



KENNISCENTRUM
SOCIALE INNOVATIE
HOOGESCHOOL
UTRECHT

Postbus 85397
3508 AJ Utrecht

Tel 088 481 98 31
Email ksi@hu.nl

Greep op wraparound care

Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg

Auteurs

Renske Schamhart
Joris Colijn

Lectoraat Werken in Justitieel Kader

Datum

April 2012

© Hogeschool Utrecht,
Utrecht, 2012

Voorwoord

Nederland is een zorgzaam land. Ook problemen in het opgroeien en opvoeden krijgen ruim aandacht van professionals en instellingen. De vorm die de aandacht voor een specifiek probleem krijgt, bestaat doorgaans uit een serie activiteiten: signaleren-verwijzen-diagnosticeren-behandelen en zo nodig nazorg geven. Om deze activiteiten goed te kunnen uitvoeren zijn verschillende instellingen en verschillende typen professionals belast met één specifieke activiteit. En zo is de 'keten van zorg' dan ook georganiseerd. In verreweg de meeste gevallen is deze aanpak geschikt en succesvol, al kan men zich afvragen of we niet teveel problemen in deze ketens van zorg brengen. Misschien kunnen we als kinderen, jongeren en opvoeders wel meer zelf oplossen dan we nu denken. Een meer fundamenteel nadeel is echter dat de ketenaanpak niet goed werkt bij kinderen, jongeren en gezinnen die meerdere problemen tegelijk ervaren. Zij komen in meerdere ketens tegelijk terecht en er ontstaat een nieuwe en lastige kwestie: de afstemming van de verschillende zorgketens. Daarnaast geldt dat de aanwezigheid van meerdere problemen tegelijk in een mensenleven niet simpelweg als een optelsom van aparte problemen gezien kan worden. Er doet zich iets voor dat het oplossen van de aanvankelijke problemen ernstig bemoeilijkt: de ontregeling van het eigen bestaan, het gevoel de greep te verliezen op wat er gebeurt en onmacht om het leven zo in te richten als men zou willen.

Er is daarom een zoektocht ontstaan naar effectievere werkwijzen in onder andere de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk. Zo is het wraparound care-model ontdekt dat in de Verenigde Staten al lange tijd op grote schaal wordt toegepast.

In dit rapport wordt verslag gedaan van het eerste onderzoek naar het wraparound care-model in Nederland. Dank zij het enthousiasme van wethouders, gedeputeerden, beleidsambtenaren, managers, onderzoekers, studenten, maar vooral uitvoerend werkers kan de proef geslaagd genoemd worden.

Niet alleen omdat het onderzoek veel informatie heeft opgeleverd, maar vooral omdat tientallen gezinnen hulp konden krijgen die anders niet mogelijk was geweest.

Jo Hermanns

Bijzonder Lector Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht

Samenvatting

Wraparound care is een model voor het organiseren van integrale zorg aan gezinnen met een opeenstapeling van problemen. Het benut hun oplossend vermogen, betreft hun sociale netwerk en streeft hun empowerment na. Bovendien organiseert het samenwerking tussen verschillende sectoren. Gezinsbegeleiding en coördinatie van zorg liggen in één hand.

In het kader van het programma Utrechtse Jeugd Centraal van de provincie Utrecht zijn in 2009 in de steden Utrecht en Amersfoort twee pilots wraparound care in het leven geroepen. Deze zijn vanaf de start door het Lectoraat Werken in Justitieel Kader van de HU met ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek ondersteund. Daarnaast heeft zich in het najaar van 2010 een aantal initiatieven met elkaar verbonden die werken vanuit dezelfde ambities. Het gaat om de pilots wraparound care, de pilot 'Eén kind, één plan', 'Talita', een programma voor begeleid zelfstandig wonen voor tienermoeders en kwetsbare meisjes van stichting Timon, Hulp aan Huis, een samenwerkingsverband van instellingen die Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) aanbieden, 'Tien voor toekomst' van het leger des Heils, Gezinscoaching' van Vitras/CMD en Zuwe zorg, het project 'Tussen-in' van Al Amal, het project 'Wisselgeld' voor gezinnen met een Roma-achtergrond van de gemeente Nieuwegein. Samen met vertegenwoordigers van gemeentes en de provincie en onderzoekers en studenten van de HU vormden zij het 'Kennisplatform Wraparound Care' dat functioneerde als een 'Community of Practice'. Het is ondersteund met een door de provincie Utrecht gefinancierd onderzoeksprogramma. De volgende vragen stonden hierin centraal:

- Hoe kan het wraparound care-model in de provincie Utrecht worden geconcretiseerd en op een effectieve en theoretisch onderbouwde wijze worden toegepast?
- Welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?
- Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen diverse in Utrecht toegepaste vormen van thuisnabije, integrale, systeemgerichte en vraaggestuurde vormen van gezinsbegeleiding gericht op empowerment van het gezin?
- Wat zijn hierin de meest effectieve praktijken of "best practices"?
- Wat zijn de organisatorische randvoorwaarden voor toepassing van het wraparound care-model in de provincie Utrecht?

Om deze vragen te beantwoorden is een groot aantal deelonderzoeken uitgevoerd met behulp van verschillende onderzoeksmethoden. Er zijn 'Best Practice Units' ingericht, interviews en enquêtes afgenomen, documentanalyses uitgevoerd en literatuurstudies gedaan.

In dit rapport worden de resultaten van de verschillende onderzoeken samengevat en vertaald in een beschrijving van een Nederlandse versie van het wraparound care-model. We concluderen dat de principes van wraparound care in Nederland met succes kunnen worden toegepast. Verschillende organisaties bieden intensieve vormen van gezinsbegeleiding, uitgevoerd door één generalist, een 'expert van het gewone leven', die naast het gezin staat en hen helpt te doen wat nodig is en om, als dat aan de orde is, verschillende vormen van ondersteuning op elkaar af te stemmen. De kracht zit in de combinatie van gezinsondersteuning en coördinatie van zorg gericht op het vergroten van regie van het gezin over de eigen situatie.

Het model spreekt aan omdat het zowel voor gezinsleden als hun begeleiders concrete handvatten biedt. Het heeft in de provincie Utrecht kunnen werken omdat het onderdeel vormde van het UJC, een breed gedragen vernieuwingsagenda. Er was steun vanuit de provincie, gemeentes, betrokken uitvoerende organisaties en hun partners in het veld. Gemeentelijke en provinciale doorbraakteams hebben

bestuurlijke barrières proberen weg te nemen. Wraparound care past in de tijdsgeest en sluit aan bij de trend om verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn zo laag mogelijk te beleggen.

Ook waren er weerstanden. “We doen het al!”, “Het werkt niet voor onze gezinnen”, “Wij willen geen nieuwe methodiek en geen nieuwe protocollen.” Het is niet altijd vast te stellen hoe wat men zegt zich verhoudt tot wat men doet. Doorbraakteam mobiliseerden niet altijd voldoende doorzettingsmacht. Hoewel de overeenkomsten tussen de verschillende initiatieven bij aanvang groot leken, ontdekten we ook aanzienlijke verschillen.

Alle pilots, projecten en methodieken die zijn onderzocht werken systeemgericht in de gezinnen. Niet alle initiatieven werken even integraal of vraaggestuurd. De meeste initiatieven streven empowerment van de doelgroep na maar verschillen in de mate waarin dat concreet methodisch is uitgewerkt. Verder verschilt de nadruk die ligt op begeleiding (zoals bij IOG, ‘10’ voor Toekomst en Talita) of op coördinatie van zorg (zoals bij de pilot één kind, één plan en gezinscoaching). In de WAC-pilots en in het project ‘Wisselgeld’ worden ondersteuning en coördinatie door één persoon uitgevoerd. De leidt tot continuïteit voor het gezin en minimalisering van het aantal hulpverleners. Bovendien maakt het mogelijk dat gezinsleden gedurende het hele begeleidingsproces zo veel als mogelijk zelf regie voeren over alle hulpverlening.

Hoewel de idealen van veel betrokkenen bij de jeugdzorg in de provincie Utrecht met elkaar overeen lijken te komen, geldt dit niet altijd voor de praktijk. De effectiviteit van wraparound care staat of valt met de werkalliantie tussen gezinswerker en gezin en de mate waarin de werker gelooft in de uitgangspunten van het model. Dit hangt af van persoonlijke kenmerken van de professional en de manier waarop hij in zijn werk wordt begeleid. Hiervan bestaan in alle initiatieven goede voorbeelden. Bij veel gezinswerkers die betrokken waren bij het programma lijkt afgelopen jaren een gedragsverandering te hebben plaatsgevonden: meer met het gezin praten in plaats van erover, naast het gezin staan in plaats van ertegenover, activeren in plaats van overnemen, zien wat werkt in plaats van wat niet werkt. De gezinswerkers hebben hiervan positief effect op de gezinnen ervaren. Dit was een stimulant om in de gedragsverandering te volharden. Hierdoor ontstond toenemend vertrouwen in de kracht van het gezin. En toenemend vertrouwen in het model.

