin – een belangrijk uitgangspunt van het wraparound care-model – steeds meer vanaf het allereerste contact centraal gaan stellen. De gezinswerkers hebben geleerd meer te vertrouwen op de eigen kracht van het gezin en de regie meer bij het gezin te laten.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Wel constateren gezinswerkers een spanningsveld tussen het willen nemen van tijd om een band op te bouwen, de behoefte om de balans in het gezin te herstellen door meteen concreet aan de slag te gaan en de noodzaak om de regie bij het gezin laten. Het is goed om als gezinswerker je allereerst te richten op de actuele situatie en ondersteuning te bieden bij concrete en praktische problemen. Het is echter onnodig om gedurende de kennismakingsfase veel tijd uit te trekken om een vertrouwensband op te bouwen. Door concreet aan de slag te gaan met zaken die voor het gezin prioriteit hebben toont de werker zijn toegevoegde waarde. Op vertrouwen van het gezin hoeft hij niet te rekenen. Het is de kunst om aan de slag te gaan met kleine haalbare doelen en alert te zijn als gezinswerker om niet het systeem te willen dragen door taken over te nemen van het gezin. De sleutel is geloven in de eigen kracht van het gezin.

In overeenstemming met het wraparound care-model waren de gezinswerkers al gewend om direct aan de slag te gaan met het oppakken van kleine klusjes.

> '*Bij sommige gezinnen heerst in huis totale wanorde en dan vraag je als gezinwerker: wat staat er op nummer 1 op jouw prioriteitenlijstje? Als dat het opruimen van de keuken is of het repareren van de afzuigkap, dan gaan we dat samen doen*',

aldus een van de gezinswerkers. De gezinswerkers in Utrecht waren van mening dat het krijgen van vertrouwen van het gezin niet iets is waar je bewust aan werkt, maar wat je verdient door hoe je met het gezin omgaat, wat je doet en hoe je het doet. Een gezinswerker van Stade Profiel:

> *'Ik let vooral op het gedrag van het gezin, dus hoe ze het doen meer dan op wat ze zeggen. Daadwerkelijk iets met het gezin gaan doen: dan zie je hoe ze zich gedragen, wat ze daadwerkelijk doen; waarneming is heel belangrijk; hoe pakken ze iets aan, hoe gaan ze om met tegenslag, hoe reageren ze op de kinderen. Daar baseer ik mijn aanpak op. Vooral spannend is het als er een crisis uitbreekt; dan zie je hoe mensen echt in elkaar steken en wat ze kunnen en niet kunnen.'*

De gezinswerkers zijn van mening dat samen met het gezin klussen doen die gelijk resultaat geven - zoals schoonmaken of iets repareren - een ingang biedt tot het gezin. Door samen te werken aan de klus of de taak samen te doen, leert de gezinswerker het gezin kennen en ziet hij hoe de gezinsleden functioneren en omgekeerd. Hij ziet het gezin in zijn eigen omgeving. Door de manier waarop de gezinswerker dit doen, krijgt hij steeds meer ruimte van het gezin om hen mee te maken waardoor de vragen en de daarbij behorende doelen steeds meer de kern van de problematiek raken. Want er achter komen wat er echt speelt en wat het gezin wil, is ook een kwestie van de tijd nemen, menen de gezinswerkers. De gezinswerker probeert zicht te krijgen op de samenhang tussen de gestapelde problemen waar het gezin mee te maken heeft en de echte fundamentele oorzaken waardoor deze stapeling van problemen in stand wordt gehouden. Als je niet steeds op de klok zit te kijken en niet meteen alles opschrijft wat er wordt gezegd, dan spreekt het gezin zich uit, hebben zij ervaren. Soms kunnen de gezinnen juist beter formuleren wat ze niet willen. Niet alle gezinnen zijn het gewend dat naar hun mening wordt gevraagd. Een gezinswerker hierover:

'Ik ga naast iemand op de bank zitten en vraag: wat vind jij er nu van? Dan bemerk ik dat ik de eerste ben die deze vraag stelt.'

Sommige gezinswerkers hielden de bezoekjes in het eerste contact juist met opzet kort vanuit de gedachte het contact in eerste instantie veilig te stellen en daarom niet te hard van stapel lopen. Vooral de gezinswerkers van Stade waren gewend in de beginfase een afhankelijkheidsrelatie in het gezin te creëren door

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

veel concrete problemen op te pakken. Inmiddels hebben de gezinswerkers geleerd meer te vertrouwen op de eigen kracht van het gezin en de regie bij het gezin te laten.

4.1.3 De inhoud en stijl van de hulpverlening

De theorie
In het wraparound care-model staan niet de stoornissen en de behandeling van het gezin centraal, maar het benutten en versterken van hun kansen en mogelijkheden. Het is essentieel dat de hulpverlener niet in de plaats van het gezin gaat analyseren, denken of oplossen. Gezinswerkers moeten in staat zijn gezinsleden te zien als gelijkwaardige gesprekspartners en geloven in hun kracht. Om mensen optimaal te activeren neemt de gezinswerker zo min mogelijk taken over. Het is vaak makkelijker voor de hulpverlener om het over te nemen van mensen, maar dat is niet altijd effectief. Effectiever is het mensen te helpen hun eigen acties te bedenken en te ondernemen (Hermanns, Mordang, & Mulders, 2003).

Een gezinswerker die werkt volgens het wraparound care-model geeft op verschillende manieren uitdrukking aan zijn rollen als coach, aannemer en regisseur. Hij werkt vraaggericht en is gericht op empowerment en activeren. Om dit waar te kunnen maken moet de gezinswerker het gezin steunen, resultaatgericht te werk gaan, over doorzettingsvermogen beschikken en cultureel bekwaam zijn.

De gezinswerkers activeren dus het eigen probleemoplossend vermogen van het gezin. De ervaring dat door hun eigen inspanning de problemen daadwerkelijk minder worden, motiveert deze gezinnen. Zo groeit langzaamaan het zelfvertrouwen en de zelfwaardering. Vervolgens zorgen de gezinswerkers ervoor het positieve te benadrukken met de bedoeling dat er een positieve motivatiespiraal ontstaat. Met andere woorden, gezinswerkers bieden emotionele steun door een klimaat te scheppen van acceptatie en waardering voor de pogingen van de cliënt zijn situatie te verbeteren (Hermanns J. M., 2002:23).

In het vraaggericht werken staan de volgende vragen centraal (Hermanns, lezing 2011):
1. Wat wilt u in uw gezin veranderen?
2. Wat móet er in uw gezin anders gaan (niet onderhandelbare doelen die opgelegd zijn)?
3. Hoe gaat u dat aanpakken?
4. Hoe kan ik u daarbij helpen?
5. Wie hebben we daar nog meer bij nodig?

Wraparound care gaat dus uit van de eigen kracht van gezinnen. Het werkt vraaggericht, cultureel bekwaam en zo mogelijk in de wijk. Hoe heeft dit alles in de Utrechtse pilot vorm gekregen?

De praktijk
Ook de gezinswerkers in de Utrechtse pilot zagen het als hun taak de zelfregulatie en het adaptieve vermogen van het gezin te herstellen door sociale ondersteuning te bieden. Tijdens de pilot zijn zij steeds meer gaan vertrouwen in de ***eigen kracht*** van het gezin. Hun werkwijze liet zich in toenemende mate kenmerken door empowerment en vraaggericht werken. Een van de gezinswerkers verwoordde het als volgt:

> *'Je probeert het patroon te doorbreken van dat wat niet werkt.'*

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Een andere gezinswerker vertelde vooral te letten op de kleine dingen die beter gaan en zegt dan bijvoorbeeld: *'Wat fijn dat je het gordijn al open hebt'.* Positief bekrachtigen betekent de kleine verbeteringen kunnen zien en benoemen dat het werkt. Wat de gezinnen niet goed doen, weten ze zelf al lang, volgens de gezinswerkers. Door goed te kijken, op de kleine positieve veranderingen te letten en deze te benoemen, kan je ook met het gezin terugkijken en laten zien waar ze in vooruit zijn gegaan. Een van de gezinswerkers vertelt:

> *'In het hele hulpverleningsproces staat steeds de eigen kracht en het vergroten ervan centraal. Er is continu aandacht voor wat al kan en wat verder ontwikkeld moet worden. Alleen al de aandacht ervoor zorgt voor versterking en langzamerhand groter gevoel van kennis, kracht en bewustzijn.'*

De gezinswerkers hebben ervaren dat ook de manier waarop zij dingen verwoorden, kan bijdragen aan empowerment en activering van het gezin:

> *'Ik let meer op mijn taalgebruik; ik zeg we gaan het sàmen doen, we gaan het met elkaar doen. Door dit zo te zeggen voelt voor mij al anders, meer delen van de verantwoordelijkheid. Door het met ze te doen krijg ik ze meer uit de stoel.*

De gezinswerker spreekt herhaaldelijk naar het gezin uit: 'Ik doe het *met* u, of u doet het en ik ondersteun u'.
Echter, sommige gezinswerkers, zeker zij die met zorgmijdende gezinnen werken, waren gewend vooral in de eerste fase voor het gezin te praten en op te treden. Aanvankelijk nam de gezinswerker allerlei taken over en werd hij 'drager' van het systeem. Geleidelijk werden de taken en verantwoordelijkheden weer teruggegeven aan het gezin. Een van de gezinswerkers voerde als motief daarvoor aan:

> *'Onze gezinnen zijn nooit gemotiveerd'*.

Vraaggericht werken nam een grote plaats in in de pilot, als een van de onderleggers van de wraparound care-benadering. De methodieken van de betrokken organisaties zeggen in grote mate vraaggericht en op maat te werken. Men benadrukt dat de doelen van het gezin altijd centraal staan. Ook de gezinswerkers waren over het algemeen van mening dat zij erg vraaggericht te werk gingen. Door tijdens de bijeenkomsten van de BPU dit onderwerp aan de kaak te stellen en te reflecteren op het eigen handelen ging men hier zelf kritischer tegenover staan. Een gezinswerker van Portes hierover:

> *"Wanneer de gezinswerker vraagt aan de cliënt: 'wat wil jij dat er verandert?' is er regelmatig een schrikreactie van de cliënt. Het is vaak de eerste keer dat aan de cliënt gevraagd wordt wat hij/zij wil, in plaats van melden wat er gedaan moet worden."*

Van de bovengenoemde vragen die centraal staan in vraaggericht werken (Wat wilt u in uw gezin veranderen? Wat móet er in uw gezin anders gaan? Hoe gaat u dat aanpakken? Hoe kan ik u daarbij helpen? Wie hebben we daar nog meer bij nodig?) zijn de gezinswerkers tijdens het onderzoek vooral de eerste drie vragen gaan gebruiken in het eerste contact met het gezin. De gezinswerkers vonden dat deze vragen niet letterlijk gesteld kunnen worden, maar eerder richtinggevend zijn voor wat er met het gezin besproken dient te worden. Hun ervaring is dat de letterlijke formulering van de vraag 'Hoe gaat u dat aanpakken?' in de praktijk weerstand op kan roepen bij het gezin. Dit omdat de vraag zou impliceren dat het gezin wel *weet* hoe het moet, maar het *niet doet*. Alternatieven die de gezinswerkers aandroegen zijn: 'Wat heeft u al geprobeerd?' en 'Heeft u ideeën hoe u dit kunt aanpakken?'. Zo hebben de gezinswerkers onder meer

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

tijdens de BPU-bijeenkomsten hulpmiddelen aangedragen en toegepast, om boven tafel te krijgen wat de wensen zijn van het gezin. Bijvoorbeeld door het stellen van de 'Wondervraag': 'Stel dat u direct na ons gesprek de dag afmaakt. U doet wat u normaal doet en dan gaat u naar bed. Terwijl u slaapt, gebeurt er een wonder. De problemen waarvoor u hier nu zit zijn verdwenen. Maar u slaapt, dus u weet niet dat het wonder heeft plaatsgevonden. Als u morgen wakker wordt, wat zullen dan de eerste dingen zijn waaraan u merkt dat het wonder heeft plaatsgevonden?'

Toch werkten gezinswerkers ook doelbewust niet altijd 100% vraaggericht. Soms vonden zij het nodig om (meer) te sturen. Twee gezinswerkers van Portes in een gezamenlijk interview, spraken zich hierover als volgt uit:

> *'Het gezin heeft een grote mate van regie over het hulpverleningsproces. We sturen cliënten daar zo nodig in, wanneer zij bijvoorbeeld de lat heel hoog leggen, om teleurstelling te voorkomen. Om er juist voor te zorgen dat de cliënten het positieve effect van het behalen van de doelen voelt. We sturen dus in het formuleren van de haalbaarheid van de doelen.'*

Vraaggericht werken riep ook vragen en dilemma's bij de gezinswerkers op omdat het niet altijd overeenkwam met de gebruikelijke manier van werken. Er bestond twijfel of de gezinnen waarmee zij werkten het wel aan konden. Een aantal gezinswerker vond dat er veel gezinnen zijn die niet goed kunnen inschatten wat realistisch is. Als het gezin zelf geen doelen kan stellen, is het geoorloofd mee- en bij te sturen bij het stellen van doelen, vonden zij.

Sommige werkers waren van mening dat de echte, onderliggende vragen pas boven komen drijven als de gezinswerker enige tijd in het gezin is. Doordat de gezinswerker het gezin leert kennen, en ervaringen en opgebouwde expertise toenemen, wordt voor de gezinswerker de vraag van het gezin zichtbaar. Immers, als gezinswerker baseer je dat wat je doet niet alleen op dat wat het gezin er over vertelt, maar ook op wat je zelf ziet en van anderen in het sociaal netwerk hoort. De gezinswerkers vonden dat het juist onderdeel is van hun professionaliteit om het gezin te confronteren met datgene wat niet werkt of niet oplevert wat het gezin wenst. Nee, vonden andere gezinswerkers, dat is niet iets wat verborgen is. Volgens het wraparound care-model werkt de gezinswerker immers transparant en dus niet met een verborgen agenda. Eén van de gezinswerkers van Stade Profiel constateerde dat hij vanzelfsprekend wel zijn 'eigen agenda' behoudt.

Een veel besproken vraag was: Wat moet je als gezinswerker doen als jij andere doelen ziet dan het gezin zelf? In hoeverre kan je sturend zijn als het gezin niet in staat is eigen doelen te formuleren of in jouw ogen de verkeerde doelen noemt? In hoeverre worden doelen echt samen met of door het gezin opgesteld? Volgens het wraparound care-model mag de gezinswerker wel degelijk het gezin motiveren en ondersteunen om tot bepaalde inzichten te komen, mits dat altijd op een transparante manier gebeurt, vanuit loyaliteit naar het gezin en zonder verborgen agenda. De gezinswerker gaat in eerste instantie uit van de probleembeschrijving van het gezin en komt in dialoog met het gezin tot een gezamenlijke probleemdefinitie en hulpvraag.

De gezinswerkers zijn in de pilot aan de slag gegaan om dit in hun werk toe te passen maar hun opvattingen en ervaringen lopen uiteen. Een aantal gezinswerkers ging in de praktijk aan de slag om de regie bij de cliënt te leggen en stond versteld van de mogelijkheden van het gezin die naar voren komen bij deze werkwijze. Anderen waren van mening dat proberen niet altijd zinvol is omdat bepaalde gezinnen niet hun eigen doelen kunnen en zouden moeten stellen. Volgens deze werkers heeft niet elk gezin het inzicht om zijn eigen doelen te stellen. Een aantal gezinswerkers ervoer in het werken met wraparound care bij zorg-

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

mijdende en gezinnen met een licht verstandelijke beperking specifieke problemen bij het opstellen van doelen en teruggeven van de regie.

Het is een aantal gezinswerkers duidelijk geworden, dat naast het *aanleren* van werkwijzen, zij ook zaken moesten afleren. Het problematiseren, dat sommige gezinswerkers tijdens hun opleiding hebben geleerd, moesten zij loslaten en omzetten in vraag- en doelgericht gericht werken. Dat betekent dat de gezinswerker de eigen, zelfbedachte, doelen en oplossingen loslaat en de vragen en oplossingen van het gezin centraal stelt en zich daar ook aan verbindt. Het gaat om eigenaarschap, maar ook, blijkt uit de ervaringen van de gezinswerkers, ervan uitgaan dat de cliënt wel degelijk zelf veel kan en je laten verrassen door zijn of haar eigen kracht. Dit vergt een omslag in denken en handelen, wat de vraag oproept: kan het *gezin* het niet zelf, of kan de *gezinswerker* de kanteling in denken niet maken?

Vraaggericht werken kostte volgens veel gezinswerkers meer tijd. Vooral het stellen van doelen samen met de gezinnen. Een van de gezinswerkers zei:

> *"Het kost veel tijd en dat is een nadeel. Dat ik meer moet investeren in de communicatie en echt moet masseren om haar die kant op te krijgen."*

De vraag of deze investering loont in een beter en effectiever hulpverleningsproces kan pas na verloop van tijd worden ervaren en beantwoord. Het is een tijdsinvestering die zich pas later terugbetaalt, want ook de omslag die gezinnen moeten maken is niet van de ene op de andere dag voor elkaar.