Er zijn geen strikte organisatorische voorwaarden voor toepassing van wraparound care. Iedere betrokkene kan zelf de verantwoordelijkheid nemen om in de context van zijn werk en invloedssfeer kansen te herkennen en te benutten en medestanders te vinden om wraparound care toe te passen. Als het model systematisch en consequent wordt doorgevoerd heeft het echter ingrijpende gevolgen voor de organisatie van zorg en het gedrag van individuele werkers. Het kan daarom het beste worden toegepast in een omgeving waarin de principes op alle niveaus worden omarmd: door de gezinswerker, zijn werkbegeleider, leidinggevende en organisatie, zijn professionele netwerk in diverse ‘ketens’ én de verantwoordelijke bestuurders en financiers. Dit is van belang om de nodige flexibiliteit en doorzettingsmacht te creëren en de financiële middelen vrij te maken voor de soms zeer intensieve begeleiding.

Kijkend naar de toekomst lijkt het wraparound care-model zich niet alleen goed te lenen als inspiratiebron voor de transitie van de jeugdzorg en de proeftuinen die daaraan voorafgaan maar ook voor andere vormen van decentralisatie zoals binnen de WMO. Het kan een gemeenschappelijk referentiekader bieden binnen Centra voor Jeugd en Gezin. Als directe spin-off van het onderzoek worden op dit moment onderwijsprogramma’s van de Faculteit Maatschappij en Recht van Hogeschool Utrecht geactualiseerd en wordt er trainingsmateriaal ontwikkeld dat beschikbaar komt voor het werkveld. Hiermee wil het Lectoraat Werken in Justitieel Kader bijdragen aan de verspreiding van kennis over wraparound care en de verbetering van de ondersteuning van gezinnen met complexe problemen.

Dankwoord

Dit rapport is het gezamenlijke product van het Onderzoeksprogramma Continuïteit Jeugdzorg van het Lectoraat Werken in Justitieel kader van het Kenniscentrum Sociale Innovatie van Hogeschool Utrecht. Het lectoraat staat onder leiding van Anneke Menger en Jo Hermanns. Jo Hermanns was inhoudelijk supervisor van het onderzoek.

Aan het programma hebben naast een groot aantal studenten de volgende onderzoekers meegewerkt:

- Leo Admiraal (WAC-pilot Amersfoort)
- Aline Brands (WAC-pilot Utrecht)
- Maarten ter Burg (Professioneel netwerk)
- Rene Butter (Enquête gezinswerkers en methodologische supervisie)
- Joris Colijn (Enquête gezinswerkers en literatuurstudie)
- Joyce Cordus (Gezinscoaching, Project 'wisselgeld')
- Jeanette de Goede (WAC-pilot Utrecht)
- Nel Koning (Timon/Talita)
- Madelief Oosterink ('Tussen in' van Al Amal en Documentanalyse)
- Renske Schamhart (Programmaleiding)
- Niske Verwey (pilot 'Eén kind, één plan').

Er is nauw samengewerkt met het werkveld. In het bijzonder gaat onze dank uit naar:

- Lenneke Wolfswinkel, Laura Genet en de medewerkers van de WAC-pilot Utrecht en pilot 'Eén kind, één plan',
- Sandra Klokman, Gerard Aanstoot en het Menskrachtteam van de WAC-pilot Amersfoort
- Rineke Bakhuis en de mentoren van Timon/Talita
- Thérèse Suidman, Liesbeth Bouwman en de gezinscoaches van Vitras/CMD
- Theo Hettema, José Luimes en de gezinswerkers van '10' voor Toekomst van het Leger des Heils
- Monique Kamphuis, Marga Reinders en de gezinswerkers van Hulp aan Huis
- Marijke Bosma, Cecile ter Beek en de intermediairs van het project Wisselgeld van de gemeente Nieuwegein
- Caroline Sarolea, Rachida Ibrahim en de vertrouwenspersonen van Tussen in van Al Amal.

Frouke Sondejker, Laura de Koning en Suzan van Dijk worden hartelijk bedankt voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport.

Gerard Achterberg en Nanja Willemsen van de provincie danken we hartelijk voor hun inhoudelijke betrokkenheid. De provincie heeft een begeleidingsgroep samengesteld die niet alleen constructief meedacht over het onderzoek maar ook over de implicaties voor de praktijk. Waarvoor dank. De groep bestond, naast Gerard en Nanja, uit de volgende personen:

- Hans Attema (Altrecht)
- Bas Bijl (PI-research)
- Marijke Bosma (gemeente Nieuwegein)
- Ans van de Maat (De Rading)
- José Schmink (gemeente Amersfoort)
- Thérèse Suidman (Vitras/CMD)
- Martin Wisselink (gemeente Utrecht)

Het onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door het programma Utrechtse Jeugd Centraal van de Provincie Utrecht



provincie  *Utrecht*

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Dankwoord	6
Inhoud	8
1. Inleiding	10
1.1 Wraparound care.....	11
1.2 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoeksprogramma.....	14
1.3 Leeswijzer.....	14
2 Onderzoeksopzet	15
3 Resultaten	17
3.1 De pilots wraparound care.....	17
3.1.1 Achtergrond	17
3.1.2 De werkwijze van wraparound care in de praktijk	18
3.1.3 De wraparound care gezinswerker	20
3.1.4 De organisatorische context van wraparound care	22
3.1.5 Documentanalyse	23
3.2 Ontwikkeling van bestaande methodieken op basis van wraparound care.....	24
3.2.1 De pilot 'Eén kind, één plan'	24
3.2.2 Begeleid zelfstandig wonen van meiden en tienermoeders	27
3.2.3 Documentanalyse	28
3.3 Vergelijking van vier bestaande methodieken met wraparound care.....	29
3.3.1 Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (Hulp aan Huis).....	30
3.3.2 '10' voor Toekomst	30
3.3.3 Gezinscoaching	31
3.3.4 Tussen In	32
3.3.5 Documentanalyse	32
3.4 Het project wisselgeld.....	34
3.5 Vergelijking van alle initiatieven.....	36
3.6 Enquête onder gezinswerkers en professionals	40
3.7 Lessen uit de Verenigde Staten.....	42
3.8 Lessen op basis van groepsbijeenkomsten	45
4 Wraparound care; het Nederlandse model	51
4.1 Wraparound care als metamethodiek.....	51
4.2 Missie, theoretische verankering en visie op hulpverlening.....	52
4.3 Principes herzien	53
4.4 Organisatorische inbedding	62
5 Conclusie	65
5.1 Terugblik.....	65
5.2 Hoe nu verder?	67
Bijlage 1. Overzicht deelrapporten	71
Bijlage 2. Veel gestelde vragen	77
Bijlage 3. Overzicht initiatieven	77

1. Inleiding

Om een nieuwe en meer werkzame visie te ontwerpen op de zorg voor gezinnen, kinderen en jongeren werd door de provincie Utrecht in 2007 een tweedaagse bijeenkomst georganiseerd voor bestuurders, beleidsmakers en managers van alle instellingen die met ouders en kinderen werken. Met grote eenstemmigheid zijn daar drie gezamenlijke beleidsuitgangspunten geformuleerd (Provincie Utrecht, 2008):

- Het kind centraal: organiseren en handelen met het kindbelang als uitgangspunt
- Empowerment als grondslag voor hulpverlening
- Werken met bewezen effectieve interventies door professionals die een partnerschap met cliënten aangaan.

Op basis van deze uitgangspunten is een omvangrijk provinciaal programma, Utrechtse Jeugd Centraal (UJC) opgezet. Eén van de onderdelen van het programma was het ontwikkelen van een nieuwe aanpak voor gezinnen met meerdere problemen. In 2009 zijn daarom in de steden Utrecht en Amersfoort pilots ingericht die zijn geïnspireerd door de principes van het in Nederland ontwikkelde IPT- model (Intensieve Pedagogische Thuishulp, Hermanns, Mulder en Mordang, 2002) en het *wraparound care*-model uit de VS en Canada (Bruns, et al., 2004). In deze *wraparound care*-pilots werkten gezinswerkers uit verschillende organisaties op een intensieve en onorthodoxe manier samen met multi-probleem gezinnen met als doel hen weer greep te laten krijgen op hun leven. Het Lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht heeft deze pilots met handelingsgericht onderzoek ondersteund.