Een ander principe van wraparound care heeft betrekking op de ***culturele bekwaamheid*** van de gezinswerker. In het begeleidingsproces demonstreert hij respect voor en bouwt voort op waarden, voorkeur, geloof, cultuur en identiteit van het kind, het gezin en hun buurt. De gezinswerkers in de pilot waren zich bewust van hun houding, uitstraling en taalgebruik. Ze probeerden zich zo neutraal mogelijk te kleden om te voorkomen dat dit weerstand bij mensen zou kunnen oproepen. Ze probeerden zich steeds bewust te zijn van hun taalgebruik en vermeden bijvoorkeur zoveel mogelijk moeilijke woorden en vaktaal. Zaken als op tijd komen - liever te vroeg, dan te laat - maar vooral 'doen wat je zegt en zeggen wat je doet', vonden zij van groot belang:

> *"Wij houden rekening met de cliënten en hun normen, maar wij passen ons niet aan de cliënten aan."*

Aanpassen had volgens de gezinswerkers geen zin, want dan zouden zij niet objectief kunnen kijken naar wat er veranderd kan worden. Zij stelden dat ze zich niet moeten aanpassen, maar er rekening mee moeten houden dat mensen een andere cultuur hebben; door oprecht geïnteresseerd te zijn in de andere cultuur en daar respectvolle vragen over te stellen, leren ze de cultuur van de ander kennen en kunnen ze ook de effecten die deze cultuur kan hebben op de toekomst van het kind ter sprake brengen.
Een gezinswerker van Portes hierover:

> "*We* (de gezinswerkers, red.) *vallen sowieso op, omdat wij de buitenwereld naar binnen brengen. Dat is nodig want doordat de cliënten geen aansluiting vinden met buiten ontstaan er zorgen. Het is dus niet erg om anders te zijn, als we de ander maar in zijn waarde laten. Het is juist waardevol dat we verschillen, juist door de verschillen kunnen we een bijdrage leveren aan de veranderingsprocessen van de cliënt."*

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Een van de uitgangspunten van het wraparound care-model is ***wijkgericht werken***: zoveel mogelijk interventies toepassen die integratie van het gezin in de wijk bevorderen. Omdat hulpverlening en welzijnswerk in de stad Utrecht al wijkgebonden georganiseerd zijn, werkten de gezinswerkers in de Utrechtse pilot vanuit de wijk en waren zij bekend met organisaties in de wijk. Er liepen vele lijnen met collega's en de mogelijkheden om in de wijk voor zowel de kinderen als de ouders iets te regelen waren bekend. Vooral in gezinnen met jonge kinderen is de leefomgeving vaak zeer wijkgebonden: de basisschool zit in de buurt, veel voorzieningen zijn op buurtniveau. Een gezinswerker:

> "*De gezinnen waarin wij werken wonen vaak in een zogenaamde probleembuurt, waar vaak een cumulatie van instanties en project zich bevinden, hierdoor is het vaak beter haalbaar om cliënten toe te leiden omdat de drempel minder hoog is.*"

4.1.4 Het gezinsplan

De theorie

Een belangrijk element in de inhoudelijke visie achter het wraparound care-model is dat duurzame veranderingen in cliëntsystemen alleen kunnen plaatsvinden als interventies passen in een plan dat door een team van professionals en personen uit het eigen netwerk *samen met* het cliëntsysteem is ontworpen en dat dit plan concrete doelen betreft in de eigen leefsituatie van het cliëntsysteem (Hermanns J., 2010). Daarnaast is het binnen het wraparound care-model het meest wenselijk als het gezin samen met de gezinswerker in staat wordt gesteld eigen doelen te formuleren, in eigen bewoordingen (Hermanns J., 2002). In het wraparound care-model wordt gewerkt met een dynamisch gezinsplan. Een plan van het gezin en niet op de eerste plaats van de gezinswerkers en de netwerkpartners

Bij het stellen van doelen en het meetbaar maken daarvan kunnen drie stappen worden onderscheiden:
1. Het gezin zet in dialoog met de gezinswerker de aandachtsgebieden van de hulp zelf op een rijtje.
2. Er wordt een ordening aangebracht in de aandachtsgebieden; wat zit er het meest dwars?
3. Vervolgens worden de doelen bepaald.

Doelen zijn SMART geformuleerd: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden. Haalbare, concrete doelen, op maat en resultaatgericht geformuleerd. Doelen zijn echte doelen en geen middelen. Ook moeten doelen geformuleerd zijn in eindtermen en niet in processen. Nadat de doelen zijn gesteld dient een gezinsplan te worden opgesteld. In het plan worden de middelen beschreven om de doelen te bereiken. Daarbij kan de gezinswerker gebruik maken van de verschillende methodieken (Hermanns J., 2010). De middelen bestaan uit de acties van het gezin, ondersteunt door de gezinswerker, acties van leden van het sociale netwerk en eventueel professionele interventies van ketenpartners.

Het wraparound care-model stelt geen tijd waarbinnen het plan af moet zijn. Wel dat de gezinswerker zo snel mogelijk samen met het gezin doelen formuleert. Op deze manier zijn binnen enkele gesprekken de doelen helder. Ter indicatie: In de methodiek Jeugdhulp Thuis wordt binnen zes weken na het eerste contact het hulpverleningsplan opgesteld (Hermanns J., 2010). Regelmatige evaluatie van het plan is van belang om voortgang vast te stellen.

De praktijk

In de praktijk bleek dat werken met een gezinsplan en door het gezin zélf geformuleerde doelen een omslag in denken vraagt van alle betrokkenen. Alle gezinswerkers in de pilot werkten binnen hun organisatie

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

al met een plan van aanpak. Er bleken echter onderling veel verschillen te zijn. Zo bleek er bijvoorbeeld verschil te zijn in het tijdspad. De Bloemaanpak en Team Casemanagement trokken ongeveer anderhalve maand tot twee maanden uit om het plan te schrijven. Actief Casemanagement nam veel meer tijd voor de verkennende fase alvorens het plan op te stellen en gaf de gezinswerker hiervoor drie tot vier maanden de tijd.

De gezinswerkers van Portes (Bloemaanpak) beaamden daarbij de noodzaak kleine, meetbare doelen te stellen:

> *'De plannen en doelen worden per gezin gemaakt en zijn afhankelijk van de doelen van de cliënt. Ze zijn dus toegesneden op de situatie van de cliënt en niet inwisselbaar met anderen. Het is zodanig opgesteld, met zowel heel kleine als verder in de toekomst gelegen doelen, dat deze ook gehaald kunnen worden en voor de cliënt een succesgevoel geven.'*

Evaluaties waarin de voortgang werd besproken en eventueel de doelen werden bijgesteld, vonden - afhankelijk van de organisatie - elke twee maanden (Bloemaanpak) of elke drie maanden (Team Casemanagement, Actief Casemanagement) plaats. Een van de gezinswerkers van de Bloemaanpak vertelde dat zij inderdaad om de acht weken een zorgoverleg organiseert waarin het plan tussentijds wordt geëvalueerd. De andere twee methodieken schreven voor om de voortgang in het interne team te evalueren, maar ook in het gezin. Bij Team Casemanagement kon dat via een afstemmingsoverleg, maar het kon ook telefonisch tussen de gezinswerker en de professional plaats vinden (Heerwaarden, 2009; Heerwaarden, 2006; Cumulus, 2009).

De plannen van aanpak die binnen de drie organisatie gebruikt worden verschillen sterk in omvang en inhoud. De gezinswerkers van Team Casemanagement werken met een gezinsplan van ongeveer tien pagina's. Hierin staat achtergrond informatie zoals de reden van aanmelden, de visie en verwachtingen van het gezin, de hulpvraag en de gewenste ondersteuning. Per leefgebied geeft de gezinswerker aan wat er speelt. Ook het plan dat Actief Casemanagement hanteert, beslaat alle levensgebieden. Het plan valt qua omvang tussen de andere twee methodieken en beslaat min of meer dezelfde onderwerpen als bij Team Casemanagement. Cumulus, ten slotte, werkt in de Bloemaanpak met het format van één gezin, één plan. Het gezinsplan beslaat drie pagina's en bevat drie onderdelen: gezinsdoelen, betrokkenen en afspraken. Het wordt gezien als een middel om samen te werken met gezinnen waarbij meerdere instanties betrokken zijn. Het gezinsplan moet houvast bieden en overzicht geven aan de gezinsleden, de mensen uit hun netwerk en de betrokken dienstverleners (Huijsman, 2010).

Uit gesprekken met alle gezinswerkers van het onderzoek kwam het gezinsplan van de Bloemaanpak als het meest handzame en bruikbare naar voren. Zo zeiden de gezinswerkers van Team Casemanagement bijvoorbeeld dat hun plan niet zo werkbaar is in de praktijk. De omvang en de gedetailleerdheid van het plan, daar hebben de gezinswerkers naar eigen zeggen moeite mee. De gezinswerkers van Cumulus vonden hun plan wel werkbaar en overzichtelijke. Het onderzochte gezinsplan van het project '1 gezin, 1 plan', waarop het gezinsplan van de Bloemaanpak is gebaseerd, is helder en overzichtelijk en goed bruikbaar in het werken met de gezinnen. In een BPU-bijeenkomst is afgesproken vanaf juni 2010 te gaan werken met dit gezinsplan met als doel te onderzoeken of dit een plan van aanpak is dat past bij het werken met multi-probleemgezinnen volgens de principes van het wraparound care-model. Daarnaast spraken zij af dat zij het plan van aanpak van de eigen organisatie blijven invullen.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Uit de ervaringen met het gebruiken van het gezinsplan van '1 gezin, 1 plan' zijn positieve en negatieve geluiden te horen. In het welslagen van deze werkwijze hebben alle betrokkenen hun aandeel. Op de eerste plaats de gezinswerker, maar ook de netwerkpartners en de betrokken gezinnen.
De ervaring is dat het echt een plan is voor 'aan de keukentafel' dat de gezinswerker samen met het gezin aan kan opstellen. Het is niet statisch; de doelen, maar ook de netwerkpartners, kunnen worden toegevoegd en aangepast.

Voor een aantal werkers is het anders dan zij voorheen gewend waren te doen. De gezinswerkers van Actief Casemanagement vertelden in een interview dat zij gewend waren het hulpverleningplan niet te laten lezen aan de gezinnen, maar wel mondeling de doelen te benoemen. Een van de gezinswerkers blikte terug op haar oude werkwijze:

> '*Hoe ik het eerst deed? In de loop van de tijd, zeg maar, dan stelde ik gewoon zelf doelen op en dan maakte ik een analyse en dan maakte ik een plannetje voor mezelf van ik wil dat het gezin daar naartoe gaat'.*

Voor veel werkers was het werken met een plan dat écht van het gezin was een grote verandering ten opzichte van wat ze gewend waren te doen. Ze gaven te kennen dat ze eraan moesten wennen en er steeds op moesten letten dat het plan het verhaal van het gezin is, en niet alleen het verhaal van de gezinswerker. Oefenen met het gezinsplan tijdens de Best Practice Unit heeft hieraan zeker een bijdrage geleverd.

In de Bloemaanpak, waar de gezinswerkers al met het gezinsplan werkten, maakten ze het plan in het begin tijdens een zorgoverleg met alle betrokken hulpverleners in het gezin. Daar stelden zij de gezinsdoelstellingen vast die de basis vormden van het plan en leidend waren voor de deelplannen van de diverse partners. De nieuwe 'wraparound care-benadering' van het gezinsplan vraagt een omslag in denken van betrokken hulp- en dienstverleners. Tijdens het oefenen met het gezinsplan bleek dit juist een lastig punt. Sommige gezinswerkers vonden het lastig dat de netwerkpartners nog niet klaar waren om met het nieuwe gezinsplan te werken. Het leek wel alsof de ketenpartners beter dachten te weten wat goed is voor het gezin, dan het gezin zelf. Omslag in denken is nodig: meer vertrouwen in de eigen kracht van het gezin, meer regie leggen bij het gezin. Meer vraaggericht werken kan de gezinswerker dus niet alleen. Het professionele netwerk om hem en het gezin heen dient eenzelfde visie te hebben op de hulpverlening. Wraparound care is vraaggestuurd en vereist een op maat gemaakt aanbod. Samenwerkingspartners moeten dat inzien.

Een van de gezinswerkers die volgens de Bloemaanpak werkt, vertelt over het gezinsplan:

> *"Bij de start met een gezin zit ik om tafel met het gezin en de verwijzer. De punten die hieruit naar voren komen en waarvan ik denk dat kunnen mogelijke doelen zijn, zet ik voor mezelf op papier. In het tweede gesprek werk ik het eerste gesprek wat verder uit en maak ik verder kennis. En dan ga ik met het gezin aan de keukentafel zitten om het plan te maken en te kijken wie daarbij nodig zijn. Daarna werk ik het plan uit op de computer. Per doel bepaal ik samen met het gezin de begindatum en de einddatum waarop het doel gehaald moet zijn. Ik stuur het plan naar het gezin of neem het mee naar het gezin. Als het gezin akkoord is, stuur ik het plan naar het netwerk. Op basis daarvan ga ik het eerste zorgoverleg organiseren. Als het gaat om 1 of 2 netwerkpartners dan maakte ik daar aparte afspraken mee samen met het gezin."*

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Op de vraag of dit plan van aanpak ook werkt bij de meest ernstige multiprobleem gezinnen liepen de meningen uiteen. Sommige gezinswerkers gaven te kennen dat zij bepaalde gezinnen binnen hun doelgroep zien als obstakel in het werken met dit gezinsplan. Andere gezinswerkers uit de pilot vonden dat het moeilijker is om met dit plan te werken als je bijvoorbeeld te maken hebt met wispelturige ouders of ouders met een laag denkniveau werken. Ook waren sommige gezinswerkers van mening dat het wraparound care-plan beter past bij gezinnen met lichtere, enkelvoudige problematiek dan bij zorgmijdende gezinnen.

Uiteindelijk hebben niet alle gezinswerkers het plan van '1 kind, 1 plan' in gebruik genomen. De weerstand die enkele gezinswerkers voelden ten aanzien van dit plan van aanpak lijkt samen te hangen met de implicaties die echt vraaggericht werken heeft voor de aanpak van de gezinswerker en met het feit dat deze werkwijze bij een bepaalde groep multiprobleem gezinnen nadere onderbouwing en ontwikkeling nodig heeft.

4.1.5 Werken met informele netwerken

Theorie
Werkende vanuit de uitgangspunten van wraparound care is het de bedoeling dat het gezin zelf greep krijgt op het eigen functioneren en daarbij steun zoekt bij het eigen sociale netwerk en dit waar nodig gaat opbouwen en herstellen. Het informele netwerk blijft altijd bij het gezin, terwijl de medewerkers van het professionele netwerk wisselen. Ook de sociale context waarin het gezin leeft, zal zich (soms opnieuw) moeten openstellen voor een constructieve interactie met het gezin. Een belangrijk onderdeel van de eigen leefomgeving, van de problemen die daarin ontstaan, maar ook van de mogelijke wegen tot oplossingen, is het sociale netwerk waarin het gezin leeft (Hermanns J. M., 2002).

Dit betekent dat er in het wraparound care-model veel aandacht is voor de sociale inbedding van het gezin. Naast het inzichtelijk maken van het huidige sociaal netwerk, kan het opbouwen van steunende netwerken een effectief onderdeel zijn van hulpverlening. Samen met het gezin gaat de gezinswerker op zoek naar sociale steunbronnen. De gezinswerker stimuleert het gezin om het sociale netwerk te versterken en te mobiliseren tot een steunend netwerk. Vanaf het eerste begin wordt het gezin aangemoedigd om voor hen belangrijke personen te betrekken bij het overleg. Immers het informele netwerk van het gezin zal vaak eerder de signalen opvangen dat het niet goed gaat. Een van de uitgangspunten van wraparound care is daarom dat de hulpverlening niet goed kan plaatsvinden als ze de sociale netwerken van het gezin niet betrekt bij het proces (Hermanns J. M., 2002). Hulpverlening is niet slechts gericht op het individuele functioneren, maar op het functioneren van individuen in hun eigen leefomgeving.

Praktijk
In alle drie methodieken wordt gesteld dat het opbouwen en herstellen van het sociaal netwerk een van de doelen is van de hulpverlening. Voor de gezinswerker zijn er verschillenden taken weggelegd in het werken met het informele netwerk. Allereerst heeft hij een rol in het zicht krijgen op het eigen netwerk. De gezinswerkers die bij het onderzoek waren betrokken beschikten bovendien over een aantal instrumenten om het huidige sociaal netwerk van het gezin in kaart te brengen. Een gezinswerker van Portes:

> *'Soms herkennen cliënten ook hun steun en hulpbronnen niet meer omdat ze zo vanzelfsprekend zijn geworden. Het versterken van die banden door het bespreekbaar te maken heeft vaak al snel succes. Cliënten hebben bijvoorbeeld wat ondersteuning gehad van een buurvrouw, ze*

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

hebben haar uitgenodigd om te komen eten. Toen bleek dat ze veel overeen hadden en nu zijn ze vriendinnen.'