Nadat de pilots van start waren gegaan en het onderzoek was begonnen bleek dat er in de provincie al verschillende initiatieven bestonden die integrale ambulante hulp boden aan gezinnen met een opeenstapeling aan problemen. Deze methodieken, programma's en projecten vertoonden verwantschap met *wraparound care*. Er is toen besloten om de initiatieven bij het onderzoek te betrekken en hun werkwijze te toetsen aan de principes van *wraparound care*. Uiteindelijk hebben negen initiatieven zich bij het onderzoeksprogramma aangesloten;

Twee pilots *wraparound care*:

1. De pilot *wraparound care* in de gemeente Utrecht (WAC-Utrecht)
2. De pilot *wraparound care* in de gemeente Amersfoort (WAC-Amersfoort),

Twee methodieken die zich wilden ontwikkelen op basis van de *wraparound care*- principes:

3. De pilot 'Eén kind, één plan' van de provincie Utrecht
4. 'Talita', een programma voor begeleid zelfstandig wonen voor tienermoeders en kwetsbare meisjes van stichting Timon

Vier bestaande, gedocumenteerde methodieken:

5. 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling' aangeboden door het samenwerkingsverband 'Hulp aan huis'
6. 'Tien voor toekomst' van het leger des Heils
7. 'Gezinscoaching' van Vitras/CMD en Zuwe zorg
8. Het project 'Tussen-in' van Al Amal.

En één methodiek in ontwikkeling waarin de wraparound care-principes niet leidend zijn:

9. Het project 'Wisselgeld' van de gemeente Nieuwegein voor gezinnen met een Roma-achtergrond.

De verschillende initiatieven hebben zich in de herfst van 2010 verenigd in een kennisplatform wraparound care. Dit platform en het onderliggende onderzoeksprogramma zijn gesubsidieerd door de provincie Utrecht. De resultaten van het onderzoek zijn te lezen in dit rapport.

1.1 Wraparound care

Probleemanalyse

Zorg is in Nederland nog steeds in hoge mate gespecialiseerd en geïnstitutionaliseerd. We denken vanuit een expertmodel waarbij voor elke specifieke kwaal een professionele remedie en voor elk probleem een professionele 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 het doolhof van voorzieningen, maar de kans is groot dat de juiste vorm van hulp wordt gevonden. Uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Zeijl e.a., 2005) blijkt dat verreweg de meeste ouders uiteindelijk de juiste hulp voor problemen met hun kinderen weten te vinden. 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. Elk van deze professionals 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 bestaan. Versnipperde en verkokerde hulp vormt dan een extra probleem in plaats van de oplossing. Terwijl onderzoek heeft uitgewezen dat wanneer er problemen bestaan op 4 of meer verschillende levensgebieden, zoals werk, financiën, wonen en gezondheid, het risico juist groot is dat een gezin de regie over het leven kwijt raakt (Hermanns 1998). Dit is ook het moment waarop veiligheidsrisico's ontstaan (Brown et al, 1998).

Naar aanleiding van deze constatering zijn overal in Nederland, zowel op lokaal, regionaal als landelijk niveau in beleid én uitvoering, pogingen ondernomen om hulp- en dienstverlening beter af te stemmen en te coördineren. Zorgadviesteams op scholen, projecten 'Eén kind, één plan' en de Centra voor Jeugd en Gezin zijn hiervan voorbeelden. Om mensen en gezinnen met een opeenstapeling van problemen adequate hulp te bieden en uithuisplaatsing van kinderen te voorkomen zijn bovendien verschillende vormen van intensieve ambulante thuisbegeleiding ontstaan. In plaats van verschillende hulpverleners die langs elkaar heen werken is er één professional die 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 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling', 'Gezinscoaching' en "'10' voor Toekomst'.

Een veel belovende benadering

Een veelbelovend model voor samenhangende hulpverlening is 'wraparound care'. Het is mede gebaseerd op de kenmerken van effectieve interventies van de databank van de universiteit van Colorado en wordt in de VS breed toegepast. Oorspronkelijk is het ontworpen als vorm van casemanagement om de hulp aan gezinnen met complexe problemen beter te organiseren. Inmiddels is het uitgegroeid tot een visie op ondersteuning van mensen met ernstige, meervoudige en chronische problemen.

Wraparound care slaat een brug tussen zorgcoördinatie en gezinsbegeleiding.

Een steeds terugkerend fenomeen in 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. Het model werkt met één centrale '*professional friend*' die samen met het gezin een samenhangend toekomstgericht plan maakt en gezinsleden helpt om daar regie over te voeren. Het gezin staat centraal en de uitvoerende professionals krijgen meer regelruimte en verantwoordelijkheid. Hierdoor kunnen zij de noodzakelijke afstemming en integraliteit van dienstverlening realiseren.

Wraparound care werkt vraaggestuurd, thuisnabij, systeemgericht, doelgericht, planmatig en integraal en helpt het cliëntsysteem verantwoordelijk te worden voor het veranderingsproces. 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. Buiten het gezin om worden echter geen acties 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 wraparound care ook wel bloemaanpak genoemd. Het gezin en de gezinswerker die het gezin ondersteunt vormen het hart van de bloem. De mensen, professionals en instanties daaromheen, die het gezin helpen om hun doelen te verwezenlijken, zijn 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. De inbreng van verschillende betrokkenen wordt door middel van één integraal gezinsplan op elkaar afgestemd. Dit plan bevat concrete doelen van het gezin en wordt uitgevoerd in de eigen leefsituatie. Op deze manier wordt de benodigde steun geïmporteerd in het gezinsleven in plaats van dat problemen worden geëxporteerd naar specialistische hulp daarbuiten.

Doel en doelgroep

Het wraparound care-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. Het doel van het model is dat deze gezinnen weer greep krijgen op hun leven zodat het 'gewone leven' kan worden hersteld, ook wel herstel van zelfregulatie genoemd. De principes kunnen echter toegepast worden op alle vormen van hulp- en dienstverlening en op alle doelgroepen. Een afgebakende definitie van de doelgroep van wraparound care is ongewenst. Het versterkt verkokering en vergroot de kans dat gezinnen tussen wal en schip vallen. Dat is nou juist wat het model tegen wil gaan.

Wraparound care-principes

De tien door Bruns en zijn collega's in de Verenigde Staten geformuleerde principes van wraparound care vormden het uitgangspunt voor de pilots en de basis voor de vergelijking van de andere initiatieven (Bruns, et al., 2004).

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.

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.

1.2 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma had als doel om de hulp aan multiprobleem gezinnen in de provincie Utrecht zo te verbeteren dat steeds meer gezinnen weer greep krijgen op hun leven door het ontwikkelen van een transparant aanbod van thuisnabije, integrale hulp gericht op empowerment van het gezin (Schamhart, 2010). Om dit te bereiken zijn er pilots en projecten onderzocht die tot doel hadden om de principes van wraparound care in de praktijk te brengen. Bovendien is van een aantal bestaande projecten en methodieken bepaald in hoeverre de principes van wraparound care er in te herkennen zijn. Voor alle bij het onderzoeksprogramma betrokken initiatieven is bepaald in welke mate ze vormgeven aan wraparound care en wat vanuit dat perspectief de kracht en ontwikkelingsrichting zijn.

De volgende vragen waren leidend (Schamhart, 2010):

- Hoe kan het wraparound care-model in de provincie Utrecht worden geconcretiseerd en op een effectieve en theoretisch onderbouwde wijze worden toegepast?
- Welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?
- Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen diverse in Utrecht toegepaste vormen van thuisnabije, integrale, systeemgerichte en vraaggestuurde vormen van gezinsbegeleiding gericht op empowerment van het gezin?
- Wat zijn hierin de meest effectieve praktijken of “best practices”?
- Wat zijn de organisatorische randvoorwaarden voor toepassing van het wraparound care-model in de provincie Utrecht?

1.3 Leeswijzer

Nadat in hoofdstuk twee de opzet van het onderzoek kort wordt besproken, staan in hoofdstuk drie de belangrijkste resultaten beschreven. Hierin worden achtereenvolgens lessen getrokken naar aanleiding van de wraparound care pilots (3.1) en naar aanleiding van de toepassing van de wraparound care-principes op bestaande methodieken (3.2). In paragraaf 3.3 worden de vier bestaande methodieken vergeleken en inzichtelijk gemaakt in welke mate de 10 wraparound care-principes er in kunnen worden herkend. Nadat in paragraaf 3.4 het project wisselgeld gepresenteerd wordt, worden in 3.5 alle negen initiatieven met elkaar vergeleken en wordt aangegeven wat ze van elkaar kunnen leren ten aanzien van de 10 principes van wraparound care. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de bevindingen uit de enquête (3.6), lessen uit de Verenigde Staten (3.7) en overige lessen (3.8).

In hoofdstuk 4 wordt het wraparound care model beschreven zoals dat op basis van de resultaten van het onderzoeksprogramma kan worden herzien en aangescherpt. Het model wordt opgevat als een metamethodiek (4.1), de missie van wraparound care wordt beschreven (4.2) en de wraparound care principes worden opnieuw geformuleerd zodat ze beter aansluiten bij de Nederlandse context (4.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de organisatorische inbedding.

Het slothoofdstuk, hoofdstuk 5, bevat een discussie van de opbrengsten van het onderzoek en een blik op de toekomst.

2 Onderzoeksopzet

Het onderzoeksprogramma heeft bestaan uit een groot aantal deelonderzoeken waarbij gebruik is gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Het belangrijkste deel van het onderzoeksprogramma is te typeren als ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek: kwalitatief onderzoek waarbij onderzoekers en onderzochten nauw samenwerken om het handelen in de praktijk te verbeteren. Het programma is ingericht als leerwerkgemeenschap. Onderzoekers, werkers, beleidsmakers en studenten kwamen in wisselende samenstelling bij elkaar om kennis over de theorie en praktijk van wraparound care met elkaar uit te wisselen en te ontwikkelen.

De belangrijkste vorm die hierbij gekozen is, is die van 'Best Practice Units' (BPU): een serie bijeenkomsten waarin professionals en onderzoekers samen aan de hand van een vraagstelling reflecteren op de praktijk van de hulpverlening met als doel om deze te verbeteren. Daarnaast vond reflectie en analyse plaats tijdens bijeenkomsten van het kennisplatform, de begeleidingsgroep en het programmateam. In het kennisplatform waren alle praktijkinitiatieven vertegenwoordigd. In de begeleidingsgroep zaten vertegenwoordigers van de provincie, gemeenten en zorgaanbieders en had een onderzoeker zitting. Het programmateam bestond uit alle betrokken onderzoekers. In de leerwerkgemeenschap die zo ontstond vervulden de onderzoekers de rol van procesbegeleider, kennismakelaar en *'critical friend'*.

De werkwijze is geïnspireerd door het concept van 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. Waar mogelijk is gebruik gemaakt van een waarderende benadering waarin werd gezocht naar positieve praktijken en naar mogelijkheden om deze te versterken. De op deze manier ontwikkelde kennis werd door de onderzoekers beschreven en aan het werkveld voorgelegd.

De nadruk van het hele programma lag dus op 'ontwikkeling'. Hierbij was het wraparound care-model, afhankelijk van het betreffende initiatief, uitgangspunt of inspiratiebron. Tijdens het onderzoek zijn theorie en praktijk steeds op elkaar betrokken en hebben ze elkaar beïnvloed. Hierdoor zijn zowel de theorie als de praktijk ontwikkeld.

Het onderzoek naar de twee pilots wraparound care, dat gericht was op methodiekontwikkeling, is qua tijd en inzet het meest intensief geweest. Net als het ontwikkelingsgerichte onderzoek naar de pilot 'Eén kind, één plan' is het voorafgegaan door een vooronderzoek. Er zijn ook afzonderlijke rapporten over verschenen. De resultaten worden in dit rapport samengevat.

Daarnaast zijn de betrokken initiatieven met elkaar vergeleken en is bepaald in hoeverre de principes van wraparound care in hun werkwijzen te herkennen zijn. Hiervoor is gebruik gemaakt van een documentanalyse met behulp van een beoordelingsprotocol. Er is daarbij niet alleen gelet op de wraparound care-principes genoemd worden maar ook op of ze geconcretiseerd worden in praktische methodiek of instrumentarium. Op basis van deze analyse heeft elk initiatief voor elk van de 10 principes een score gekregen: 0, 1 of 2. De score 0 betekent dat er in de methodiek of werkwijze zoals beschreven niet aan het desbetreffende principe wordt gerefereerd. De score 1 betekent dat er aan wordt gerefereerd en de score 2 dat er expliciet aan wordt gerefereerd en dat aannemelijk wordt gemaakt dat het in de werkwijze praktisch wordt geconcretiseerd. De scores van elk initiatief zijn visueel gepresenteerd in

een spinnenwebdiagram. De scores betreffen de werkwijzen en methodieken zoals beschreven. Dit kan afwijken van de praktijk. Voor de overall vergelijking van alle 9 initiatieven zijn aanvullend op de documentanalyse ook andere onderzoeksresultaten betrokken, zoals deelonderzoeken van studenten en lessen uit gezamenlijke bijeenkomsten

Tevens is er een enquête uitgevoerd onder de gezinswerkers van alle initiatieven om te achterhalen in hoeverre gezinswerkers de principes van wraparound care onderschrijven en toepassen in hun werk. Deze bestond uit twee delen: een operationalisatie van de tien principes van wraparound care in de vorm van 61 stellingen met een 6 puntsschaal aangevuld met een aantal achtergrondvragen en open vragen naar succeservaringen.

Naast het handelingsonderzoek, de documentanalyse en de enquête heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden naar onderzoek dat in de Verenigde Staten is uitgevoerd. Hierdoor is het mogelijk om in Nederland rekening te houden met de lessen die in de Verenigde Staten al zijn getrokken. Bovendien zijn er binnen alle initiatieven deelonderzoeken uitgevoerd. Deze deelonderzoeken verschilden qua vraagstelling, doelstelling, omvang en diepgang, maar hadden met elkaar gemeen dat ze allen een bijdrage hebben geleverd aan het vergroten van de kennisbasis over wraparound care in de provincie Utrecht. Sommige zijn uitgevoerd door docent-onderzoekers, andere door (groepjes van) studenten uit verschillende studierichtingen en in verschillende fases van hun studie. Deze onderzoeken bestonden voornamelijk uit literatuurstudie, (groeps) interviews en enquêtes. Van alle deelonderzoeken zijn interne rapportages verschenen. Voor een overzicht hiervan zie bijlage 1.

In september 2010 is er een promotieonderzoek gestart naar de effectiviteit en organisatorische inbedding van wraparound care. De resultaten hiervan worden voorzien in 2014.

3 Resultaten

3.1 De pilots wraparound care

Dit hoofdstuk met resultaten start met de beschrijving van de lessen naar aanleiding van de pilots wraparound care. Allereerst wordt in 3.1.1 de achtergrond van de pilots geschetst en de manier waarop ze zijn ingericht. Vervolgens wordt in 3.1.2 ingegaan op de werkwijze van de gezinswerker: de manier waarop ze de wraparound care-principes in de praktijk hebben gebracht, waar men tegenaan liep en wat daar uit geconcludeerd kan worden. Paragraaf 3.1.3 gaat in op de belangrijke rol van de gezinswerker. Tot slot worden in 3.1.4 lessen verwoordt over de bestuurlijke en organisatorische context.

3.1.1 Achtergrond

In de context van het provinciale vernieuwingsprogramma van Utrechtse Jeugd Centraal zijn er tussen 2009 en 2011 twee pilots uitgevoerd waarin het wraparound care-model centraal stond. De pilots zijn bekend onder de naam WAC-pilot Utrecht en WAC-pilot Amersfoort. De pilots kenden een verschillende opzet.

In Utrecht is aangesloten bij de al bestaande wijkgerichte organisatie van hulpverlening en welzijnswerk. Werkers en begeleiders van de organisaties Stade, Portes en Cumulus zijn binnen hun bestaande teams aan de slag gegaan met het wraparound care-model. De drie werkbegeleiders zaten samen met vertegenwoordigers van Bureau Jeugdzorg, Maatschappij Zandbergen en het Jeugd Advies Team (JAT) in het zogenaamde 'doorbraakteam'. Het JAT selecteerde gezinnen voor deelname aan de pilot.

In Amersfoort zijn er ten behoeve van de pilot vijf medewerkers geselecteerd uit het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), die samen met de projectleider/werkbegeleider het multidisciplinair team vormden, genaamd het Menskracht team. De vijf leden zijn uitgeleend door de moederorganisaties Bureau Jeugdzorg, Maatschappij Zandbergen, SoVee en Mee. Tot oktober 2010 zat er ook iemand van het Riagg in dit team, deze is in januari 2011 vervangen door iemand van Centrum Maliebaan. Dit team selecteerde zelf gezinnen en had het mandaat gekregen te handelen in afwijking van geldende regels indien nodig.