Een gezinswerker kan ondersteunen in het waarderen van de steun die het gezin al heeft. Ook bij het inzicht verkrijgen dat sommige relaties een negatieve invloed hebben op het gezin of gezinsleden kan de gezinswerker ondersteunen, zo bleek uit de volgende uitspraak van een gezinswerker van Portes:

"*Soms ook is juist het buiten de deur houden van belastende contacten onderdeel van het proces. Ouders ervan bewust maken hoe de relatie met hun eigen ouders is en wat zij daarmee willen. Als blijkt dat zij daarmee minder willen, voelt het rustiger en worden zij minder vaak teleurgesteld in het doen van een beroep op hun netwerk."*

In de BPU-bijeenkomsten hebben gezinswerkers expliciet aandacht besteed aan het werken met sociale netwerken onder meer door daar concreet in te oefenen en met elkaar voorbeelden uit te wisselen waarin het sociaal netwerk een bijdrage heeft geleverd. Binnen de pilot was de tendens om steeds meer naast het gezin te staan en het gezin de regie te geven over het netwerk. Er ontstond steeds meer aandacht voor het sociale netwerk van het gezin. Toch bekenden de meeste gezinswerkers nog regelmatig moeite te hebben met het betrekken van het sociaal netwerk tijdens het hulpverleningstraject. Het sociale netwerk ontbreekt helemaal of is soms, volgens de gezinswerkers, niet geschikt om het gezin te ondersteunen. Ook kan het zijn dat het netwerk destructief is waardoor het gezin juist beter af is zonder hen, vonden de gezinswerkers. In dat geval moet er gezocht worden naar een ander vorm van (informeel) netwerk. Sommige gezinnen zijn in hun relaties met anderen zo beschadigd dat leven voor hen gelijk staat aan overleven. Voor hen lijkt alleen een professioneel netwerk realiseerbaar. Ook ervoeren de gezinswerkers een spanningsveld als het gezin uitspreekt geen behoefte te hebben om het informele netwerk uit te bouwen en te versterken. Er deden zich dus regelmatig situaties voor waarin het betrekken van het sociaal netwerk een moeilijke klus is. De gezinswerkers realiseerden zich echter wel dat ondersteuning door het persoonlijk netwerk afhankelijkheid van professionele hulpverlening kan verminderen. Het is dus aan te bevelen het sociaal netwerk toch zo vroeg mogelijk te betrekken en vanaf het begin te werken aan het opzetten van een ondersteunend netwerk rondom het gezin. Het is een valkuil om andere zaken prioriteit te geven. Het vraagt van de gezinswerker doorzettingsvermogen en een lange adem.
Een gezinswerker van Cumulus hierover:

"Er zijn wel dingen die ik lastig vind. Bijvoorbeeld dat netwerkondersteuning…....eigenlijk zie ik bij al mijn gezinnen dat zij een beperkt tot soms zelfs bijna geen netwerk hebben. En eigenlijk willen ze het ook altijd opbouwen, maar hoe? Ja, dat kost gewoon heel veel tijd en vaak moeten er ook nieuwe inzichten komen en bepaalde sociale vaardigheden die lastig zijn of soms is er een netwerk en dan denk je van goh, ben je er met z'n allen over uit hoe je dat gaat inzetten en blijkt dat netwerk zelf ook niet zo stabiel te zijn. Ja, weet je, dat is dus lastig."

4.1.6 Werken met formele netwerken

Theorie
Een van de hoofdtaken in het wraparound care-model is het afstemmen en coördineren van de inbreng van andere personen, diensten en hulpverleners in het gezin. Wettelijk en positioneel heeft de gezinswerker vaak echter geen enkele bevoegdheid om anderen aan te sturen (Hermanns J. M., 2002). Om deze 'regisseurpositie' te verkrijgen heeft de gezinswerker binnen het wraparound care-model een aantal in-

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

strumenten. Ten eerste kan hij gebruik maken van de positie van ‘vertegenwoordiger van de cliënt’. De gezinswerker gaat niet namens het gezin onderhandelen, maar samen met het gezin, en maakt daarbij gebruik van de macht van de cliënt in de onderhandeling met het formele netwerk. De gezinswerker kan de gezinnen in het contact met het formele netwerk aanspreken op hun rechten en de rechten die de gezinnen hebben, gebruiken in het contact met het formele netwerk. Voorbeelden hiervan zijn recht op subsidies, op bescherming, op kinderbescherming, rechten die voortvloeien uit verzekeringen. Zelf initiatieven nemen wordt vaak gewaardeerd door netwerkpartners en biedt kansen op een regisseurspositie te verwerven. Daarnaast helpt het om goed geïnformeerd zijn. Ook kennis is immers een bron van invloed. Door veel van het gezin te weten, van die kennis een samenhangend beeld te maken en door op (bijna alle vragen) antwoord te kunnen geven, profileert de gezinswerker zich als de specialist van dit gezin. Ten slotte kan je als gezinswerkers anderen aanspreken op hun professionaliteit. Professionals dienen zich in relatie met hun cliënten zo te gedragen dat er sprake is van ‘goed hulpverlenen’. Professioneel werken betekent samenwerken. Als dat niet het geval is kunnen professionals aangesproken worden op de noodzaak van samenwerking (Hermanns J., 2010).

Hermanns wijst erop dat het een valkuil is dat instanties en voorzieningen zich al snel richten tot de gezinswerker. Volgens hem komt het dan ook regelmatig voor dat men pogingen doet om de gezinswerker buiten het gezin om te spreken te krijgen. Uitgangspunt is dat contact met andere hulpverleners nooit voor, maar altijd met het gezin gebeurt. De algemene regel is dat de gezinswerker samen met de gezinsleden op zoek gaat naar oplossingen. De hulpverlener kan het gezin de weg wijzen, maar hij kan ook met het gezin op pad gaan om de problemen te bespreken (Hermanns J. M., 2002). Het uitgangspunt is steeds weer dat de regie zoveel mogelijk bij het gezin gelegd wordt.

Regie bij het gezin en samenwerken met het gezin betekent ook dat het gezin zo veel mogelijk aanwezig is bij alle overleggen met de ketenpartners die bij hen betrokken zijn. Hierdoor neemt het gezin actief deel en kan het waar nodig ingrijpen in het overleg. De gezinswerker ondersteunt het gezin in zijn verhouding tot het formele netwerk en staat achter hen in het overleg. Het gezin moet daarin leren en het netwerk moet daarin ook leren. Ook vraagt het competenties van de gezinswerkers zelf om professioneel te handelen in dit krachtenveld van instellingen die elk eigen doelen en belangen nastreven.

Praktijk

Ook binnen de beschreven methodieken die meededen aan de wraparound care-pilot in de stad Utrecht was een belangrijke taak weggelegd voor de gezinswerker in het coördineren van zorg. De methodieken beschrijven dat de gezinswerker een brugfunctie vervult tussen het gezin en de hulpverleningsinstanties. Bijvoorbeeld om het contact tussen het gezin en instanties te herstellen, zo bleek bijvoorbeeld uit dat wat een van de gezinswerkers van Portes vertelde:

> *‘”Niet alle gezinnen zijn in staat om een prettig contact te hebben met instanties. We zien dit ook als een leerproces waarin we cliënten ondersteunen, omdat zij dit ook in de toekomst tegen zullen komen.”*

De verbindingfunctie is ook nodig om het perspectief van het gezin bij de hulpverlening te verduidelijken, en om de vertaalslag te maken van de hulpverlening naar het gezin. De gezinswerkers in de pilot vonden dat het ook hun taak is om de klant te helpen zijn zorgvraag te vertalen naar een vraag aan een instantie, maar evenzo andersom. De gezinswerkers van het onderzoek concludeerden dat wraparound care betekent dat je als gezinswerker de belangen van het gezin en het professionele netwerk moet kunnen vereni-

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

gen. Dat doe je door de vertaalslag van het gezin naar het professionele netwerk te maken en vice versa. Een voorbeeld van een van de werkers uit de pilot:

> *Een jong Roma gezin wil dolgraag een eigen huis. Ze staan op de wachtlijst bij de Tussenvoorziening. De Tussenvoorziening zegt: "Bij ons gaat het niet lukken, want vader laat gedrag zien wat wij niet kunnen tolereren." De gezinwerker bespreekt met vader de effecten van zijn gedrag en de weerstand die dit oproept bij de werker van de Tussenvoorziening. Het effect hiervan is dat vader op eigen initiatief een psychiatrisch onderzoek laat doen en bereid is mee te werken aan verbeteren van de communicatie in het kader van zijn doel verkrijgen van zelfstandige huisvesting en ondertussen weet hij ook dat dit hem op meerdere fronten van pas zal komen.*

De gezinswerkers gaven aan dat het professionele netwerk hen vaak positioneert als tolk of vertaler van de belangen van het gezin, maar ook van de belangen van de professionele organisaties naar het gezin. De instanties die betrokken zijn bij het gezin verwachten daarnaast dat de gezinswerker het allemaal regelt voor het gezin en dat de aanpak van de gezinswerker tot resultaat leidt met minder inspanning van hun eigen organisatie. Een voorbeeld van een gezinswerker:

> *"De Kredietbank verwacht van mij dat ik het gezin bevoogd en masseer, ze verwachten van mij dat ik het beleid van de kredietbank uitleg en verwoord naar het gezin en impliciet verwacht de Kredietbank van ons dat wij ervoor zorgen dat het gezin instemt met het voorgestelde beleid."*

De gezinswerkers hebben in de pilot veel geoefend om deze regisseursfunctie in te nemen in relatie tot de betrokken professionals en instanties, zonder de regie bij het gezin weg te nemen. Tijdens het onderzoek hebben de gezinswerkers ervaren dat men over het algemeen het belang ziet van samenwerken ten behoeve van het kind en het gezin en tot op zekere hoogte lukt het ook, zo blijkt uit het volgende citaat van een van de gezinswerkers:

> *"Dit is vaak heel lastig voor mensen, maar doordat wij een open houding hebben naar de andere mensen toe lukt dit in belangrijke mate. Het bewustzijn van onze eigen expertise en het feit dat we niet in de keuken van een andere instantie kunnen roeren, maar open het gesprek aangaan, leidt vaak tot verrassend open reacties."*

De gezinswerkers in de pilot hadden verschillende opvattingen over het wel of niet laten aansluiten van het gezin bij een zorgoverleg. Sommige gezinswerkers gaven aan dat ze het nog lastig vonden om een professioneel netwerk te organiseren en te zorgen dat alle neuzen dezelfde kant op staan:

> *'Wat ik moet ontwikkelen is het hele netwerkgebeuren en de samenwerking. Ik doe het wel; ik werk samen en heb contact met iedereen, maar niet zoals het vaker zou moeten; in een zorgoverleg.'*

Lang niet voor alle gezinswerkers was het al vanzelfsprekend om het gezin of de gezinsleden te laten aanschuiven bij een zorgoverleg. Vooral bij LVB-gezinnen en zorgmijdende gezinnen zagen gezinswerkers weinig meerwaarde in deelname van het gezin aan het zorgoverleg maar eerder belemmeringen.

Gedurende de pilot hebben gezinswerkers – wellicht meer dan zij voorheen al deden – geoefend om niet namens de cliënt te communiceren maar naast de cliënt te staan in contact met andere professionals en instanties. Sommige gezinswerkers bleven sceptisch en anderen hebben zich laten verrassen door de eigen kracht van de cliënt. Wraparound care vraagt in veel gevallen een omslag van denken van alle be-

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

trokkenen. Vanuit de wraparound care-gedachte moet de werker alles doen met toestemming van het gezin. Hij moet wel realistisch blijven; altijd een groot zorgoverleg organiseren is niet altijd haalbaar en efficiënt. Bilateraal kan ook veel afgestemd worden mits weer altijd in afstemming met en met goedkeuring van het gezin. Dan kan het bijvoorbeeld nuttig zijn om een gesprek met een gezin voor te bereiden, het gesprek te structureren of te bemiddelen (Hermanns, 2002). De gezinswerkers van Stade Profiel waren het hiermee eens en zijn van mening dat in sommige situaties het overleg tussen het gezin en de instantie nauwkeurig voorbereid dient te worden om te voorkomen dat de onderhandeling uit de hand loopt en het gezin opnieuw een negatieve ervaring opdoet en/of het contact verslechtert in plaats van verbetert. Dit vergt veel inzet en tijd van de gezinswerker. Een voorbeeld uit de pilot:

> *Een moeder meldt zich aan bij Altrecht voor een 'moeder en kind training'. Gaandeweg de training verandert de hulpvraag van moeder en past het aanbod van de training niet voldoende meer op de situatie van moeder. De trainer van Altrecht zegt niets met de vraag van moeder te kunnen omdat het aanbod op moeder en kind is gericht. De gezinswerker heeft heel erg veel moeite moeten doen om een zorgoverleg te organiseren in het bijzijn van moeder, waarin de vraag van moeder opnieuw wordt besproken. In het zorgoverleg legt moeder uit wat zij nodig heeft en dat zij voor haar vraag terecht wil kunnen bij één hulpverlener. Het kost veel tijd om de manier van kijken van de trainster naar de situatie van moeder te doorbreken en samen met moeder op zoek te gaan naar een aanbod binnen Altrecht dat wel passend is voor moeder.*

Opschalen

Het om de tafel krijgen van het formele netwerk is een opdracht die veel vraagt van de overtuigingskracht, het doorzettingsvermogen en de competentie van de gezinswerker. Gezinswerkers moeten hun collega-professionals kunnen aanspreken op hun professionaliteit als dat nodig is. De gezinswerkers in de pilot signaleerden op dit punt een onderliggend dilemma. Zij zetten vraagtekens bij de mate waarin instanties bereid zijn vraaggericht en op maat hulp te verlenen aan multiprobleem gezinnen. Zij constateerden dat veel organisaties niet zijn ingericht om aan probleemgezinnen een passend aanbod te doen. Vervolgens is de vraag hoe de gezinswerkers zich hiertoe verhouden. Is het aan de individuele gezinswerker om een begin te maken met het van binnenuit veranderen van de organisatie? Of moeten de gezinswerkers dit overlaten aan bestuurders om ervoor te zorgen dat hun organisaties zo zijn ingericht dat onze cliënten ook bij hen terecht kunnen?

Sommige gezinswerkers hielden zich niet veel bezig met het (veranderen van) het professionele netwerk en waren gericht op hun gezin en de manier waarop het gezin zich staande kan houden ten opzichte van het professionele netwerk. Deze gezinswerkers vonden dat het veranderen van dit netwerk niet tot hun taken behoort. Anderen vonden van wel. Zij hadden een eigen manier ontwikkeld om zich te verhouden tot het professionele netwerk. In het laatste geval speelde de visie van de gezinswerker een rol: in hoeverre was hij van mening dat zaken in de maatschappij te veranderen zijn vanuit de eigen positie als gezinswerker.

Hier ligt wellicht een taak voor het doorbraakteam om het professionele netwerk te steunen om een visieomslag te bewerkstelligen. Bijvoorbeeld door meer publiciteit en bekendheid te geven aan het wraparound care-model. De communicatielijnen tussen de werkbegeleiders en de gezinswerkers leken hier tot dusver nog niet aan bij te dragen. Het is niet duidelijk geworden hoe makkelijk of moeilijk de gezinswerkers ondersteuning vroegen of kregen van het doorbraakteam bij het organiseren van een zorgoverleg. Indien nodig is het wellicht verstandig om op een hoger niveau dan de uitvoerende praktijk het een en ander te bespreken. Onder meer om te voorkomen dat iets tot een persoonlijk probleem wordt gemaakt en dat een pro-

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

bleem van samenwerkende professionals of van het zorgaanbod kan worden gezien als een probleem van het gezin.

4.1.7 De afsluiting

De theorie
In het wraparound care-model wordt ernaar gestreefd dat gezinnen leren hun problemen zelf op te lossen. De hulpverlening maakt zich in dat proces stap voor stap overbodig. Op het moment dat het gezin in staat is zelf de problemen op te lossen, kan de hulpverlening worden afgesloten (Hermanns J., 2010). Uit de principes van het wraparound care-model vloeit voort, dat er geen geplande nazorg is. Gezinswerkers maken met het gezin dan ook geen afspraken voor vervolgcontacten. Wel kan het gezin, als daar behoefte aan is, zelf contact opnemen. Als de hulpverlening wordt afgesloten, wordt er aan de hand van de gestelde en bereikte doelen een eindrapport opgesteld. Dit rapport wordt bij voorkeur opgesteld in de vorm van een brief van of aan de cliënt, ondertekend door de hulpverlener en de werkbegeleider (Hermanns J. , 2010).
Ook wordt de hulpverlening beëindigd als er geen voortgang wordt behaald of als de veiligheid niet kan worden gegarandeerd.

De praktijk
De drie methodieken sloten alle vanzelfsprekend het traject af als (bijna) alle doelen uit het plan zijn behaald. De leefsituatie is dan stabiel en het gezin heeft weer greep op het leven: de opvoedsituatie is gestabiliseerd, de zelfredzaamheid vergroot, het isolement doorbroken en een ondersteunend netwerk is opgezet. Alle organisaties boden na de intensieve fase, wel een fase van nazorg aan. Zo is bij Portes vaak al vóór de inzet van Team Casemanagement in het gezin bekend bij wie een oogje in het zeil gehouden dient te worden. Ook na de interventie blijft een professional van Portes het gezin dan volgen. De monitorfunctie wordt actief teruggelegd bij een professional die vanuit de dagelijkse werkzaamheden contact heeft met het gezin. Als de professional weer iets signaleert, wordt dat direct besproken in het interne zorgoverleg van de organisatie.

Het feit dat een gezin een professioneel netwerk om zich heen ervaart en daar op het juiste moment gebruik van maakt of op terugvalt, betekent niet dat het geen regie heeft over het eigen leven. Daarbij wordt van het professionele netwerk verwacht dat het insteekt op de leerbare houding van het gezin en niet opereert vanuit een bevoogdende houding. Een aantal gezinswerkers was van mening dat er gezinnen zijn die nooit zonder een vorm van ondersteuning van anderen de regie over het eigen leven kunnen voeren. Dit kan ook de vorm krijgen van een achterwacht bij storingen die het gezin ontregelen waarbij de gezinswerker weer even naast het gezin gaat staan en hen helpt om de situatie te analyseren en te duiden waardoor het voor het gezin weer begrijpbaar is en waardoor het weer grip krijgt op de situatie. Soms is de verwijzing naar het juiste telefoonnummer al voldoende. Een van de gezinswerkers verwoordde het als volgt:

> *"Mijn insteek is dat ik in de gaten wil houden dat het met de kinderen goed gaat. En daar is het doorbreken van bepaalde patronen in het gezin voor nodig en dat kost tijd. Zolang dat niet gebeurt, blijft er ondersteuning nodig en bij sommige gezinnen wordt het patroon nooit doorbroken. Maar ik zie mijn begeleiding ook als een investering in de volgende generatie."*

Het gebeurt ook dat het traject vroegtijdig dient te worden afgesloten. De gezinswerkers in de pilot gaven aan dat, als zij geen ingang vinden bij het gezin om de begeleiding op gang te brengen, zij dit een reden vinden om met de begeleiding te stoppen. De gezinswerkers waren van mening dat niet elke gezinwerker

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

elk gezin kan begeleiden. Soms is er onvoldoende chemie om met het gezin tot een werkbaar plan van aanpak te komen. De gezinswerkers vonden het belangrijk dat zij dit op tijd signaleren. Hierop dient dan reflectie te volgen op het eigen functioneren in het gezin – al dan niet samen met het team en de werkbegeleider. De gezinswerkers vonden deze reflectie een belangrijke vaardigheid voor een gezinswerker.