Beide pilots hadden een externe onafhankelijke projectleider. De twee projectleiders hadden regelmatig contact met elkaar en organiseerden gezamenlijke activiteiten om het werken volgens de wraparound care-principes in beide pilots te stimuleren.

Het verschil in opzet tussen de pilots heeft geleid tot verschillen in uitvoering van het model. Doordat in Utrecht de gezinswerkers vanuit hun eigen organisatie zijn blijven werken, en ze minder contact met elkaar hadden dan de werkers in het Menskrachtteam, zijn de verschillen qua aanpak tussen de teamleden in Utrecht groter gebleven dan in Amersfoort. Dit werd versterkt doordat in Utrecht de organisaties bleven werken met hun eigen methodiek terwijl er in Amersfoort voor is gekozen gezamenlijk een nieuwe werkwijze te ontwikkelen. Uit de twee geheel verschillende processen die de pilots hebben doorgemaakt, is zijn een aantal lessen te trekken ten aanzien van de werkwijze, de werker en de context.

De pilots zijn in 2009 en 2010 door hogeschool Utrecht ondersteund met behulp van ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek in de vorm van Best Practice Units (BPU, zie H.2). Het vooronderzoek liep van september tot en met december 2009, het handelingsonderzoek van januari tot december 2010. In Utrecht waren er twee BPU's: één met alle gezinswerkers en één met hun werkbegeleiders. In Amersfoort bestonden de BPU's uit het hele menskrachtteam. Elke BPU werd geleid door een onderzoeker van de Hogeschool. Deze onderzoeker werd soms vergezeld door student-onderzoekers. Aan de BPU's is vooronderzoek voorafgegaan (verwijzing). De (concept) rapporten zijn geschreven in het voorjaar van 2011.

De omvang van de pilots

In de WAC-pilots Utrecht en Amersfoort zijn jaarlijks meer dan 100 gezinnen begeleid. In Utrecht werkten ongeveer zeven gezinswerkers (twee van Stichting Stade, twee van Cumulus en drie van Portes) die in totaal per jaar ruim 75 gezinnen in begeleiding hebben gehad. In Amersfoort werkten ongeveer vijf werkers die per jaar met elkaar gemiddeld 35 gezinnen hebben begeleid. De meeste gezinswerkers werkten ongeveer 24 uur per week. Eén werker had een caseload van 3 a 4 gezinnen. Dit betekent dat per gezin per week zes tot acht uur beschikbaar was waarvan de helft daadwerkelijk werd doorgebracht in het gezin en de andere helft werd besteed aan bellen en overleggen met netwerkpartners, werkoverleg, intervisie, onderzoek en scholing. Een traject duurde gemiddeld tien maanden.

3.1.2 De werkwijze van wraparound care in de praktijk

Zoals in hoofdstuk 1 is verwoord, is het wraparound care-model meer een visie op hulpverlening dan een geprotocolleerde interventie of methodiek. De abstractie van het model is zowel belemmerend als bevorderend gebleken voor de toepassing ervan. Werkers herkennen zich snel in de uitgangspunten of basisprincipes, maar denken daardoor vaak ten onrechte deze al toe te passen. Dit laatste staat een correcte uitvoering van wraparound care in de weg en is dus een aandachtspunt voor de toekomst. Aan de andere kant is het model breed toepasbaar en goed te combineren met veelgebruikte methodieken, mits deze ingebed zijn in de wraparound benadering.

Het model leent zich ervoor om ook andere relaties vorm te geven waarmee een gezinswerker te maken krijgt. Denk hierbij aan de relatie met de werkbegeleider of die met andere professionals in een gezin. Dit is een meerwaarde van wraparound care.

In de pilots is het werken volgens de wraparound care-principes alleen toegepast bij de zogenaamde multiprobleemgezinnen. Dit is gedaan omdat in deze gezinnen de meerwaarde van het wraparound care-model het best tot zijn recht komt.

Vanaf de start dient de gezinswerker te werken volgens de tien principes van wraparound care. Zo dient er direct vanaf het begin in overleg met het gezin nagedacht te worden over wie er bij een intakegesprek aanwezig moeten zijn. Vervolgens is het als gezinswerker belangrijk je te positioneren, zowel ten opzichte van het gezin als ten opzichte van andere professionals waarmee het gezin te maken heeft. Hierbij staat samenwerken volgens de wensen van het gezin voorop.

Als er sprake is van een doorverwijzing of gedwongen kader is het belangrijk dat de verwijzer of gezinsvoogd aanwezig bij het eerste gesprek. Deze kan aangeven aan welke doelen het gezin volgens het bevoegd gezag zou moeten werken. De gezinswerker kan het gezin ondersteunen bij het verhelderen en concretiseren hiervan en speelt zo nodig een mediërende rol tussen de vertegenwoordiger van het gezag en het gezin.

Desgewenst kan de werkbegeleider aanwezig zijn bij het eerste contact om de werkwijze uit te leggen en een risicotaxatie te maken van onveiligheid voor gezinsleden en werker. Een dergelijke risicotaxatie is uiterst belangrijk. Als de aanwezige professional(s) de situatie in het gezin als onveilig inschat(ten) is dit het eerste onderwerp dat hij met het gezin dient te bespreken en waaraan moet worden gewerkt. Als dit, om de een of andere reden, niet kan, dient de professional dit te melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en moet de hulpverlening worden gestopt.

De doelen en ieders aandeel hierin staan beschreven in het gezinsplan. Dit 'plan op de keukentafel' is het instrument van het gezin om hun ontwikkeling te volgen en afstemming tussen verschillende hulpverleners te bewerkstelligen. Zo worden kleine successen inzichtelijk, wat motiverend

werkt, en weet iedereen waar hij aan toe is. Belangrijk is dat de doelen zoveel mogelijk door het gezin zelf worden geformuleerd. In de praktijk van de pilots was dit niet altijd het geval en bestond het gezinsplan soms uit een klassiek hulpverleningsplan.

Het betrekken en versterken van het sociale netwerk om een gezin heen, helpt het gezin op termijn verder te kunnen met minder of misschien zelfs zonder professionele hulpverleners. Het is belangrijk om hier vanaf de start van een traject aan te werken door familie en kennissen te betrekken bij het maken, uitvoeren en monitoren van het gezinsplan.

Een gezinswerker: *"Het verschil met vroeger is subtiel. We pakken nog steeds praktische problemen concreet aan, en helpen bijvoorbeeld het huis op te ruimen, maar alleen als de gezinsleden dat nadrukkelijk willen en altijd samen met hen, zodat ze het de volgende keer zelf kunnen."*

Een werkbegeleider in de WAC-pilot Utrecht:
"Het leek ons niet zo'n goed idee om de gezinnen waar wij mee werken uit te nodigen bij het zorgoverleg. Weet je, ze drukken zich vaak niet zo subtiel uit.... We willen onze netwerkpartners niet tegen ze in het harnas jagen. Het pakte toch goed uit. Doordat het gezin aanwezig was ontstond er een andere dynamiek en kwamen de hulpverleners sneller to the point."

Samenwerken met andere disciplines, zoals schuldhulpverleningsinstanties, woningbouwcorporaties en uitkeringsinstanties is een belangrijk onderdeel van wraparound care. Het kan echter lastig zijn om samen te werken met instanties die niet volgens de principes van wraparound care werken. Een les uit de pilots is dat de wraparound werkwijze onder de aandacht moet worden gebracht van samenwerkingspartners. Dit kan vanuit individuele contacten rondom een gezin, maar ook meer structureel door het informeren en coachen van professionals van instanties waar gezinnen mee te maken kunnen hebben. Dit kan alle levensgebieden en sectoren betreffen: werk en inkomen, wonen, gezondheid, school en opleiding, opvoeding, vrije tijd, politie en justitie. Zie hiervoor ook de lessen over de context.

Hoe de tien principes van wraparound care onder andere op basis van de lessen uit de pilots Utrecht en Amersfoort kunnen worden aangescherpt leest u verder in Hoofdstuk 4.

3.1.3 De wraparound care gezinswerker

De persoon van de gezinswerker is een belangrijke succesfactor binnen wraparound care. De benadering staat of valt met de professional en de werkrelatie die hij met het gezin weet aan te gaan. Om wraparound care goed uit te voeren is het nodig dat de werker geen specialist maar een generalist is die expert is van het 'gewone leven'. Om als gezinswerker volgens de wraparound care-principes te werken, dient deze:

- Te vertrouwen op 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 'herstel van zelfregulatie' en dit actief en aantoonbaar uitdragen;
- Aantoonbaar in staat te zijn 'naast' het gezin te staan, dat wil zeggen niet te oordelen over het gezin, niet de problemen van het gezin over te nemen maar het gezin vanuit gelijkwaardigheid te steunen;
- Praktisch te zijn en resultaatgericht te kunnen werken;
- Stressbestendig te zijn;
- In staat en bereid te zijn tot voortdurende reflectie op het eigen handelen en
- Intensieve begeleiding en intervisie toe te staan, daar gebruik van te maken en zich zo door te ontwikkelen.

Belangrijke competenties van een wraparound care-gezinswerker zijn verder creativiteit en flexibiliteit. Het is essentieel dat de gezinswerker in staat is 'te doen wat nodig is', dat wil zeggen dat hij in staat moet zijn zelfstandig af te wegen welke specifieke interventies in de gegeven situatie, bij de cliënt, op dit moment toepasbaar en effectief zijn. Daarbij kan hij niet altijd teruggevallen op gangbare interventies en is onorthodox ingrijpen soms noodzakelijk. Gezien de complexiteit van de problematiek van de gezinnen en de verkokering van de hulpverlening zijn geduld en doorzettingsvermogen ook belangrijk voor een wraparound care-gezinswerker. Uit de pilots komen op het niveau van de gezinswerker zowel belemmerende als bevorderende kenmerken naar voren.

Een gezinswerker: *"We moeten echt op onze handen zitten. Vroeger was daar geen tijd voor, want de doelen moesten binnen een paar weken gerealiseerd zijn. Nu hebben we meer tijd en krijgen mensen de kans om dingen op te pakken op hun eigen manier en op hun eigen tijd"*

Bevorderend voor handelen volgens wraparound care

Ervaring

Gemakkelijk schakelen tussen verschillende interventies, methoden en technieken

Niet snel uit het veld geslagen zijn

Zelf expert van het gewone leven zijn

Kennis en vaardigheden

Recente grondige kennis over de principes van wraparound care

Coachingsvaardigheden

Kennis van de sociale kaart

Breed gedragsrepertoire

Houding en overtuigingen

Vertrouwen in kracht van gezin
Positief kiezen voor wraparound care
Zin in nieuwe uitdaging
Leergierig
Pioniersmentaliteit
Teamgeest

Rolopvatting en identiteit

Belangrijkste rol van een hulpverlener is de ander helpen zichzelf te helpen

Belemmerend voor handelen volgens wraparound care

Ervaring

Denken dat je al weet hoe het moet; daardoor sta je minder open voor verandering.

Kennis en vaardigheden

Oppervlakkige en onvolledige kennis over het wraparound care-model

Houding en overtuigingen

“Dit doen wij al lang”

“Dit kan mijn doelgroep niet”

“Het moet van de provincie of van de HU”

“Ik weet beter wat goed is voor dit gezin dan het gezin zelf”

“Mijn doelgroep heeft geen (constructief) sociaal netwerk”

Rolopvatting en identiteit

Belangrijkste rol van een hulpverlener is hulp verlenen

Een aantal van de hierboven genoemde belemmerende overtuigingen zijn hardnekkige reflexen. Door in de BPU's hierop te reflecteren en in de praktijk te experimenteren met nieuw gedrag hebben de meeste werkers in de loop van de pilots ervaren dat:

Een gezinswerker: *“We waren gewend om snel dingen te regelen voor onze cliënten. Dat was een goede manier om hun vertrouwen te winnen. Nu vragen we standaard: hoe zou je dit zelf aan kunnen pakken? Dat vinden ze weleens irritant”.*

- Wraparound care wel degelijk verschilt van de oude praktijk
- Ook gezinnen met de meest weerbarstige problematiek regie kunnen voeren over hun eigen situatie en een constructief gesprek kunnen voeren met professionals
- Coachen en ondersteunen gezinnen beter helpt om hun greep op het leven te versterken dan helpen en overnemen.
- Er geen relevante doelen zijn behalve de doelen van de cliënt zelf, behalve als de veiligheid in het geding is of de wet wordt over-

treden.

- Iedereen iemand heeft die hem steun geeft en dat een ‘destructief netwerk’ een relatief begrip is.

3.1.4 De organisatorische context van wraparound care

Verschillen in opzet – voor en nadelen

De pilots in Utrecht en Amersfoort waren, zoals eerder al genoemd, verschillend georganiseerd. Beide constructies hebben voor- en nadelen. Het voordeel van de constructie in Utrechts was dat er meer wijkgericht kon worden gewerkt en de binding met de bestaande organisatie sterker bleef gedurende de pilot. Hierdoor was het relatief gemakkelijk om na afloop van de pilot de werkwijze structureel in te bedden in het bestaande zorgaanbod van de gemeente Utrecht. Nadeel was dat er verschillen waren in de aansturing en in de mate waarin werkers werden gestimuleerd om met vernieuwingen te experimenteren. Het voordeel van de constructie in Amersfoort was dat er een sterk, innovatief, multidisciplinair team kon ontstaan. Door intensieve kennisuitwisseling werd de werkwijze geharmoniseerd en ontstond er een groot onderling vertrouwen. In de praktijk blijkt het echter vanwege financiële redenen moeilijk om deze manier van werken op een structurele manier voort te zetten.

Gedeelde kennisbasis

In de pilots heeft het tijd gekost voordat helder werd waaruit de vernieuwingen konden bestaan die het wraparound care-model te bieden had. Men concludeerde dat wanneer het de ambitie is om op een consistente manier vanuit het wraparound care-model te werken, het aan te raden is om gezinswerkers en hun werkbegeleiders gezamenlijk een training te laten volgen, ook al zijn ze van mening dat ze de principes van het model al toepassen. Hierdoor start ook iedereen met dezelfde informatie wat eenduidigheid en teamgeest bevordert. Als werkbegeleiders de training eveneens volgen, kunnen zij de werkbegeleiding inrichten op een manier die congruent is met het wraparound care-gedachtegoed.

Werkbegeleiding

De werkbegeleider van gezinswerkers heeft twee belangrijke rollen. Allereerst het ondersteunen en ten tweede 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. De werkbegeleider kan empowerment van de gezinswerker versterken door ook bij de gezinswerker concrete positieve resultaten te herkennen en successen te programmeren. Met 'begrenzing' van de gezinswerker door de werkbegeleider wordt bedoeld op de verantwoordelijkheid van de werkbegeleider om het kader en de doelen van de hulpverlening te bewaken, te voorkomen dat een werker zich laat inzuigen in de gezinsproblematiek en om hem te helpen afstand te bewaren. De werkbegeleider dient er op toe te zien dat de veiligheid voor de gezinsleden en voor de gezinswerker gewaarborgd is. Bovendien is het zijn verantwoordelijkheid de hulpverlening te beëindigen als de doelen zijn bereikt, hulpverlening niet helpt of de situatie onveilig is en daar niet aan kan worden gewerkt.

Vereisten voor implementatie

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. Ervaring met vergelijkbare intensieve vormen van hulpverlening leert dat het wenselijk is op elke 10 fte gezinswerker één werkbegeleider te hebben.

Werken volgens het wraparound care-model met gezinnen met een opeenstapeling van problemen 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 spelen coaching, intervisie en supervisie een belangrijke rol. Het is

gewenst deze in te richten naar de principes van het wraparound care-model. Een ruim budget voor deskundigheidsbevordering zou dan ook deel moeten uitmaken van elk wraparound care-programma.

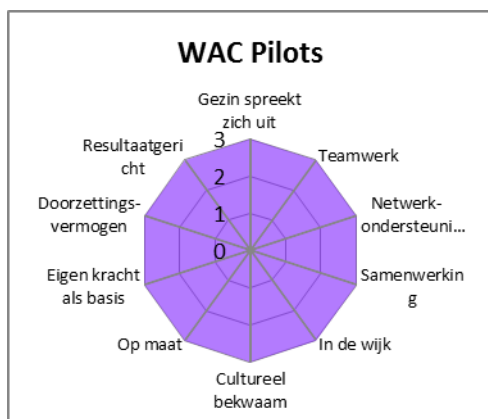
Samenwerking

De samenwerking met professionals uit andere organisaties is een essentieel maar kwetsbaar onderdeel van het model. De benadering veronderstelt dat collega-organisaties een deel van hun regie inleveren ten gunste van het gezin en tegelijkertijd maximaal flexibel zijn en hun discretionaire ruimte maximaal gebruiken. Dit is een proces dat uitdrukkelijk aandacht behoeft. Voor een soepele samenwerking tussen gezinswerkers en ketenpartners is het belangrijk dat ook laatstgenoemden voldoende bekend zijn met de doelen en werkwijze van het wraparound care-model. Het continu actief werken aan het draagvlak bij collega's en ketenpartners, bijvoorbeeld door het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten, gezamenlijke trainingen en coaching hoort integraal onderdeel te zijn van het elk wraparound care-programma. Toepassing van het wraparound care-model, zo is tijdens de pilot in de provincie Utrecht gebleken, is een continu proces waarin steeds weer nieuwe inzichten worden opgedaan en oude inzichten worden gedeeld en geïnternaliseerd.