4.2 De gezinswerker

Hoe goed beschreven, onderbouwd en bewezen een methodiek ook is, of hij werkt hangt af van de effectiviteit van de professional die hem uitvoert (Menger, 2009). Hoe complexer de opdracht, hoe sterker dit geldt. Werken in multiprobleemgezinnen volgens de principes van het wraparound care-model is complex. In de soms sterk zorgmijdende gezinnen die in veel gevallen een historie van ineffectieve relaties met hulpverleners achter de rug hebben kan de persoonlijke effectiviteit van de gezinswerker een belangrijk verschil maken. Door gezinsleden serieus te nemen, niet te oordelen, te vragen wat er als eerste moet gebeuren, praktisch aan de slag te gaan, bescheiden en haalbare doelen te stellen, te wijzen op wat wel goed gaat, door te bijten bij tegenslag en grenzen te stellen als de veiligheid van gezinsleden in gevaar is of de wet wordt overtreden. Het belangrijkste wat de gezinswerker wellicht te bieden heeft, is het vertrouwen dat het gezin in staat is om regie te voeren over het eigen leven, ook als het gezin zelf dit vertrouwen nooit gehad heeft of is verloren en het vertrouwen bovendien keer op keer op de proef wordt gesteld.

Wie is die gezinswerker? Wat zijn de rollen die hij in een gezin speelt en welke competenties heeft hij in huis?

De theorie

De gezinswerker heeft binnen het wraparound care-model een drietal rollen.

- Aannemer (praktisch meehelpend)
  De gezinswerker heeft een proactieve rol in de begeleiding van het gezin. Hij neemt de ‘schade’ op en maakt een plan van aanpak met het gezin. De gezinswerker pakt zelf zaken op en begint met die zaken die de hoogste prioriteit hebben voor het gezin. Hij zorgt dat de benodigde middelen en mensen worden ingezet op het juiste moment. Om deze rol goed te kunnen vervullen, moet hij het vertrouwen hebben van het gezin, dezelfde taal spreken en aansluiten bij hun belevingswereld. Hij verleent praktische materiële hulp als er een crisis is, en kan met weerstanden omgaan.
- Regisseur (overstijgend coördinerend)
  De gezinswerker formuleert in samenwerking met het gezin de doelen en de strategie en is verantwoordelijk voor de cyclische en methodische uitwerking hiervan. Het gezin blijft de eindverantwoordelijkheid voor de doelen houden. De gezinswerker kan verschillende methodieken inzetten die moeten leiden naar het doel. Hij profileert zich tegenover (in)formele netwerken en benut en versterkt de mogelijkheden van het gezin. Hij onderhoudt contacten met de diverse betrokken instellingen en hulpverleners. De gezinswerker heeft afstand in nabijheid waardoor hij vasthoudend kan zijn als er grenzen worden overschreden.
- Coach (versterkend, activerend)
  De gezinswerker staat naast het gezin, hij kan relativeren en tevreden zijn met kleine stapjes. De gezinswerker legt zijn eigen normen en waarden niet op maar toont interesse in de belevingswereld, leefstijl en normen en waarden van het gezin. De coach neemt zo weinig mogelijk over en stimuleert en activeert het gezin om zelf oplossingen te bedenken en op te pakken (empowerment).

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Om deze rollen alle drie goed te kunnen vervullen heeft de gezinswerker een HBO werk- en denkniveau nodig en daarbij een aantal specifieke competenties. Een competentie is een combinatie van houding, kennis en vaardigheden, nodig om een beroepstaak goed uit te kunnen oefenen.

Voor wat betreft *vooropleiding* zouden naast Maatschappelijk Werk en Dienstverlening of Sociaal Pedagogische Hulpverlening zouden de opleidingen Ecologische Pedagogiek en Sociaal Juridische Hulpverlening ook een goede voorbereiding op het werk van gezinswerker kunnen vormen. Ook zouden vrijwilligers zonder specifieke vooropleiding kunnen worden ingezet.

De wraparound care-principes kunnen direct worden vertaald in benodigde competenties voor de gezinswerker. Om de principes te kunnen toepassen dient de werker in staat te zijn om:

- de perspectieven van gezinsleden te achterhalen en consequent centraal te stellen;
- in teamverband te werken;
- een netwerk op te bouwen en te onderhouden;
- de waarden, voorkeuren, geloof, cultuur en identiteit van het kind, het gezin en hun buurt/omgeving te respecteren;
- maatwerk te leveren;
- de eigen kracht van het kind, het gezin en hun netwerk te herkennen en te versterken;
- doorzettingsvermogen te tonen, en
- resultaatgericht te werken (verbinden van doelen en strategieën aan waarneembare of meetbare indicatoren van succes, monitoren van de voortgang en zo nodig bijstellen van het plan).

Visie vanuit de praktijk

In verschillende bijeenkomsten met gezinwerkers is aan de orde geweest welke kenmerken zij noodzakelijk achten voor een effectieve gezinswerker die werkt vanuit de wraparound care-principes. Zij noemden onder andere:

- Open minded zijn
- Buiten de kaders kunnen denken
- Nieuwsgierig zijn naar het onbekende
- Evenwichtig in het leven staan
- Transparant zijn
- Niet te snel schrikken van de heftigheid van ervaringen
- Je eigen grenzen goed kennen
- Goed inzicht in jezelf hebben
- Open kunnen zijn
- Uitnodigend
- Praktisch
- Een positieve instelling hebben
- Respect hebben voor het feit dat jij de zoveelste werker bent die ze weer binnenlaten
- De kracht van cliënten kunnen zien en er in geloven, ook al doen ze dat zelf nog niet
- Kunnen accepteren dat cliënten wijzer zijn dan jij en al heel veel over zichzelf hebben geleerd
- Van cliënten kunnen leren
- De oplossing bij de cliënt kunnen laten maar als gezinswerker wel kijken naar en inzicht hebben in de randvoorwaarden en consequenties van de oplossing
- Betrouwbaar zijn
- Echt zijn

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

In de laatste gezamenlijke bijeenkomst van gezinswerkers en werkbegeleiders waarin zij met elkaar een profiel van de werkbegeleider hebben opgesteld, werd ontdekt dat de rol van de werkbegeleider ten opzichte van de gezinwerker vergelijkbaar is met die van de gezinswerker ten opzichte van het gezin.
In beide gevallen werden grofweg twee kerntaken onderscheiden:

1. Ondersteunen en in hun kracht zetten en
2. Monitoren en begrenzen

Om deze taken uit te kunnen oefenen werden de volgende competenties belangrijk geacht:

1. <u>Ondersteunen en in hun kracht zetten:</u>
   - Betrokken, geïnteresseerd, nieuwsgierig
   - Uitnodigend
   - Inlevingsvermogen; begripvol
   - Niet oordelen
   - Goed/actief luisteren
   - Doorvragen
   - Activerend vragen
   - Inschatten van competentieniveau
   - Erkenning kunnen geven, kwaliteiten kunnen zien, complimenten geven
   - Uitgaan van de kracht van de ander
   - Kunnen prikkelen tot ontwikkelen
2. <u>Monitoren en begrenzen:</u>
   - Kennis wraparound care-model
   - Ervaringskennis van de doelgroep
   - Overzicht houden
   - Spiegel voorhouden; relativiteit blijven zien
   - Out of the box kunnen denken
   - Uit handen nemen wanneer nodig; overpakken

De basis voor al deze kwaliteiten lag volgens de aanwezigen in echtheid en authenticiteit. Deze hangen samen met transparantie en recht door zee zijn en geen verborgen agenda's hebben. Andere kenmerken die voor zowel gezinswerker als werkbegeleider essentieel werden gevonden, waren:

- Dialooggericht
- Gelijkwaardig
- Introspectief
- Vraaggericht, en
- Flexibel

Op het niveau van gezinswerkers hebben we zowel belemmerende als bevorderende kenmerken onderscheiden.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

	Belemmerend voor handelen volgens WCM principes	Bevorderend voor handelen volgens WCM principes
Ervaring	Door veel ervaring denken dat je al weet hoe het moet en minder open voor verandering.	Door veel ervaring breed gedragsrepertoire en makkelijk schakelen tussen verschillende interventies, methoden en technieken. Door veel ervaring niet snel uit het veld geslagen zijn. Expert van het gewone leven. Door weinig ervaring leergierig.
Competentie (kennis, vaardigheden en houding)	Oppervlakkige en onvolledige kennis over WCM	Recente grondige kennis over WCM Coachingsvaardigheden Handelingscompetent Leergierig Pioniersmentaliteit Teamgeest Praktisch en resultaatgericht Stressbestendig Creatief en flexibel
Overtuigingen	“Dit kan mijn doelgroep niet” “Dit doen wij al lang” “Het moet van de provincie/de HU/Jo Hermanns”	Vertrouwen in kracht van gezin “ik geloof dat het kan”.Zelf kiezen voor WCM: “ik onderschrijf de principes” “Werken volgens de principes van het wraparound care-model vergt van zowel het gezin als van mijzelf en mijn organisatie een continu proces van leren en ontwikkelen”
Identiteit en rolopvatting	Belangrijkste rol van een hulpverlener = hulp verlenen	Belangrijkste rol van een hulpverlener = de ander helpen zichzelf te helpen

De taken van de gezinswerker waren niet alleen gericht op het gezin maar ook op de hulpverleners en de afstemming en samenwerking tussen alle betrokkenen. Het werk van de gezinswerker vereist dat hij flexibel kan schakelen tussen de verschillende rollen van coach (activerend, versterkend), aannemer

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

(praktisch meehelpend) en regisseur (overstijgend coördinerend) als ook tussen de verschillende perspectieven (gezin, hulpverleners, organisaties).

Daarnaast zijn de gezinswerkers in de praktijk van de pilot met verschillende dilemma's geconfronteerd:

- Vraaggericht werken (afstemmen) versus sturen van de ontwikkeling van het gezin/de gezinsleden
- Taken en verantwoordelijkheden van het gezin overnemen versus activeren van het gezin/de gezinsleden
- Afstand versus nabijheid
- Transparantie naar het gezin toe versus samenwerken met andere hulpverleners/ketenpartners zonder het gezin daarin te betrekken
- Respecteren van de normen van het gezin versus je laten leiden door de normen die de maatschappij stelt.

Het werk van de gezinswerker bleek divers en complex terwijl zijn positionering (nog) niet (altijd) duidelijk is. Hoe de gezinswerker gepositioneerd is, hangt onder meer samen met hoe de hulp- en dienstverlening in de gemeente georganiseerd is en of er wel of niet sprake is van een gedwongen kader. De gezinswerker is als 'expert van het gewone leven' van alle markten thuis en heeft met behoorlijk complexe vragen en doelgroepen te maken.

Wil de gezinswerker in het wraparound care-model zijn taken en werkzaamheden op adequate wijze uitvoeren, dan dient hij niet alleen over de juiste competenties te beschikken maar moet hij ook kennis hebben van het wraparound care-model. De door de werkers in de pilot genoemde en ervaren competenties en de 'formele' wraparound care-competenties kunnen we grofweg verdelen in competenties die betrekking hebben op een basishouding (persoonsgebonden competenties) en anderzijds functiegerelateerde competenties: leidinggevende competenties (coachend leiding geven, delegeren) communicatie competenties en competenties op het gebied van analyse en besluitvorming.

4.3 De context

De context van de pilot wraparound care Utrecht werd niet alleen gevormd door het inhoudelijk kader, maar ook door de manier waarop de pilot in Utrecht organisatorisch is ingebed. Dat laatste is beschreven in paragraaf 3.2. In deze paragraaf beschrijven we een aantal veranderingen in de context ten gevolge van de werkzaamheden van het doorbraakteam en aandachtspunten voor een structurele inbedding van het wraparound care-model in stad Utrecht voortgekomen uit zowel ervaringen van het doorbraakteam als bijeenkomsten van de BPU's en werkbegeleidingsbijeenkomsten.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

4.3.1 Veranderingen in de context ten gevolge van het doorbraakteam

Het doorbraakteam is in totaal ongeveer zeven keer bij elkaar gekomen. Tijdens deze bijeenkomsten is casuïstiek geleverd, werden dilemma's en knelpunten besproken en vroegen deelnemers zich voortdurend af hoe de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen beter kon. Het doorbraakteam heeft op basis van deze casuïstiek knelpunten en dilemma's geselecteerd en daarvoor oplossingsrichtingen bedacht en ingezet:

- Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen Portes, Stade, Cumulus en het JAT voor wat betreft de toeleiding, toetsing en monitoring van de gezinnen. Zo is er bijvoorbeeld een versnelde indicatieroute gerealiseerd en geoptimaliseerd voor gezinnen die zorgvermijdend gedrag vertonen t.a.v. Bureau Jeugdzorg Utrecht of gebrek aan motivatie demonstreren.
- Er zijn korte lijnen met verschillende instellingen en instanties rondom het gezin tot stand gekomen. Een voorbeeld daarvan is het aanstellen van vaste contactpersonen bij een aantal organisaties in de 1ste en 2de kring die op casuïstiekniveau kunnen meedenken. Ook kunnen zij worden benaderd als de gezinswerker behoefte heeft aan advies of als er knelpunten zijn die op casusniveau niet opgelost worden tussen betrokken hulpverleners en waarvoor opschaling vereist is. Een ander voorbeeld is de inzet van Stade bij het Project Voorkoming Huisuitzetting als het gaat om de zwaardere gezinnen in dit project voor wie eerst geen geschikte begeleiding beschikbaar was.
- Ook is er concreet aanbod gerealiseerd dat aansluit op de werkwijze van de gezinswerkers en datgene dat voor de begeleiding van gezinnen cruciaal is. Vanuit werkbegeleiders en gezinswerkers bestond er bijvoorbeeld behoefte aan een meer outreachende benadering van samenwerkingspartners. Daaraan is onder meer tegemoet gekomen door de mogelijkheid tot observatie thuis door MEE en thuisconsultatie door Jeugdgezondheidszorg. Ook loopt er een experiment waarbij een schuldhulpverlener bij Sociale Zaken een advies van de gezinswerker kan overnemen en kan omzetten in een formeel besluit. Op die manier wordt het bijvoorbeeld mogelijk dat gezinnen bovenaan de wachtlijst van de kredietbank komen te staan.
- Via het 'landelijke doorbraakteam' – waarin vertegenwoordigers zitten van ministeries, provincie, Altrecht, Agis en de inspectie – ligt nu een selectie van knelpunten voor rondom de Diagnose Behandeling Combinatie-systematiek (DBC-systematiek), onder andere de verhoudingen directe/indirecte tijd rondom de aanpak van multiprobleemgezinnen, de mate van outreachend werken, de consultatiemogelijkheden van de GGZ en mogelijkheden van een keten van DBC's.

4.3.2 Aandachtspunten bij structurele inbedding

In de lokale en regionale context opereert een groot aantal instellingen dat hun steun heeft toegezegd aan de pilots, menskracht ter beschikking stellen en in doorbraakteams op verschillende niveaus hun invloed aanwenden. Deze instellingen hebben al een aantal concrete oplossingen bedacht voor obstakels op het gebied van verdeling van verantwoordelijkheden, financiering, aansprakelijkheid en privacy die voortkomen uit de traditioneel verkokerde, diagnosegestuurde en aanbodsgerichte zorg. Daarbij zijn kwesties als het mandaat van de gezinswerker, de organisatorische inbedding, structurele afspraken met instellingen als de sociale dienst, leerplicht, schuldhulpverlening en woningbouwcorporaties van belang.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Thema's

Ondanks eerder genoemde concrete resultaten is structurele inbedding van de pilot niet zonder meer gegarandeerd. Een aantal thema's vraagt nog om aandacht en (verdere) uitwerking.

Verschillen tussen organisaties

De pilot is gestart met drie organisaties die, weliswaar, grotendeels dezelfde uitgangspunten van wraparound care hanteerden, maar tegelijkertijd ook hun eigen manieren van werken en opgebouwde expertise moeten zien te integreren in een min of meer nieuwe, gemeenschappelijke werkwijze. Een werkwijze die vraagt om een gemeenschappelijke visie op zaken als hoe om te gaan met veiligheid, met het werken met eenduidige gezinsplannen en andere instrumenten en/of technieken (zoals de veiligheidschecklist, varianten van de GAS-techniek1 of doelkaarten), met intervisie over vraaggericht werken en met de al gerealiseerde afspraken met de samenwerkingspartners.

Uit het vooronderzoek van de Hogeschool Utrecht is gebleken dat de leden van het doorbraakteam op een aantal terreinen knelpunten zien. Ten eerste werken verschillende organisaties samen in de pilot: Stade Profiel heeft expertise opgebouwd in het werken in zorgmijdende gezinnen, Portes werkt al langer volgens de methodiek van Team Casemanagement en Cumulus is hierin een nieuwe partner. Een van de werkbegeleiders vroeg zich af of je, door allemaal op dezelfde wijze te werk te gaan, nog een specialisatie overhoudt.