3.1.5 Documentanalyse

Het wekt geen verbazing dat de tien wraparound care-principes goed herkenbaar zijn in alle documenten die over de WAC-pilots zijn verschenen. Daarom scoren de pilots op alle tien de principes maximaal. Dit uit zich in figuur 3.1 waarin de uitkomsten van de documentanalyse worden gepresenteerd

Figuur 3.1



Concluderend

De belangrijkste les van de pilots wraparound care is dat het mogelijk is gebleken om het wraparound care-model in Nederland toe te passen. De tien in de VS ontwikkelde principes bleken ook in Nederland een inspiratiebron te zijn bij het op onorthodoxe wijze vormgeven van steun aan gezinnen waarvan het leven ernstig ontregeld is. Eén gezinswerker die naast het gezin staat, daar veel aanwezig is, goed bereikbaar is, doet wat nodig is, buiten de kaders denkt, het hele netwerk betreft en doorzet

waar anderen op zouden geven. Deze manier van werken wordt op dit moment door veel betrokkenen in het Utrechtse jeugdveld als een waardevolle aanvulling van huidige hulpverlening beschouwd. Een andere les betreft de manier waarop de pilot is vormgegeven. De grote betrokkenheid van alle uitvoerende professionals en hun werkbegeleiders bij het toepassen van de principes van wraparound care maakte dat het niet bleef bij papieren intenties maar dat de werkers zich de nieuwe benadering al werkenderwijs eigen konden maken. De inbreng van docenten en studenten van de hogeschool zorgde regelmatig voor een scherp debat waardoor professionals gedwongen werden op hun handelen te reflecteren. De samenwerking maakte het tegelijkertijd mogelijk dat de theorie gegrond werd in de praktijk. De pilot in Utrecht is sinds het najaar van 2011 structureel ingebed en wordt uitgevoerd door het team 'Gezinsondersteuning' van Stichting Stade. Ook in Amersfoort vormt het Menskrachtteam op dit moment onderdeel van het reguliere zorgaanbod¹.

3.2 Ontwikkeling van bestaande methodieken op basis van wraparound care

Twee van de in het onderzoeksprogramma betrokken initiatieven hebben zich in hun ontwikkeling laten inspireren door de principes van wraparound care. Dit betreft de pilot 'Eén kind, één plan' die in het kader van de UJC is uitgevoerd en het ontwikkelingsproces dat zich binnen Talita heeft afgespeeld. Beide initiatieven zijn vanuit het lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht ondersteund door ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek. Vanuit het lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht ondersteund door ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek. In deze paragraaf worden lessen getrokken uit beide ervaringen.

3.2.1 De pilot 'Eén kind, één plan'

De pilot 'Eén kind, één plan' richtte zich op een vergelijkbare doelgroep als de pilots wraparound care: kinderen en de gezinnen waarin ze opgroeien hebben een meervoudige problematiek en de hulpverlening is gestagneerd door uiteenlopende problemen. In eerste instantie richtte de pilot zich op gezinnen waarbij een of meer van de kinderen in het gezin een indicatie hadden of zouden krijgen; een indicatie vanuit Bureau Jeugdzorg, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of GGZ. Deze kinderen zijn vaak al bekend bij diverse hulpverleningsinstanties. Het doel was om door één plan op te stellen met het gezin en betrokken instanties betere aansluiting van de hulpverlening te realiseren. Het gaat hier dus om het verbeteren van de zorg en hulpverlening door efficiëntere coördinatie. De principes van wraparound care waren in een enigszins aangepaste vorm, leidend in de pilot. Net als de pilots wraparound care is de pilot één kind één plan vanuit het lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht ondersteund door ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek. Het vooronderzoek liep van september tot december 2010, het handelingsonderzoek zelf van januari tot juni 2011.

De pilot bestond uit een aanmeldcoördinator die samen met het betreffende gezin inventariseerde welke professionals en instanties een rol speelden en deze uitnodigde voor een zorgoverleg. Tijdens dit overleg werd uit hun midden een 'regisseur' gekozen: de 'coördinator van zorg'. In dit hele proces

¹ Het menskracht team in Amersfoort heeft in december 2011 de Andre van Es prijs van GGZ – Nederland ontvangen voor hun voortrekkersrol in brancheoverschrijdende samenwerking.

stond het gezin centraal: zowel bij het bepalen van de locatie van het overleg, het bepalen wie er aan deel zouden nemen, het stellen van de doelen en de keuze voor de coördinator van zorg. Deze laatste werd vervolgens door de aanmeldcoördinator gecoacht.

De toegevoegde waarde van de pilot boven bijvoorbeeld zorgadviesteams op scholen, zorgoverleg binnen het CJG en het veiligheidshuis was dat nu *alle* circuits rond een gezin om de tafel zaten en niet werd gesproken *over* het gezin maar *met* het gezin. Het doel was om met al de betrokken partners één integraal gezinsplan te maken waarbij uit wordt gegaan van de kracht van het kind, het gezin centraal staat en zelf kiest welke professional de rol van coördinator op zich neemt.

Anders dan in de pilots wraparound care in Utrecht en Amersfoort had de coördinator van zorg niet automatisch een integrale taak in de uitvoering van de hulpverlening, tenzij hij of zij die taak oorspronkelijk al had. De belangrijkste taak vanuit één kind, één plan was: coördineren.

Gezamenlijk ontwikkelingsproces

Anders dan in de pilots wraparound care waren er vanuit de pilot Eén kind één plan geen extra middelen voorzien voor het gezamenlijke ontwikkelingsproces van de individuele professionals. Dit bemoeilijkte het proces. Medewerkers van een aantal betrokken organisaties vonden deelname aan de pilot tijdrovend en belastend. Afstemming van dienstverlening rond het gezin kost extra tijd. Participatie in de Best Practice Unit, waarin met elkaar onderzocht werd hoe er vanuit de wraparound care-principes kon worden samengewerkt met het gezin, had voor de meeste van hen geen prioriteit. Anders dan bij de WAC-pilots Utrecht en Amersfoort was voor hen de pilot 'Eén kind, één plan' niet de kern van hun werk. Ze participeerden slechts rond één of twee gezinnen in de pilot. De opkomst van de BPU-bijeenkomsten was daardoor relatief laag.

Ook waren er steeds andere professionals bij de pilot, en daardoor bij de ontwikkeling van de pilot betrokken. Het ging immers steeds om de professionals die al werkten rondom een specifiek gezin. Deze professionals werkten allemaal voor verschillende organisaties met verschillende visie op hulpverlening waarin verschillend belang werd gehecht aan de pilot 'Eén kind, één plan' en aan de principes van wraparound care.

Het is daarom niet verbazingwekkend dat het gedurende de relatief korte looptijd van de pilot niet is gelukt om een gedeelde werkwijze te ontwikkelen waarin door alle partijen consequent volgens het wraparound care-model werd gehandeld. Tijdens het half jaar waarin de BPU-bijeenkomsten plaats hebben gehad is hiertoe wel een aanzet gegeven. In de visie van de leden van de actieve werkgroep die de pilot begeleidde, zou samenwerking met 'ketenpartners' vanuit empowerment van het gezin een vanzelfsprekend onderdeel moeten zijn van alle zorg- en hulpverlening. Dat blijkt nog niet het geval en kan ook niet door één pilot worden bewerkstelligd.

Kansen en risico's van de pilot

In het kader van de pilot 'Eén kind, één plan' is er echter ook positief nieuws. Hulp vanuit de pilot is effectiever op elkaar afgestemd en is sterker aangesloten bij het perspectief van gezinnen. Diverse malen zijn leden van het sociale netwerk betrokken bij de plannen. Zo heeft de pilot een impuls kunnen zijn voor een vorm van hulpverlening waarbij de regie bij de cliënt ligt, zijn eigenkracht benut wordt, samenwerking vanzelfsprekend is en integraal, thuisnabij werken de norm. Zo lang niet alle organisaties en hun medewerkers werken vanuit deze visie op hulpverlening werken kleven er echter risico's aan de werkwijze van de pilot.