Eén van de werkbegeleiders van Portes ervaart een knelpunt in de overdracht van gezinnen die voor de pilot in aanmerking komen naar Team Casemanagement. Het loslaten van de gezinnen met wie werkers, die niet deelnemen aan de pilot, een grote verbondenheid voelen kost tijd en het aantal gezinnen dat deelnam aan de pilot bleef in eerste instantie dan ook achter.

Op termijn kan er volgens medewerkers van Zandbergen ook een knelpunt in de financiering ontstaan. De relatieve kleinschaligheid van de pilot maakt het mogelijk om sneller te werken en 'buiten de regels om' zaken met elkaar te regelen. Als er na de pilot met veel gezinnen op deze wijze gewerkt wordt, kunnen financieringsstromen en verantwoordelijkheden dan zodanig op elkaar afgestemd worden dat er blijvend gewerkt wordt volgens de uitgangspunten van de wraparound care-benadering?

Toeleiding gezinnen

In de toeleiding van gezinnen binnen de pilot is een aantal knelpunten geconstateerd:

- Wat te doen met gezinnen die zorg mijden of niet direct te motiveren zijn voor hulp? Het kost tijd en aandacht om deze gezinnen vertrouwen te laten hebben in de hulpverlening.
- Professionals blijven nogal eens te lang rondlopen met hun zorgen alvorens die te melden. Dit kan zijn omdat zij niet goed weten hoe om te gaan met privacygevoelige informatie of bang zijn om zich te veel met gezinszaken te bemoeien. Het kan echter ook te maken hebben met eigen verantwoordelijkheid van de beroepskracht, onvoldoende vertrouwen in de hulpverlening, cultuur van de instelling of voorziening et cetera. Door dit alles kunnen problemen onnodig escaleren.
- Versnippering van hulpverleners in en rond de basisvoorzieningen kan tot gevolg hebben dat professionals door de bomen het bos niet meer zien en afhaken. Zij kunnen elkaar voor de voeten gaan lopen of daar bang voor zijn.

Grootte teams en uitwisseling

Gebleken is dat gezinswerkers behoefte hebben aan uitwisselen van expertise met collega- gezinswerkers, ook van buiten de eigen organisatie. Organisaties zijn echter zelf verantwoordelijk voor (verdere) professi-

[1] GAS staat voor Goal Attainment Scaling, een methode om doelgerichte activiteiten te evalueren. Varianten hiervan kunnen in de wraparound care-benadering gebruikt worden om doelen vast te stellen.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

onalisering van de eigen werkers. Tussen Portes en Cumulus enerzijds en Stade anderzijds bestaan hierin verschillen, ook wat betreft de grootte van de teams waar gezinswerkers deel van uitmaken.

Definitie multiprobleemgezinnen en scheiding zorgmijdend / niet-zorgmijdend

De huidige definitie van multiprobleemgezinnen wordt als goed hanteerbaar ervaren. Het onderscheid zorgmijdend (Stade) versus niet-zorgmijdend (Cumulus, Portes) roept echter vraagtekens op. De vraag is welke inhoudelijke argumenten aan dit onderscheid ten grondslag liggen. Mogelijk is dit strikte onderscheid meer ingegeven door de (huidige) organisatorische structuur in Utrecht dan door het gezinsbelang.

Een eenduidige aanpak van multiprobleemgezinnen in gemeente Utrecht

Wetenschappelijke inzichten uit de veranderkunde onderstrepen het belang van een heldere, gemeenschappelijk gedragen visie/richting; het vieren van successen; lang volgehouden, goed zichtbaar commitment van de top; hoog frequente feedback over effecten van beleid in de praktijk; en voldoende ruimte voor professionals / de werkvloer om met oplossingen te komen die aansluiten bij wat de weerbarstige, complexe, gevarieerde werkelijkheid van de alledaagse praktijk vraagt.

De gemeente Utrecht zou ook vanuit dat perspectief een eenduidige, op de wraparound care uitgangspunten gebaseerde aanpak van multiprobleemgezinnen kunnen voorstaan. Daarbij wordt momenteel gezocht naar aansluiting met de aanpak voor overlast gevende multiprobleemgezinnen omdat geen gezin tussen wal en schip mag vallen. Een voorstel hiervoor van de projectleiders van beide initiatieven is in de maak. Een onderscheid tussen zorgmijdende en niet-zorgmijdende dan wel overlast gevende multiprobleemgezinnen is niet aan de orde omdat hierin niet langer kenmerken van de gezinnen centraal staan.

Als men voor een eenduidige aanpak kiest, is het belangrijk om de relatie tussen gemeente en organisaties goed te omschrijven en in te vullen (relatie opdrachtgever-opdrachtnemer). Dat geldt ook voor de verwachtingen vanuit zowel gemeente als organisaties ten aanzien van de verhouding tussen kwaliteit en kwantiteit.

Opzetten van een stadsbreed multidisciplinair doorbraakteam

Structureel onderdeel van de hierboven voorgestane aanpak is een stadsbreed multidisciplinair doorbraakteam. Net als het doorbraakteam in de pilot zal dit moeten functioneren als een platform om knelpunten en dilemma's vanuit de praktijk door middel van de inbreng van casuïstiek met elkaar te delen en oplossingen te realiseren. Ook dient het de mogelijkheid te bieden om op te schalen. Belangrijk is echter dat ook op dit niveau deelnemers werken vanuit de wraparound care-principes en een waarderende benadering en zij deze vorm van samen werken aan oplossingen en verbeteringen zien als een gezamenlijk leerproces. Vanuit dit perspectief zullen ook hier voortdurend vragen moeten worden gesteld zoals 'Wat wil je zelf? Wat kun je zelf? Hoe kun je hulp zoeken om dat te realiseren? Maar ook: Wat gaat goed? Wat kan beter? Op een dergelijke manier kan van dit platform een voorbeeldwerking uitgaan over hoe aan de hand van concrete casuïstiek stapje voor stapje wordt geleerd om samen te werken. Werkenderwijs kunnen verschillende actoren beginnen te beseffen dat ze afhankelijk zijn van elkaar om persoonlijk en gezamenlijk succes te hebben. Het platform kan gebruikt worden om te ontdekken dat en hoe men gebruik kan maken van elkaars bevoegdheden en instrumenten. Dan kan ook langzaam maar zeker onderling begrip ontstaan voor de verschillende perspectieven en belangen die nu eenmaal inherent zijn aan de verschillende verantwoordelijkheden van de betrokken organisaties. Als op deze manier heel simpel wordt samengewerkt aan de oplossing van een concreet probleem, gevoed door eerste kleine successen, kan dat leiden tot een voorzichtige groei in onderling vertrouwen. Een proces dat zich op alle niveaus van samenwerking dient te herhalen: in de samenwerking van

- de gezinswerker met het gezin,
- de gezinswerker met andere instanties,

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

- van bij het gezin betrokken organisaties,
- van de organisaties die de pilot wraparound care uitvoeren, en
- van de teams/afdelingen binnen de afzonderlijke organisaties die de pilot wraparound care uitvoeren.

Bij het samenwerken in een doorbraakteam gaat het om processen van sociale interactie. Gerritsen stelt dat, als je erin slaagt deze processen zo vorm te geven dat nieuwe gedeelde opvattingen over de werkelijkheid ontstaan, inhoudelijk ingewikkelde problemen, in een situatie waarin niemand de baas is, wel degelijk opgelost worden, zelfs als daarbij vele actoren met hun eigen belangen en verschillende perspectieven op het op te lossen probleem betrokken zijn (Gerritsen, 2008). Hij stelt ook dat het van groot belang is voor een succesvol proces van collectieve betekenisgeving dat beleidsprocessen worden ingericht als leerprocessen. Ook de ervaringen in het doorbraakteam sluiten aan bij allerlei inzichten over lerende organisaties:

- aandacht voor een veilige leeromgeving
- constructief omgaan met conflicten (benoemen, constructief escaleren);
- waarderen van de dingen die goed gaan;
- gebruik maken van de variëteit aan perspectieven als cruciale voorwaarde voor het bestrijden van complexe problemen, inclusief samenwerken, d.w.z. geen relevante actoren uitsluiten;
- gebruikmaken van derden;
- doorbreken van inhoudelijke impasses door procesinterventies en het doorbreken van samenwerkingsimpasses door introductie van nieuwe inhoudelijke perspectieven (het maatschappelijke resultaat centraal stellen).

<u>Stevige regievoering op alle domeinen door gezinswerkers</u>
De gezinswerker dient nadrukkelijk het gezin te ondersteunen om regie te voeren op de hulp op alle domeinen. De regie is gebaseerd op doelen die samen met het gezin zijn geformuleerd. Dit vraagt onder meer om brede deskundigheidsbevordering vanuit organisaties wat betreft regie pakken op alle domeinen, het opstellen van gezinsplannen samen met alle betrokken professionals en het gezin, vraaggericht werken en goede aansturing/werkbegeleiding (waarbij de werkbegeleider lijnverantwoordelijke is).
Hierbij dient men echter in het oog te houden dat regie moet plaatsvinden op drie niveaus: uitvoeringsniveau, beleidsniveau en waardeniveau. Dat wil zeggen dat het niet alleen gaat om het tegengaan van versnippering en het bevorderen van regie tussen professionals op het uitvoeringsniveau, maar ook tussen beleidsmakers van verschillende directies (zoals Sociale Zaken en Maatschappelijke ontwikkeling) en tussen bestuurders en politici met verschillende portefeuilles.

<u>Handhaving van de binnen de pilot gemaakte afspraken met samenwerkingspartners</u>
Vanzelfsprekend dienen de in de pilot tot stand gekomen afspraken uiteindelijk nauwgezet worden vastgelegd, zodat geen enkel misverstand bestaat over wie wat op welk moment moet doen.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Werkbegeleiding
De gezinswerkers bij de pilot Utrecht worden in hun werkzaamheden ondersteund door werkbegeleiders van hun eigen organisatie. De werkbegeleiders hebben in een aantal BPU's ervaringen uitgewisseld met als doel: de best mogelijke praktijk te ontwikkelen op een wijze die de aangeboden zorg-, hulp- en dienstverlening aan gezinnen meetbaar verbetert. Dit vooral met het oog op de vraag hoe je als werkbegeleider het beste sturing geeft aan de gezinswerkers. Een en ander heeft inzichten opgeleverd rond de vraag hoe werkbegeleiding in de toekomst, bij een structurele inbedding van de wraparound care-benadering, vorm en inhoud zou moeten krijgen. Na een beschrijving van de huidige situatie zullen we ingaan op de gewenste situatie met betrekking tot werkbegeleiding.

De werkbegeleiders benoemden de volgende thema's in de BPU's:

Samenwerking
Samenwerking is een thema dat in veel van de BPU bijeenkomsten met werkbegeleiders aan de orde is geweest. Het ging om samenwerking op verschillende niveaus en vooral vanuit het perspectief van de werker/professional; samenwerking:

- van gezinswerker met gezin,
- van gezinswerker met andere instanties,
- van bij het gezin betrokken organisaties,
- van de organisaties die de pilot wraparound care uitvoeren,
- van de teams/afdelingen binnen de afzonderlijke organisaties die de pilot wraparound care uitvoeren.

Voor een goede samenwerking vonden de werkbegeleiders het van belang dat er duidelijke, transparante, eenduidige, haalbare, constructieve en overdraagbare afspraken gemaakt worden. Zeker met Bureau Jeugdzorg en het Jeugdadviesteam maar ook met andere instellingen en organisaties. Voor een goede samenwerking is ook nodig dat samenwerkingspartners goed bekend zijn met de wraparound care-benadering en dat het belang van deze interventie kan worden onderbouwd met evaluatiegegevens. In een teamoverleg binnen de direct bij wraparound care-model betrokken organisaties zou je als gezinswerker vaker succesverhalen moeten kunnen vertellen om andere, niet direct betrokkenen, enthousiast te maken voor deze werkwijze. Het is dus zaak zowel binnen als buiten de eigen organisaties draagvlak voor wraparound care te creëren. Een bredere verspreiding van de wraparound care-benadering is ook noodzakelijk om de gezinnen goede 'nazorg' te kunnen bieden als een gezinswerker het traject afsluit en anderen met het gezin verder gaan. Voor een adequate en effectieve samenwerking zijn verder onder meer afspraken op bestuurlijk en organisatieniveau nodig. Bestuurlijke, organisatorische, beleidsmatige en financiële aspecten kunnen een dergelijke samenwerking in de weg zitten.

Rol werkbegeleiders tijdens de pilots
De werkbegeleiders gingen er oorspronkelijk vanuit dat de gezinswerkers alle gezinnen die in de pilot zaten, zo goed en zo kwaad als zij konden, zouden begeleiden volgens de uitgangspunten van het wraparound care-model. Gebleken is dat de rol van de werkbegeleiders hierin verschillend is geweest. Bij Cumulus werkte men bijvoorbeeld op basis van de Bloemaanpak dus zoveel mogelijk volgens de uitgangspunten van wraparound care-model.
Bij Stade was de werkbegeleider actief in het stimuleren van de werkers om volgens de uitgangspunten te werken, maar ook hij geloofde niet dat alle uitgangspunten toegepast konden worden bij de zorgmijdende gezinnen van Stade. Dit gold vooral het werken met de doelen van het gezin; de regie bij het gezin en het werken met de netwerken.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

De gezinswerkers van Portes gaven de indruk door hun werkbegeleider niet expliciet gestimuleerd te zijn om volgens de wraparound care-uitgangspunten te werken. Hier leek het management de gezinswerkers daarin het minst te ondersteunen. De gezinswerkers van Portes hebben zich hierdoor minder dan de anderen (hoeven te) verhouden tot eventuele veranderingen die het wraparound care model teweeg brengen in de eigen werkwijze,

De rollen en verantwoordelijkheden van de werkbegeleiders geven nog wel eens aanleiding voor verwarring. Bij Stade was de werkbegeleiders tevens leidinggevende. Ook waren er verschillen in hoe werkbegeleiders hun rol zagen. Genoemd worden rollen als: ambassadeur van de wraparound care-benadering, signaleerder/opschaler (belemmeringen zien en daarmee aan de slag gaan), coördinator, coach, controleur, back up, vraagbaak, specialist wraparound care, kritische buitenstaander (in vergelijking met de gezinswerker), intervisor, schakel tussen management en uitvoerders (bijvoorbeeld als het gaat om rapportages en beleidsevaluaties). Samengevat kunnen we de huidige rol van de werkbegeleider typeren met de begrippen begeleiden en opschalen naar het doorbraakteam.

De vraag die als een rode draad door alle BPU's heen liep, was hoe je als werkbegeleider sturing geeft aan de gezinswerkers? Wat is jouw rol als werkbegeleider bij het stoppen van het contact? Ga je als werkbegeleider wel of niet mee naar een gezin? Wanneer wel, wanneer niet? Hoe waarborg je de veiligheid van de gezinswerkers? Waar trek je de grens als een gezinswerker maar blijft 'aanmodderen' met een gezin dat bekend staat als extreem zorgmijdend?

Transparantie wordt genoemd als een belangrijk aspect van het handelen van zowel de gezinswerker als de werkbegeleider. Toch constateren werkbegeleiders ook een spanning tussen hun lijnverantwoordelijkheid enerzijds en inhoudelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid anderzijds. Dit wordt bijvoorbeeld concreet als het gaat om de verhouding tussen de beschikbare hoeveelheid uren en de werkelijk benodigde uren. Die verhouding kan bijvoorbeeld een rol spelen bij het besluit wel of niet mee te gaan met een gezinswerker.

De Hogeschool Utrecht (HU) was in eerste instantie nog zoekende wat betreft de invulling van de BPU's van het doorbraakteam. Uiteindelijk heeft zij besloten om alleen met werkbegeleiders de BPU's in te gaan, zodat ook echt intervisie op werkbegeleidersniveau kon plaatsvinden. Gedurende de hele pilot maakten de werkbegeleiders, in verband met hun rol om te kunnen opschalen, ook deel uit van het doorbraakteam.
Rondom die werkbegeleiding is de HU een aantal zaken opgevallen. Ten eerste is er een verschil in lijnverantwoordelijkheid van werkbegeleiders: de werkbegeleider van Stade heeft lijnverantwoordelijkheid, die bij Portes en Cumulus niet. Ten tweede leek het werkoverleg tussen gezinswerkers en werkbegeleider vooral gericht te zijn op bespreken van casuïstiek en uitwisseling van ervaringen en minder op inhoudelijke aansturing.

Werkbegeleiding bij structurele inbedding van het wraparound care-model
Werkbegeleiding is, volgens de Landelijke Vereniging voor Supervisie en Coaching (LVSB) gericht op het leren uitvoeren van de doelen van een organisatie. Meestal heeft een van de medewerkers van een organisatie de taak om deze vorm van begeleiding aan collega's te geven, individueel of groepsgewijs. Vaak is dat een leidinggevende, maar het kan ook een staftaak zijn. Doel van de werkbegeleiding is dat de medewerker de doelen van de organisatie leert uitvoeren. Dit leert hij doorgaans door middel van gesprekken met de werkbegeleider. De medewerker rapporteert – al dan niet schriftelijk - over zijn werkzaamheden aan de begeleider. Bij het bespreken van deze werkzaamheden is vooral aandacht voor de manier waarop

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

de medewerker het werk uitvoert. Die werkwijze wordt getoetst aan het beleid van de organisatie en zo nodig bijgestuurd.

Ook in de context van de pilot wraparound care Utrecht is de werkbegeleiding een specifiek beleidsinstrument in het kader van het verwezenlijken van veranderingen. De invoering van de wraparound care-benadering betekent immers voor de betrokken professionals van Stade Profiel, Cumulus en Portes dat zij – in meerdere of mindere mate – veranderingen moeten doorvoeren in hun eigen werkpraktijk met als doel dat de gezinnen waarmee zij werken weer greep krijgen op hun eigen leven. Voor het invoeren van dergelijke veranderingen of vernieuwingen gebruikt men vaak de term implementatie. Bij implementatie gaat het om invoering van een vernieuwing of verandering in de dagelijkse routine van de doelgroep (in deze context zijn dat de gezinswerkers). Doel ervan is dus verbetering of vernieuwing van de uitvoeringspraktijk. In dit geval is effectieve en duurzame invoering (implementatie) van een jeugdzorginterventie als de wraparound care-benadering een belangrijke schakel om te komen tot effectieve jeugdzorg. Om dit doel te bereiken moet de verandering of vernieuwing door de professionals – i.c. de gezinswerkers en hun werkbegeleiders – geadopteerd, ingevoerd en geborgd worden. Dit alles gebeurt in de context van de deelnemende organisaties en het netwerk van (lokale) instellingen voor (jeugd)zorg en –welzijn waarmee zij te maken. Om het proces van implementatie te versnellen, kun je strategieën inzetten die aangrijpen op factoren die het veranderingsproces belemmeren dan wel bevorderen. Een implementatiestrategie is dus een manier om een verandering in de praktijk te stimuleren. Het aanbieden van trainingen en/of cursussen is een dergelijke strategie, maar ook het organiseren van werkbezoeken en het uitnodigen van gezaghebbende deskundigen kunnen strategieën zijn om veranderingen te bewerkstelligen. In het geval van de pilot wraparound care Utrecht kun je ook de werkbegeleiding beschouwen als een implementatiestrategie. Werkbegeleiding is in dit geval dus een heel specifiek beleidsinstrument.

Welke strategie het beste is, hangt erg af van de situatie en de verandering die je beoogt. De kenmerken van de implementatiestrategie kunnen zelf het succes van de implementatie bepalen. In dat geval is het goed om te kijken hoe de veranderingen die je beoogt met wraparound care in lijn zijn met de manier waarop werkbegeleiding als strategie wordt ingezet. Dat doen we in de volgende paragraaf.

Ervaringsleren als basis (een integrale benadering)

Werkbegeleiding is een vorm van ervaringsleren. Ervaringsleren heeft als uitgangspunt dat mensen, ongeacht leeftijd, opleiding of andere kenmerken, zelf in staat zijn om te gaan met hun moeilijkheden én dat de (ontwikkel)vraag die ze stellen complex van aard is. Dat laatste betekent dat ze niet gebaat zijn bij een eendimensionale aanpak, zoals bv. het aanleren/verbeteren van een vaardigheid. Ervaringsleren richt zich telkens op verschillende gebieden: vergroten van kennis, het ontwikkelen van vaardigheden, het verhelderen van waardes en motieven of drijfveren. In de werkbegeleiding zal daarom aandacht dienen te zijn voor de verschillende gebieden.

Elk thema kan dus vanuit verschillende invalshoeken worden onderzocht: welke kennistekorten spelen een rol? Welke vaardigheden dient de gezinswerker (verder) te ontwikkelen? Welke waarden spelen hier een rol en/of zijn in het geding? Wat drijft de gezinswerker? Vanuit deze perspectieven kan de gezinswerker ook, samen met de gezinnen, kijken naar de problemen waarmee zij worstelen. Immers, ook de wraparound care-benadering is gebaseerd op ervaringsleren. Daarbij is het belangrijk ook geïnteresseerd te zijn in wat anderen al ontdekt hebben (vergelijk met het wraparound care-principe van het leren zoeken van – informele – steun) en dat als startpunt te nemen van je eigen zoek- en leerproces: professionals zijn een gemeenschap die ook als gemeenschap professionele kwaliteit produceren (De Jonge, 2011, in druk). In BPU's van zowel werkbegeleiders als gezinswerkers maar ook in de werkbegeleiding zelf kan men daarop aansluiten.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Dimensies van begeleiden

Ten aanzien van begeleiding kun je onder meer twee dimensies onderscheiden: de dimensie van het kunnen en die van het willen. Begeleiden op de dimensie van het kunnen vraagt in geval van niet-kunnen om instructie of wel het trainen van vaardigheden. Begeleiden op de dimensie van het willen vraagt in geval van problemen daarmee om motiveren. Een onderscheid waarmee gezinswerkers bij het werken in en met de gezinnen ook te maken kunnen krijgen. Bijvoorbeeld daar waar het gaat om het werken met extreem zorgmijdende gezinnen: gaat het om niet-kunnen of niet-willen? Maar ook op het niveau van de werkbegeleiding zul je deze dimensies moeten onderscheiden om een adequate ontwikkeling van de gezinswerker mogelijk te maken. Bijvoorbeeld als het gaat om het stopzetten van de interventie: kun je als gezinswerker de interventie niet op gepaste wijze stoppen omdat het je bijvoorbeeld ontbreekt aan de kennis en/of vaardigheden om een slechtnieuws gesprek te voeren of voel je je inmiddels zo betrokken of ingezogen bij het gezin dat je het niet wilt?

Wraparound care principes als richtlijnen voor werkbegeleiding

De meeste principes van het wraparound care-model kunnen, met minimale aanpassing handvatten bieden voor het vormgeven van werkbegeleiding aan gezinswerkers als strategie voor de invoering van de wraparound care-benadering. Ze geven de werkbegeleiders een prachtig instrument in handen om sturing te geven aan het begeleidingsproces en ruimte te laten voor (verdere) ontwikkeling van de wraparound care-benadering.

1. Gezinswerker spreekt zich uit (vraaggericht)

De werkbegeleider achterhaalt en prioriteert de perspectieven en ideeën van de gezinswerker. Deze perspectieven zijn gedurende alle fasen van de begeleiding van belang. Het team van gezinswerkers streeft ernaar in begeleidingsplan opties en keuzen voor te leggen die de waarden en voorkeuren van de gezinswerker reflecteren. Daarmee sluit de werkbegeleiding aan bij de perspectieven van de gezinswerker analoog aan het werken vanuit het perspectief van het gezin.

2. Gebaseerd op teamwerk

Het team bestaat in dit geval uit collega-gezinswerkers en de werkbegeleider.

3. Netwerkondersteuning

Het team zoekt en motiveert actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van de gezinswerker en de organisatie. Het begeleidingsplan reflecteert activiteiten en interventies die aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aantrekken. (Denk bijvoorbeeld aan het aanbod van de vertegenwoordiger van Zandbergen in de BPU om haar aanbod voor de gezinswerkers in kaart te brengen.)

4. Samenwerking

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

5. Cultureel bekwaam

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

6. Op maat

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

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

7. Eigen kracht als basis
Het begeleidingsproces en het plan identificeren, bouwen op en vergroten de bekwaamheid, kennis, vaardigheden en eigen kracht van de gezinswerker en zijn netwerk.

8. 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.

9. Resultaatgericht en oplossingsgericht
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. De werkbegeleiding is daarmee praktisch, doel- en oplossingsgericht en programmeert successen. Op deze manier is het tegelijk absoluut duidelijk 'wat moet' en kan de werkbegeleider de gezinswerker bij de les houden over het inschatten van veiligheidsrisico's (zowel voor het kind als ook voor de gezinswerker zelf) en voorkomen dat de gezinswerker wordt ingezogen in het cliëntsysteem.
Dit betekent dus dat de vraag naar doel en opzet van de werkbegeleiding uitdrukkelijk aan de orde dient te komen. In de wraparound care-benadering is het bespreken, vaststellen en vasthouden van concrete 'smart'-doelen immers een essentieel onderdeel.

<u>Vier vragen als basisstructuur</u>
Hoewel de wraparound care-principes belangrijk zijn om vorm te geven aan de werkbegeleiding zijn ze niet voldoende om de vereiste kwaliteit mee te geven aan de werkbegeleiding. Daarvoor is een basisstructuur van vier vragen noodzakelijk:

1. Hoe gaat het met het gezin? komen de gestelde doelen dichterbij en is het tempo daarbij voldoende hoog (mede in verband met het tijdig stoppen als het niet werkt)?
2. Hoe is het met de veiligheid van het gezin, het kind, de werker? Als er signalen van onveiligheid zijn, hoe wordt de veiligheid dan georganiseerd?
3. Hoe gaat het met de gezinswerker? Dit gesprek kan bijvoorbeeld aan de hand van de geformuleerde lijst van competenties gevoerd worden.
4. Welke andere vragen heeft de gezinswerker?

De competenties en verantwoordelijkheden die de werkbegeleider dient te hebben en/of te nemen om samen met de gezinswerker antwoorden te vinden, vloeien voort uit deze basisstructuur van de werkbegeleiding. (Zie ook Hermanns e.a.2002; de wraparound care -training en het daarbij behorende materiaal).
Toch zal de hierboven geschetste werkwijze voor werkbegeleiders niet altijd even makkelijk zijn aangezien ook voor hen de werkwijze nieuw is. Dat betekent dat ook voor hen het zoeken naar een adequate manier van sturing geven aan de gezinswerkers een leerproces is. Bij de implementatie van de wraparound care-benadering spelen zich op alle niveaus parallelle processen af. De processen op het hoogste niveau zullen een voorbeeld zijn voor dat wat zich op een lager niveau afspeelt. Om de werkbegeleiding aan gezinswerkers als gezamenlijk leerproces te kunnen zien, is het aan te bevelen dat werkbegeleiders intervisiemogelijkheden hebben om te leren van het werk en van elkaar. Het verdient aanbeveling daarbij gebruik te maken van de waarderende benadering. Een werkwijze die ook bij de werkbegeleiding van gezinswerkers ingezet kan worden. Een waarderende benadering is vooral een onderzoekende aanpak die prachtig aansluit bij de wraparound care-benadering: Wat is er hier al wel? Wat doen wij als werkbegeleiders al

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

wel? Wat doen gezinswerkers al wel? Wat doen gezinnen al wel? Welke talenten heb ik als werkbegeleider? Welke talenten heb jij als gezinswerker? Waar zit de kracht en energie van dit team? Waar zijn jullie trots op? Waar wil je meer van? Wanneer lukten dingen al wel? Dezelfde vragen kan een gezinswerker vervolgens stellen in het gezin. Op deze manier leert hij een manier van kijken die energie en zelfvertrouwen geeft en – heel concreet – genereert deze aanpak ideeën voor wat je zou kunnen doen om je doelen te bereiken (oplossingsgerichtheid). Die verbinding tussen doelen, krachten en succeservaringen vormt de kern van waarderend werken, maar ook van de wraparound care-benadering. Het is, natuurlijk, leuk om inzicht te hebben in waar je goed in bent en in wat werkt, maar het wordt pas echt spannend als je dat inzicht gebruikt om datgene wat belangrijk voor je is te verwezenlijken.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

5 Conclusies

In dit afsluitende hoofdstuk geven we antwoord op de vraagstelling van het onderzoek:

Hoe kan het wraparound care-model in Utrecht worden geconcretiseerd en toegepast en welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?

De pilot heeft het karakter van experimenteerruimte. Mede daardoor zijn de huidige praktijken divers. Met 'hoe kan' in de vraagstelling bedoelen we hoe in de loop van het proces, op basis van de trends die we signaleren, gebleken is dat het model toegepast kan worden. Het betekent niet dat het nu ook daadwerkelijk overal in de pilot zo wordt toegepast.

In 5.1 komt het model aan de orde, in 5.2 de eisen die het werken met het model aan de werkers stelt en in 5.3 de randvoorwaarden op niveau van de context. In elke paragraaf beschrijven zowel de waargenomen trends en mogelijkheden als de belemmeringen en dilemma's die we zijn tegengekomen bij het in de praktijk brengen van de principes van het wraparound care-model. We sluiten het hoofdstuk af met een reflectie op de betekenis van de pilot voor de betrokkenen (5.4) en op de aard van de verzamelde kennis (5.5).

Uiteraard spitsen we ten bate van dit onderzoek het antwoord toe op de situatie in de stad Utrecht.

5.1 Het model

5.1.1 Doel en uitgangspunten

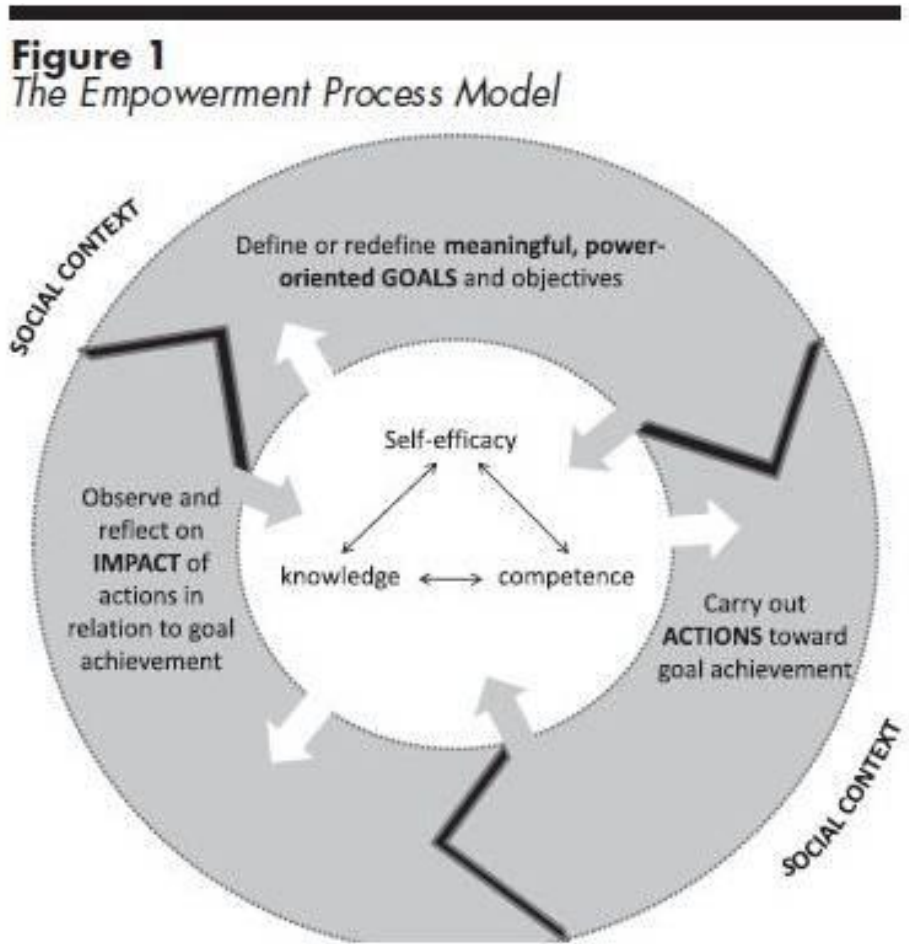
Het wraparound care-model is meer een model van hulpverlening of 'metamethodiek' dan een geprotocoliseerde interventie of methodiek. De abstractie van het model bleek zowel belemmerend als bevorderend voor de toepassing. Mensen herkennen zich snel in de abstracte uitgangspunten maar denken daarom soms ten onrechte deze al toe te passen terwijl dit niet altijd het geval blijkt. Dit belemmert effectieve uitvoering. Daarentegen maakt de abstractie het ook mogelijk om de uitgangspunten breed toe te passen en te combineren met andere beproefde methodieken.

In de loop van het onderzoek bleek dat de 10 uitgangspunten van wraparound care van Bruns een goede start te bieden om te bepalen of een methodiek al dan niet wraparound care genoemd kan worden en om wraparound care op een congruente manier in de praktijk te brengen. De beschreven methodieken van Stade Profiel en Portes sluiten beide aan bij de meeste uitgangspunten. Toch bleek de manier waarop deze methodieken in de praktijk werden uitgevoerd te verschillen van wat met het wraparound care-model wordt beoogd.

Om het wraparound care-model goed te kunnen toepassen is het belangrijk om de samenhang tussen de principes te doorgronden. Het model is bedoeld om problemen van gezinnen waarvan het leven ernstig is ontregeld op een duurzame manier te helpen oplossen en afhankelijkheid van professionele hulpverlening te verminderen. Dit leidt voor de gezinnen tot het herstel van een gewoon leven en een gevoel weer greep te hebben op het eigen bestaan. Dit kan bereikt worden door uit te gaan van de eigen kracht van de gezinsleden en deze op een systematische manier te versterken. Empowerment is de kern van de benadering.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

De andere principes zijn hier dienstbaar aan. Het resultaatgericht werken aan concrete haalbare persoonlijke doelen dient het versterken van het zelfvertrouwen van het gezin. Door het 'programmeren en incasseren van successen' is het de bedoeling dat er een positieve motivatiespiraal ontstaat. Dit proces wordt door Cattameo en Chapman gepresenteerd als het 'Empowerment Process Model' (Cattameo, B. & Chapman, A. R. (2010)). Zie figuur hieronder.



Het met ondersteuning van de gezinswerker doorlopen van deze cyclus leert gezinnen bijvoorbeeld hoe zij de weg kunnen vinden in het doolhof van instanties, vergroot de effectiviteit van hun handelen en het besef dat ze greep hebben op de situatie.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Deze praktische waarderende benadering gericht op empowerment kan ook model staan voor het vormgeven van andere relaties binnen het model: bijvoorbeeld van die tussen werkbegeleider en gezinswerker en van die met betrokken instanties.

Terwijl in de Amerikaanse versie van het wraparound care-model teamwerk centraal staat hebben we in Utrecht ontdekt dat werken met een team van professionals niet altijd noodzakelijk en wenselijk is. Snel ontstaat er een dynamiek van 'praten over' het gezin in plaats van 'praten met'. Bovendien is het moeilijk voor een gezin om regie te voeren over een dergelijk team. Wel is het belangrijk dat het gezin hun eigen supportmodel organiseert in de vorm van een sociaal netwerk.

In de Nederlandse context is het belangrijk om een taxatie veiligheid van de kinderen standaard op te nemen in de hulpverlening.

5.1.2 Doelgroep

Het wraparound care-model is ontworpen voor hulp aan gezinnen met een opeenstapeling van problemen. De uitgangspunten zoals hierboven verwoord zijn echter van toepassing op alle vormen van hulpverlening en niet specifiek voor deze doelgroep.

Een strenge en beperkte definitie van de doelgroep is vanuit het perspectief van wraparound care niet gewenst. Juist een sterke afbakening van doelgroepen tussen (delen van) organisaties versterkt verkokering, vergroot de kans dat gezinnen tussen wal en schip vallen. Het belemmert continuïteit van zorg. Een onderscheid zoals in de pilot in Utrecht bestond tussen zorgmijders en andere multiprobleemgezinnen is dan ook niet wenselijk.

5.1.3 Fasering

Het eerst contact

Juist in het eerste contact is het van groot belang dat de gezinswerker de juiste houding kiest en het perspectief van het gezin achterhaalt. Het zo snel mogelijk vaststellen wat er in het gezin moet veranderen (in termen van concrete doelen) is in deze fase essentieel en definieert het karakter van de werkrelatie tussen gezin en gezinswerker. Hierbij is het belangrijk dat de manier van werken helder wordt uitgelegd: het gaat om een intensieve vorm van hulpverlening op basis van een plan dat door het gezin zelf wordt opgesteld en uitgevoerd. De verantwoordelijkheid van het veranderingsproces ligt bij het gezin. De gezinswerker is voor noodgevallen altijd bereikbaar. Als er sprake is van een doorverwijzing of gedwongen kader is het essentieel dat de doorverwijzer of gezinsvoogd aanwezig is en aangeeft aan welke doelen het gezin moet werken. De wraparound-gezinswerker kan het gezin helpen om deze doelen te verhelderen en te concretiseren. De gezinswerker speelt zo nodig een medieërende rol tussen doorverwijzer of voogd en het gezin.

Desgewenst kan de werkbegeleider van de gezinswerker aanwezig zijn tijdens het 1e contact om te helpen om de werkwijze uit te leggen en een risico taxatie te maken voor de gezinsleden en voor de werker. Als de situatie als onveilig wordt ingeschat is dit het eerste onderwerp dat besproken moet worden en waaraan moet worden gewerkt. Als dit niet kan moet er een melding worden gedaan bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling .

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Inhoud en stijl van hulpverlening
'Empowerment' vormt de rode draad in het wraparound care-model. In de pilot zijn gezinswerkers ook steeds meer regie bij het gezin gaan leggen.

Binnen het wraparound care-model bestaat een duidelijke opvatting over hoe empowerment kan worden vergroot. Het wordt vergroot door:

- Het gezin serieus te nemen en aan te sluiten bij het perspectief van het gezin (ipv bij het perspectief of de diagnose van de hulpverlener)
- Een negatieve motivatie spiraal om te buigen in een positieve motivatiespiraal door successen te programmeren.
- Niets te doen buiten het gezin om.
- Waar mogelijk regie te leggen bij het gezin zelf.
- Loyaal te zijn aan het gezin

Het wraparound care-model wordt soms 'vraaggestuurd' genoemd om het af te zetten tegen 'diagnostiek gestuurde' benaderingen. De kwalificatie 'vraaggestuurd' roept echter vaak vraagtekens op. Wat wordt er in het kader van wraparound care precies mee bedoeld?

De volgende vragen zouden leidend moeten zijn voor het hulpverleningsproces:

- 'Wat zou u morgen willen veranderen?'
- 'Wat móet er veranderen?'
- 'Hoe wilt u dat aanpakken?'
- 'Hoe kan ik u daarbij helpen?'
- 'Wie hebben we nog meer nodig?'

Het gezinsplan
Het gezinsplan is het instrument waarmee afstemming en prioritering bereikt wordt in de acties van iedereen die betrokken is bij het gezin. Het is een 'plan op de keukentafel' waarin de doelen van het gezin zijn verwoord, vanuit het perspectief van het gezin. In die zin is het geen hulpverleningsplan. In het plan staan concrete haalbare doelen. Het ervaren van verantwoordelijkheid over het bereiken van de doelen is het belangrijkste instrument van empowerment.

Binnen de pilot is met verschillende vormen van een gezinsplan gewerkt. Er was een tendens om steeds meer te werken met doelen van het gezin zelf.

Werken met netwerken
Mensen hebben andere mensen nodig, zeker in crisis situaties. Vanuit het wraparound care-model wordt het gezin daarom gestimuleerd om hun sociale netwerk te versterken en te mobiliseren. Ondersteuning door het persoonlijken netwerk vermindert afhankelijkheid van professionele hulpverlening. Als er toch professionele hulp nodig is om gezinsdoelen te realiseren worden zo mogelijk bilaterale relaties aangegaan.

Binnen de pilot was de tendens om steeds meer naast het gezin te staan en het gezin de regie te geven over het netwerk. De reflex om in het professionele netwerk namens het gezin op te treden nam af. Ook ontstond er steeds meer aandacht voor het sociale netwerk van het gezin.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Afsluiting
De wraparound-gezinswerker heeft oog voor kleine successen van het gezin. Als deze niet worden behaald is de hulpverlening blijkbaar niet effectief en moet hij worden gestopt. Een andere reden om te stoppen is vanzelfsprekend het behalen van de doelstellig: het gezin heeft (weer) regie over het eigen leven. Een laatste reden om te stoppen is als de veiligheid van de gezinsleden of van de gezinswerker niet kan worden gegarandeerd.

Een aantal kwetsbare gezinnen leeft van crisis naar crisis en zal altijd van een bepaalde vorm van hulp afhankelijk blijven. Voor die gezinnen is het zaak om na afsluiting van het intensieve deel van de hulpverlening te organiseren dat iemand uit het sociale netwerk of uit de wijk een oogje in het zeil blijft houden.

5.2 De gezinswerker

De persoon van de gezinswerker is een belangrijke succesfactor binnen wraparound care-model. Om wraparound care goed uit te voeren is het nodig dat de werker:

- vertrouwt in de mogelijkheden van het gezin om greep te krijgen op het eigen leven, ook als de gezinsleden zelf dit vertrouwen niet hebben. De gezinswerker moet geloven in zijn doel.
- in staat is ‘naast’ het gezin te staan. Niet oordelen over het gezin, niet overnemen van problemen van het gezin maar vanuit gelijkwaardigheid steunen van het gezin.
- praktisch is en resultaatgericht kan werken
- stressbestendig is en echt.

Belangrijke competenties van een wraparound care-gezinswerker zijn verder zijn creativiteit en flexibiliteit. Het is essentieel dat hij in staat is ‘te doen wat nodig is’, dat wil zeggen dat hij in staat is om zelfstandig af te wegen welke specifieke interventies in deze gegeven situatie, bij deze cliënt, op dit moment toepasbaar en effectief zijn.

De belangrijkste verandering die gedurende de looptijd van de pilot in de stad Utrecht lijkt te hebben plaatsgehad is de toename van het vertrouwen van de gezinswerkers in de kracht van gezinsleden.
Gezinswerkers zijn een andere positie gaan innemen ten op zichte van gezinsleden. Minder ‘boven’ maar meer ‘naast’ het gezin. Minder ”ik kom u helpen” maar meer: ”Ik ben hier om u te ondersteunen om het zelf te doen”. Gezinswerkers zijn hun eigen agenda meer gaan loslaten.

Op niveau van gezinswerkers hebben we zowel belemmerende als bevorderende kenmerken onderscheiden. Deze liggen zowel op het gebied van competenties (kennis, vaardigheden en houding) als ook op het gebied van ervaring, overtuigingen, identiteit en rolopvatting van de gezinswerker.

5.3 De context

Deskundigheidsbevordering
Bijeenkomsten die gezinswerkers op hun eigen verzoek met Jo Hermanns hebben gehad hebben verhelderd wat het wraparound care-model inhoudt en hoe het in Nederland kan worden toegepast. In de toekomst lijkt het verstandig als werkers een training wraparound care volgen voordat ze met het model gaan werken, ook al denken ze dat ze de principes al toepassen. Hierdoor start iedereen met dezelfde informatie en kunnen misverstanden (Wat is het nu wel en wat niet? Doe ik het al of niet?) worden voorkomen. Het is verstandig als gezinswerkers en hun werkbegeleiders dezelfde training volgen zodat de werkbegeleiding kan worden ingericht op een manier die congruent is met het wraparound care gedachtegoed.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Werken met gezinnen met een opeenstapeling van problemen volgens het wraparound care-model vergt een continue investering in de ontwikkeling van gezinswerkers en hun werkbegeleiders. Hoe meer 'empowered', congruent en autonoom de werkers zijn, hoe effectiever de hulp die ze bieden. Naast training en werkbegeleiding kunnen coaching, intervisie en supervisie een rol spelen. Het is gewenst deze in te richten naar de principes van het wraparound care-model. Een ruim budget voor deskundigheidsbevordering maakt deel uit van elk wraparound care-programma.

Werkbegeleiding
De werkbegeleider van gezinswerkers heeft twee belangrijke rollen:
1. Het ondersteunen van de gezinswerker
2. Het begrenzen van de gezinswerker

De ondersteuning is bedoeld om de werker in zijn kracht te zetten. Hierbij spelen dezelfde processen als die spelen tussen werker en gezin. Empowerment van de gezinswerker door de werkbegeleider wordt versterkt door het herkennen van concrete positieve resultaten en het programmeren van successen.

Begrenzing is nodig om er voor te zorgen dat de werker daadwerkelijk handelt volgens de principes van het wraparound care-model en om hem te helpen afstand te bewaren zodat hij niet wordt ingezogen in de gezinsproblematiek. De werkbegeleider moet er op toezien dat de veiligheid voor de gezinsleden en voor de gezinswerker gewaarborgd is. Bovendien is het zijn verantwoordelijkheid dat de hulpverlening wordt beëindigd als de veiligheid niet kan worden gegarandeerd of bevorderd, als de hulpverlening niet het beoogde effect heeft of als de doelen zijn bereikt.

Om per gemeente, stadsdeel of wijk op dezelfde manier en vanuit teamgeest te kunnen werken is het bevorderlijk om werkbegeleiding op lokaal niveau gezamenlijk te organiseren.

Uit experimenten elders met intensief werken met gezinnen blijkt het nodig te zijn dat op elke 10 fte gezinswerker er één werkbegeleider is.

Financiering
Een belangrijk werkzaam bestanddeel van de pilot wraparound care in Utrecht is de pilotfinanciering met een relatief lage caseload, het ontbreken van een vaste doorlooptijd en veel ruimte om te experimenteren. Bezuiniging in de (jeugd)zorg en onderlinge concurrentie tussen organisaties vormen een bedreiging van de benadering. Faciliteren van het wraparound care-model kan gezien worden als een investering die hoge kosten kan voorkomen van uithuisplaatsing en andere residentiële zorg en problemen in toekomstige generaties.

Samenwerking met ketenpartners
De samenwerking met professionals uit andere organisaties is een kwetsbaar onderdeel van het model. Collega organisaties wordt gevraagd om een deel van hun regie in te leveren ten gunste van het gezin en om tegelijkertijd maximaal flexibel te zijn en de discretionaire ruimte maximaal te gebruiken.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

5.4 Betekenis van de pilot voor verschillende actoren

Het doel van de pilot wraparound care Utrecht was om 'bottom up' vanuit de ervaring en expertise van de gezinswerkers, en met veel vrije ruimte om te experimenteren, de principes van wraparound care toe te passen. De pilot is uitgevoerd door gezinswerkers van drie (wijk) welzijnsorganisaties: Stichting Stade, Portes en Cumulus. De gezinswerkers werden begeleid door een werkbegeleider uit de eigen organisatie. De pilot is inhoudelijk ondersteund door twee 'Best Practice Units' begeleid door Hogeschool Utrecht. Een Best Practice Unit is een vorm van actieonderzoek waarin tijdens een serie van bijeenkomsten kennis wordt ontwikkeld door het naar boven halen en expliciteren van (onbewuste) handelingskennis en door deze kennis te delen en te verrijken met bestaande kennis.

Het onderzoek van Hogeschool Utrecht en de begeleiding in de BPU's had als doel om op basis van een verbinding tussen theorie en praktijk 'de meeste passende werkwijze' te ontwikkelen. De pilot werd door een aantal onderzoekers binnen de hogeschool opgevat als een proefproject om een nieuwe werkwijze uit te proberen: de toepassing van het uit de verenigde staten afkomstige wraparound care in de Utrechte context. Voor Cumulus was dit daadwerkelijk het geval. Deelname aan de pilot vormde voor hun medewerkers de start van een nieuwe manier van werken die zij de 'Bloemaanpak' noemden. Hierin worden de principes van wraparound care toegepast. Stichting Stade en Portes werkten echter al vóór de start van de pilot in 2009 met methodieken die verwant waren aan wraparound care: Actief Casemanagement en Team Casemanagement.

Terugkijkend heeft deelname aan de pilot wraparound care voor de betrokken organisaties waarschijnlijk een verschillende betekenis gehad. Voor Stichting Stade en Portes was deelname een extra impuls voor de uitvoering van een bestaand aanbod. Voor Cumulus was het een manier om nieuw zorgaanbod te ontwikkelen. De verschillen in betekenis hadden effect op de 'aanvliegroute' van de pilot. De werkwijze van Stade Profiel en Portes was al uitgekristalliseerd en goed beschreven. Stade Profiel past al sinds 2003 bij zorgmijdende gezinnen Actief Casemanagement toe. In 2006 is de methodiek gepubliceerd. De methodiek is bekend bij ketenpartners die tevreden zijn over de rol die Stade speelt. Stade Profiel had dus iets te verliezen waardoor er minder ruimte werd ervaren om te experimenteren met nieuwe interventies. Ook het Team Casemanagement van Portes was niet nieuw en goed gedocumenteerd. Alleen Cumulus ging daadwerkelijk met een nieuwe werkwijze van start en begon daarom met een gezamenlijke training.

Tijdens het vooronderzoek en de bijeenkomsten van de BPU's werden de verschillen in betekenis zichtbaar. Voor medewerkers van Portes was wraparound care een nieuwe noemer voor bestaande praktijken. De uitgangspunten vormden een feest der herkenning. Medewerkers van Stade Profiel herkenden de uitgangspunten ook maar waren zich van meet af aan ook bewust van verschillen tussen hun praktijk van Actief Casemanagement en de handreikingen vanuit Hogeschool Utrecht over hoe wraparound care zou kunnen worden toegepast. Medewerkers van Cumulus, voor wie het werk nieuw was, leken het meest open te staan voor deze handreikingen.

Een terugkerend thema tijdens het onderzoek was de vraag hoe de verschillen tussen bestaande praktijken en de principes van wraparound care konden en moesten worden geïnterpreteerd. Waren de principes van wraparound care bijvoorbeeld wel of niet van toepassing op de zorgmijdende gezinnen die de doelgroep zijn van Stade Profiel? Is het voor deze doelgroep wel of niet onvermijdelijk om een deel van hun regie uit handen te nemen en om als zaakwaarnemer op te treden? Medewerkers van Stade hadden veel

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

vertrouwen in hun oorspronkelijke manier van werken waarmee het ze lukte om op korte termijn ook vertrouwen te winnen bij zowel gezin als ketenpartners.

In de loop van de pilot werden werkers van alle organisaties nieuwsgierig naar hoe men sterker vanuit de principes van wraparound care zou kunnen werken. Daarom werden op verzoek van de werkers bijeenkomsten met Jo Hermanns georganiseerd. In het proces dat volgde zijn theorie en praktijk beide in ontwikkeling geweest. Het werd steeds duidelijker wat de essentie en potentie is van wraparound care in de Nederlandse context. Ondanks of misschien juist dankzij de soms felle discussies lijken gezinswerkers van alle betrokken organisaties gedurende de looptijd van de pilot te zijn veranderd in hun houding ten opzichte van de gezinnen waarmee ze werken.

5.5 Aard van de ontwikkelde kennis

Een belangrijk deel van de kennis die in het project is ontwikkeld is door interactie en onderling gesprek tot stand gekomen. Het betreft geen feiten maar indrukken, reflecties, meningen en visies van verschillende bij het project betrokken actoren: de gezinswerkers, hun werkbegeleiders, leden van het doorbraakteam en de projectleider. De gegevens zijn verzameld door verschillende onderzoekers, in het bijzonder door Jeanette de Goede en Aline Brands die de Best Practice Units hebben geleid en verschillende student-onderzoekers. Jo Hermanns als inhoudelijk inspirator van de pilot heeft de agenda van de gesprekken voor een deel bepaald en heeft door kennisoverdracht en kritische vragen actief bijgedragen aan het in de praktijk brengen van wraparound care. Hij heeft daarbij keuzes gemaakt en accenten gelegd die hij, op basis van zijn brede kennis over en ervaring met de Nederlandse Jeugdzorg, relevant acht. In de vorm van kwalitatief actieonderzoek waarvoor is gekozen was er dus weinig distantie tussen onderzoekers en onderzochten en hebben beide elkaar beïnvloed. We hebben niet de pretentie “de werkelijkheid” te beschrijven. Wel proberen we betekenissen over de werkelijkheid bloot te leggen. Op basis van de vele gevoerde gesprekken hebben we trends, belemmeringen en mogelijkheden gesignaleerd voor de toepassing van het wraparound care-model in de provincie Utrecht. Het “hoe kan“ uit de onderzoeksvraag hebben we normatief opgevat. We hebben niet alleen beschreven hoe gebleken is dat het kan maar hoe wij op basis van de ervaringen van afgelopen 1 ½ jaar denken dat het kan. Gesprekken die we ook buiten de provincie Utrecht over het wraparound care-model voeren geven ons de indruk dat de conclusies die we hebben getrokken daar ook relevant zijn.

Toepassing van het Wraparound care-model blijkt een continu proces te zijn waarin steeds weer nieuwe inzichten worden opgedaan en oude inzichten worden gedeeld en geïnternaliseerd. We beschouwen dit rapport en de conclusies niet als het eindpunt van dit proces maar als een tussenstop waarin we de voorlopige balans opmaken over hoe het wraparound care-model kan worden geconcretiseerd en toegepast.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Literatuur

Admiraal, L., Brandts, A., Goede, J. de., & Schamhart, R. (2010). *Onderzoeksrapport Vooronderzoek Pilots wraparound care Utrecht en Amersfoort.* Utrecht: Hogeschool Utrecht.
Butter, R. (2009). Dansen met structuur; onderzoek in de ecologische pedagogiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek 47* , 531-531.
Cattameo, B. & Chapman, A. R. (2010). *The process of empowerment. A model for use in research and practice*. George Mason University.
Hermanns, J. (2010). Goed geregelde jeugdzorg? In H. Pijnenburg (red), *Zorgen dat het werkt; Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 61-80). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
Hermanns, J. (2009). Het wraparound care model en de vraag naar nieuwe jeugdzorgprofessionals. In J. Gerris, & R. Engels, *Professionele kwaliteit in jeugdzorg en jeugdzorgonderzoek* (pp. 85-98). Assen: van Gorcum.
Hermanns, J. (2010). Trainingsmateriaal wraparound care. H&S Consult.
Hermanns, J., & Menger, A. (2008). *Walk the line; Continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk.* Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie.
Hermanns, J., Mordang, H., & Mulders, L. (2003). *Jeugdhulp thuis. een alternatief voor uithuisplaatsing.* Amsterdam: SWP.
Hogeschool Utrecht. (2010). *Onderzoeksrapport Vooronderzoek pilots Wraparound care Utrecht en Amersfoort.* Utrecht: Hogeschool Utrecht.
Klokman, S. (2009). *Plan van aanpak wraparound care team gemeente Amersfoort.* Gemeente Amersfoort.
Kruiter, A. J., Jong, J. d., Niel, J. v., & Hijzen, C. (2008). *De Rotonde van Hamed; maatwerk voor mensen met meerdere problemen.* Den Haag: NICI Institute.
Malysiak, R. (1997). Exploring ther Theory and Paradigm Base for Wraparound. *Journal of Child and Family Studies, vol.6, No.4* , 399-408.
Menger, A. (2009). Wie werkt? Over het vakmanschap van de reclasseringswerker. *Proces, Tijdschrift voor Strafrechtspleging 2009/3* , 155-165.
Menger, A., & Krechtig, L. (2003). *Het delict als maatstaf. Methodiek voor werken in gedwongen kader.* Amsterdam: SWP.
Ministerie voor Jeugd en Gezin. (2010). *Perspectief voor jeugd en gezin; kabinetsvisie op toekomst voor zorg en ondersteuning voor jeugdigen en gezinnen.* Ministerie voor Jeugd en Gezin.
Provincie Utrecht. (2008). *Provinciaal beleidskader Jeugdzorg 2009-2012; provinciaal uitvoeringsprogramma 2009 Utrecht.* Utrecht: Provincie Utrecht.
Provincie Utrecht. (2008). *Utrechtse Jeugd Centraal; vernieuwingagenda van samenwerkende partners in de jeugdzorg, het lokale jeugdbeleid en de jeugdbescherming.* Utrecht: Provincie Utrecht.
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2008). *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte (advies 44).* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
(2010). *Vrijheid en verantwoordelijkheid; regeerakkoord VVD-CDA.*
Werkgroep toekomstverkenningen Jeugdzorg; Tweede kamer der staten-generaal. (2010). *Jeugdzorg dichterbij.* Tweede kamer der Staten-generaal.
Wilken, J., & Dankers, T. (2010). *Schakels in de buurt. Op weg naar nieuwe vormen van zorg en welzijn in de wijk.* Amsterdam: SWP.
Wolswinkel, Lenneke (2010), Wraparound care in de Utrechtse praktijk; plan van aanpak voor de pilot.
Zeeman, M., Hermanns, J., Grootens-Tecla, M., & Alberts, J. (2007). De behoefte aan opvoedingsondersteuning op Curacao. Een onderzoek onder opvoeders met kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar. *Pedagogiek, 27 (2)* , 119-134.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Bijlage 1 Uitgangspunten wraparound care [2]

1. **Gezin spreekt zich uit en kiest**
   De perspectieven en ideeën van ouders en hun kinderen 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 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.
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 het kind en het gezin 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 kind, 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.

[2] Bron: http://www.ujc.nl/Projecten/preventie/Wraparound+care/default.aspx

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Bijlage 2 Vergelijking van methodieken pilot Utrecht

Naam aanpak	Actief Casemanagement	Team Casemanagement	Bloemaanpak
Aanbieder	Stade Profiel	Portes	Cumulus welzijn
Oorsprong	Migrantenhulpverlening; woonwagen-zigeunerwerk	Wijkwelzijnswerk	Wijkwelzijnswerk
Uitgangspunten	Vraaggericht Toekomstgericht Outreachend Intensief Activerend Thuisnabij Praktisch Integraal Cliëntgericht Zorgcoördinatie	Serieus nemen gezin Gezinnen kunnen en willen verantwoordelijkheid nemen Positieve, niet veroordelende persoonlijke werkrelatie Versterken wat goed gaat, ombuigen wat niet goed gaat Eén casemanager	
Doel	Ouders en kinderen hebben weer grip op hun leven (structuur, zelfredzaam,)	Herstel van het gewone leven	Gezin geholpen: zicht op eigen problematiek, acute problemen aangepakt, risico's weggenomen, eigen kracht versterkt, gezin heeft weer regie
Doelgroep	Zorgmijdende Multiprobleem gezinnen: wantrouwende mensen met zeer zware problematiek	Risicogezinnen Multiprobleem gezinnen	Multiprobleem gezinnen
Contra-indicatie	Eenduidige problematiek Ernstige psychiatrische problemen ouders Daklozen Gemotiveerde gezinnen	Ernstige zorgmijders (-> Stade) Geïndiceerde zorg (-> BJZ-> zorgaanbieder) Casemanagement al aanwezig (voogd, Family First, IOG, ITB, 10vT)	Ernstige zorgmijders
Bereik	Gemeente Utrecht	Wijk Ondiep in Utrecht	Wijk Overvecht Utrecht
Caseload	200 uur per gezin; 6 gezinnen per werker per jaar	6 a 8 gezinnen per jaar	5 uur per gezin per week (= 60 uur per jaar)
Trajectduur	6-9 maand + max 1 ½ jaar	12 mnd	

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Bijlage 3 Goal Attaiment Scaling Formulier [3]

Naam gezin of kind:
Dossiernummer:
Evaluatieperiode:

Aandachtsgebieden	1	2	3	4	5
Gewicht					
Doel					
Doelrealisatie					
-1 lager dan huidige niveau					
0 Huidige niveau					
+1 Verwacht niveau					
+2 Hoger dan ver-wacht niveau					
+3 Veel hoger dan verwacht niveau					
Eindscore					

[3] Bron: Buggenum, W., & Hermanns, J. (1995). *Contract hulpverlening in de jeugdzorg*. Utrecht: SWP.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Bijlage 4 California Risk Assessment

Jaarlijks overlijden tussen de 50 en de 100 kinderen door kindermishandeling. Bij een aanzienlijk deel van deze casuïstiek waren hulpverleners op de een of andere manier betrokken. De vraag is of in die situaties de veiligheidsrisico's voor kinderen goed zijn ingeschat. Onderzoek heeft uitgewezen dat beslissingen aangaande de veiligheid van kinderen significant verschillen tussen hulpverleners, zelfs tussen diegenen die gezien worden als experts op het terrein van de kindveiligheid. Inaccurate beslissingen zijn kostbaar, leiden tot teveel uithuisplaatsingen of tragischer, resulteren in ernstige verwonding of zelfs de dood van een kind. Taxatie van veiligheidsrisico's daarom een onmisbaar onderdeel van het signaleren en interveniëren. Deze taxaties zijn niet alleen van belang als het gaat om geïndiceerde interventies zoals die worden uitgevoerd in de jeugdzorg, GGZ en jeugdbescherming, maar ook als het gaat om selectieve interventies, geïndiceerde interventie en interventies bij signalen van risicoprocessen.
Studies in de VS hebben consistent aangetoond dat relatief eenvoudige actuariële instrumenten mogelijke risico's voor het kind met meer precisie meten dan een goed opgeleide hulpverlener of zogenaamde consensusinstrumenten, waarin experts in consensus vaststellen welke kenmerken van opvoedingssituaties veiligheidsrisico's inhouden. Uit de literatuur komt één instrument naar voren dat aan de criteria zoals door de Inventgroep opgesteld, voldoet: (een hoge betrouwbaarheid en een bekende en toereikende validiteit): de California Family Risk Assessment (CFRA).
De CFRA is een actuarieel instrument. Dit betekent dat er een kansberekening wordt gemaakt op basis van uit onderzoek en registraties bekende factoren. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar factoren uit het verleden, maar ook actuele kenmerken van ouders en kinderen waarvan bekend is dat ze samenhangen met mishandeling. De actuariële methode blijkt beter te zijn dan de consensus-based methode, zoals de klinische inschatting van hulpverleners ook wel genoemd wordt. De lijst maakt onderdeel uit van een systeem van Structured Decision Making, maar is zelfstandig toepasbaar.
In de VS wordt de CFRA toegepast bij meldingen bij Child Protection Services. Ze zijn echter door hun beknoptheid en concreetheid ook goed toepasbaar in andere voorzieningen. Pilots met de CFRA in gezinscoaching-projecten in het kader van de recente Impulsgelden van VWS lieten zien dat verpleegkundigen JGZ en maatschappelijk werkers van lokale voorzieningen de checklists snel kunnen invullen. De vragen zijn eenvoudig en de noodzakelijke informatie over het gezin is ofwel bij de start van de interventie aanwezig of kan snel opgevraagd worden.
Amerikaanse studies met duizenden gezinnen laten zien dat in gezinnen die als '(zeer) hoog veiligheidrisico' worden getaxeerd de kans op latere (dwz binnen 24 maanden) mishandeling of verwaarlozing veel malen hoger is dan in ander gezinnen. In meer dan één derde van de zeer hoog risicogezinnen werd bijvoorbeeld een vermoeden van mishandeling of verwaarlozing gemeld én bevestigd.
Indien er sprake is van een hoog of zeer hoog veiligheidsrisico dienen direct maatregelen genomen te worden om de veiligheid van het kind binnen een acceptabel niveau te brengen.
Indien de score 'laag'of 'matig' is wil dit niet zeggen dat het gezin veilig is, maar dat een aantal bekende veroorzakers van mishandeling of verwaarlozing niet aanwezig zijn. Het gezin kan dan nog wel om andere redenen onveilig zijn.

Jo Hermanns, 2010

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Bijlage 5 Gegevens over caseload

De caseload van de gezinswerkers is per 10 januari 2011 als volgt (bron mailwisseling onderzoeker HU en projectleider):

Bij Stade Profiel werken 2 gezinswerkers in 2 wijken waar de pilot wordt uitgevoerd. Vanaf september 2009 t/m augustus 2010 lopen er 20 trajecten in een intensieve fase, 5 gezinnen in de nazorgfase en5 gezinnen die op korte termijn worden afgesloten of overgedragen. Bij 2 gezinnen kreeg de gezinswerker geen ingang en/of mislukte de introductie. Eén gezin zat in een kort traject.

Bij Cumulus zijn 2 gezinswerkers in dienst. Zij begeleidden per 18 augustus 2010 2 gezinnen in de opbouwfase, 7 gezinnen in de voortgangsfase en 2 gezinnen in de afbouwfase waarbij werd toegewerkt naar nazorg.

Bij het Portes, Team Casemanagement, werkten in deze periode 3 gezinswerkers die 19 gezinnen in begeleiding hadden en 12 trajecten hadden afgerond.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

Bijlage 6. Competentieprofiel Gezinswerker volgens Jeugdhulp Thuis[i]

1. *De hulpverlener kan leidinggeven aan veranderingsprocessen*. Hij/zij kan het proces afbakenen, in stappen opdelen en beëindigen
   - Houding: taakgericht, op vooruitgang gericht, met erkenning van de grenzen van betrokkenen. Niet-normerend en gericht op samenwerking.
   - Kennis: inzicht in gevraagde rolverdeling hulpverlener/gezin kennis van structurerende veranderingsmethodieken.
   - Vaardigheden: overbrengen van de rolverdeling, beheersen van methodieken voor het structureren van veranderingsprocessen. In taalgebruik en lichaamstaal vertrouwen laten blijken. Gesprekstechnieken om conflicten op te lossen, het formuleren van domeinen en doelen in termen die aansluiten bij de belevingen van betrokkenen, het registreren van vooruitgang in een gestandaardiseerd systeem.

2. *De hulpverlener kan aansluiten bij de situatie van cliënten.* Vragen en problemen zoals cliënten die ervaring en de oplossing die zijzelf kunnen bedenken, zijn uitgangspunt voor de hulpverlening.
   - Houding: open, niet normerend, interesse uitstralend. Bescheiden, op zoek naar grenzen die cliënten zelf willen trekken.
   - Kennis: kennis van achtergronden en kenmerken van multi-probleemgezinnen.
   - Vaardigheden: communicatieve vaardigheden en omgangsvormen om sfeer van vertrouwen op te roepen.

3. *De hulpverlener kan informationele steun geven.* De hulpverlener kan vragen over de ontwikkeling van kinderen, opvoedkundige aanpak, mogelijke stoornissen, diensten van instellingen, regelgeving en sociale kaart betantwoorden of samen met betrokkenen informatie zoeken of de weg naar het antwoord wijzen.
   - Houding: dienstbare opstelling, evenwicht vinden tussen zelf informatie geven en betrokkenen ondersteunen bij het zelf zoeken naar informatie.
   - Kennis: Basale kennis van ontwikkeling en opvoeding, sociale kaart + uitgangspunten van het ‘spiegelen’.
   - Vaardigheden: een pedagogisch adviesgesprek over alledaagse problemen kunnen voeren. Ook: niet confronterende gesprekstechniek, circulaire vraagtechniek en een bemiddelende gesprekstechniek bij het contact van betrokkenen met derden.

4. *De hulpverlener kan emotionele steun geven.* Positieve feedback op de intenties en pogingen om de situatie te verbeteren en vermijden van negatieve feedback op mislukkingen of problematisch gedrag.
   - Houding: gericht op een positieve waardering van de belevingen van betrokkenen, uitdrukken van beschikbaarheid en nabijheid.
   - Kennis: inzicht in professionele technieken van inter-persoonlijke beleving. Inzicht in effecten van lichaamstaal. Inzicht in de effecten van het eigen gedrag.
   - Vaardigheden: communicatieve vaardigheden vanuit bedoelde uitgangspunten, vermogen om feedback te gebruiken om het eigen gedrag aan te pakken.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011

5. *De hulpverlener kan instrumentele steun geven.* Daadwerkelijke, praktische hulp m.b.t. bijv. kinderopvang, huishoudelijke zaken, inkomen, vervoer, schulden enz. is van belang om de draaglast van het gezin te verminderen. Wel zoveel mogelijk betrokkenen betrekken bij de ondersteuning en ernaar toe werken dat ze de problemen zelf kunnen oplossen.
   - Houding: praktische instelling en bereidheid. Gerichtheid op activeren van betrokkenen.
   - Kennis: inzicht in werking van praktische en materiële factoren op stress en persoonlijk functioneren.
   - Vaardigheden: enthousiasmeren en stimuleren omgaan met praktische vraagstukken.

6. *De hulpverlener kan sociale steun organiseren*.
   - Houding: voortdurende aandacht voor de sociale inbedding van de betrokkenen.
   - Kennis: kennis van de wijze waarop sociale netwerken functioneren; inzicht in de werking van sociale steun.
   - Vaardigheden: beheersen van systemen om netwerken gedifferentieerd in kaart te brengen. Vaardigheden om als intermediair contacten tussen cliënten en sociale informele en formele netwerken tot stand te brengen.

7. *De hulpverlener kiest voor kinderen en jongeren.* De effecten van de hulpverlening moeten een verbetering zijn van de condities waarin het kind en de jongere opgroeien. Voortdurende toetsing risico's/bedreigingen.
   - Houding: duidelijk uitdragen van de solidariteit met het kind of de jongere.
   - Kennis: kennis van het Internationale Verdrag van de Rechten van het Kind, inzicht in de ontwikkeling in verschillende contexten. Kennis van risico's en bedreigingen en het onderkennen van signalen van mishandeling.
   - Vaardigheden: interview/gesprekstechnieken met kinderen en jongeren over hun situatie en de hulpverlening. Omgaan met signalen van mishandeling.

8. *De hulpverlener kan leren in teamverband.*
   - Houding: open houding t.o.v. eigen verklaringsmodellen en strategieën. Motivatie om kennis en kunde van anderen te gebruiken voor de eigen ontwikkeling en met anderen meedenken.
   - Kennis: kennis van de uitgangspunten en processen in begeleidingssituaties en intervisies.
   - Vaardigheden: de vaardigheid om individueel en in groepen constructieve kritiek te leveren en te ontvangen. De vaardigheid om mee te denken en mee te laten denken.

---

[i] Bron: Hermanns, J., Mordang, H., & Mulder, L. (2002). *Jeugdhulp thuis. Een alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

© Hogeschool Utrecht, mei 2011