Professionals spreken vaak makkelijker elkaars taal dan die van de gezinnen waarmee ze werken. Daardoor bestaat de kans dat als een groep professionals met het gezin bij elkaar komt er meer met elkaar gesproken wordt dan met het gezin en dat hun perspectief de overhand heeft. De aanwezigheid van het gezin dwingt hen weliswaar om geen jargon te gebruiken en het gezin bij het gesprek te be-

trekken, toch bestaat het risico dat de coördinatie van zorg de invloed van het gezin ten opzichte van hulpverleners verkleint in plaats van vergroot.

Het kan voor een professional die al vanuit een bepaald vakgebied en met een bepaald doel met het gezin heeft gewerkt bovendien moeilijk zijn om zijn eigen perspectief of specialisme los te laten en de omslag te maken naar het integrale, sectoroverschrijdende perspectief van het gezin. Dit wordt bemoeilijkt door de menselijke neiging te denken dat het eigen perspectief op de werkelijkheid hét perspectief op de werkelijkheid is. Binnen het kennisplatform wraparound care is gebleken dat veel professionals in de veronderstelling leven al integraal en vraaggericht te werken. Het risico bestaat dat zij niet weten wat de verandering is die van hen wordt gevraagd.

Een ander risico is dat niet alle betrokken partners in dezelfde mate gericht zijn op empowerment en het werken met en versterken van de 'eigen kracht' van het gezin. De mate waarin de uiteindelijke hulp er aan bijdraagt dat het gezin daadwerkelijk weer greep krijgt op het leven hangt af van de visie, houding, competenties en professionaliteit van de betreffende werker en van de kwaliteit van de door hem gebruikte methodiek.

De nadruk binnen de pilot één kind, één plan lag op zorgcoördinatie. Om zorg te coördineren op een manier die recht doet aan het perspectief en de mogelijkheden van het gezin en hun sociale netwerk is het belangrijk dat de coördinatie door het gezin wordt voorbereid met één onafhankelijke gezinswerker. Dit geldt in het bijzonder als er sprake is van meervoudige en hardnekkige problematiek. In de pilot Eén kind, één plan waren verschillende overdrachtsmomenten, bijvoorbeeld tussen de ene coördinator die samen met het gezin en de betrokken professionals een plan opzette en de ander die de uitvoering monitorde. Dit pakt soms goed uit. Om continuïteit in de zorg te bewerkstelligen lijkt het echter gewenst dat één en dezelfde persoon het gezin ondersteunt bij het formuleren van hun doelen, betrekken van het netwerk en vervolgens begeleidt bij het realiseren van hun doelen waardoor ze weer greep krijgen op hun bestaan.

De pilot 'Eén kind, één plan' liep tot de zomer van 2011. Daarna zijn voorbereidingen getroffen om de systematiek in te bedden in lokale CJG's. Inmiddels wordt gesproken over één gezin, één plan en wordt door verschillende partijen gewerkt aan een 'handreiking coördinatie van zorg' die ook van toepassing is op niet geïndiceerde hulp. CJG's nemen de rol van aanmeldcoördinator over. Zij hebben de verantwoordelijkheid de noodzaak tot afstemming tussen professionals te signaleren en de bovengenoemde manier van werken te stimuleren. In geval van meerdere meldingen in de verwijzingsindex wordt de regietrap gevolgd. Als coördinatie niet spontaan tot stand komt heeft het CJG een wettelijke taak als procesmanager het initiatief te nemen bij de coördinatie van zorg.

Concluderend

De pilot 'Eén kind, één plan' was een provinciebrede impuls om beter samen te werken rond gezinnen met meervoudige problemen en het perspectief van het gezin daarbij centraal te stellen. Het is een verrijking vergeleken met de situatie waar nog veel langs elkaar heen wordt gewerkt door instanties uit verschillende sectoren. Omdat coördinatie belegd werd bij één van de al bij het gezin betrokken professionals was er sprake van olievlekwerking en kwamen er veel verschillende hulpverleners in aanraking met de principes van wraparound care. Dat was de kracht van de pilot. Tegelijkertijd bleek gedurende de pilot dat nog niet alle organisaties werken vanuit deze principes waardoor ze ook niet altijd allemaal konden worden gerespecteerd.

De pilot bracht aan het licht hoe belangrijk het is om de samenhang tussen de principes van wraparound care te doorgronden en uit te dragen. Het uiteindelijke doel is empowerment van het gezin. Coördinatie van zorg op zich is daarvoor geen voldoende voorwaarde. Integendeel, coördinatie van zorg kan empowerment in de weg staan als het gezin niet tegelijkertijd ondersteund wordt om zich uit te spreken, zijn eigen doelen te formuleren en regie te voeren over het hele proces.

Een verschil tussen pilot 'Eén kind, één plan' en de pilots wraparound care was dat in de eerst genoemde coördinatie van zorg en gezinsbegeleiding niet automatisch in één hand lag. Daardoor is de continuïteit van zorg niet gewaarborgd. Voordeel van de werkwijze is wel dat het gezin de coördinator van zorg kan kiezen die het al kent en waar het gezin het grootste vertrouwen in stelt. Bij gezinnen met complexe, weerbarstige problemen lijkt het echter verstandig om coördinatie en begeleiding in één hand te leggen van een onafhankelijke generalist die hiervoor voldoende tijd, middelen en competenties tot zijn beschikking heeft. Dit is de essentie van de wraparound care-benadering.

De ambitie van de pilot 'Eén kind, één plan' wordt nu doorgegeven aan de gemeentes en de CJG's. Daarbij is het verstandig om het gezamenlijk zoeken naar effectieve praktijken voort te zetten, de principes van wraparound care te betrekken en rekening te houden met de hierboven geschetste ervaringen, lessen en risico's.

3.2.2 Begeleid zelfstandig wonen van meiden en tienermoeders

Talita biedt jonge moeders en hun kind(eren) in de leeftijd van 16 tot 23 jaar begeleiding bij het zelfstandig wonen. Ook wonen er meisjes met psychische problematiek, persoonlijkheidsproblematiek of een ontwikkelingsstoornis. De meisjes en jonge moeders hebben niet eerder zelfstandig gewoond en daardoor weinig ervaring in het zorg dragen voor een adequate woonomgeving voor zichzelf en hun kind. Vanuit een appartementencomplex in Houten, waar de jonge moeders en meisjes verblijven, wordt er hulp geboden in de vorm van groeps- en individuele behandeling door zogenoemde 'mentoren'. Het doel is het zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren en zorg dragen voor het kind. De zorgcoördinatie ligt bij het team van Talita. Talita is onderdeel van Stichting Timon.

Talita is bezig haar dienstverlening in te richten volgens de principes van wraparound care. Sinds 2009 bestaat er een samenwerking tussen Talita en het Lectoraat werken in justitieel Kader van Hogeschool Utrecht waarbij de mentoren een training 'wraparound care' hebben ontvangen van Jo Hermanns en het team met elkaar onder begeleiding van een onderzoeker van de hogeschool in de vorm van ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek haar eigen methodiek heeft herschreven. Het werken met BPU's is aangevuld met begeleide intervisie en coaching van de teamleider. Ook hebben studenten bij Talita onderzoek gedaan naar wraparound care. Zie overzicht bijlage 1.

Doordat de jonge moeders en meisjes niet in hun eigen woonomgeving verblijven is er, in termen van wraparound care, bij Talita in zekere zin sprake van een tijdelijke "export van problemen". In plaats van dat de problemen worden opgelost in de eigen leefsituatie met behulp van het eigen netwerk verhuizen de meisjes tijdelijk naar een gespecialiseerde voorziening. Het doel van Talita is om haar bewoners voor te bereiden om zelfstandig te kunnen wonen. In die zin is de hulpverlening er op gericht om zichzelf overbodig te maken en de regie te leggen bij de meisjes zelf. Toch kan gesteld worden dat er vóór de start van het ontwikkelingstraject sprake was van specialistische hulp. In de opvoedingsondersteuning die werd aangeboden stond het perspectief van de mentor en haar beeld van wat een goede opvoeding is centraal. Afgelopen jaren is er echter een duidelijke verschuiving opgetreden waarbij er steeds meer regie over het proces bij de meisjes zelf is komen te liggen, meer uitgegaan wordt van hun eigen kracht en waarbij ook het sociale en professionele netwerk van de meisjes steeds actiever wordt betrokken.

Behandelcoördinator stichting Timon:

“Sommige meiden beschrijven nu zelf de doelen waar ze aan gaan werken. Ik ben blij verrast want ik had niet gedacht dat ze dat zouden kunnen.”

In vergelijking met het verleden wordt er op dit moment veel aandacht besteed aan een zorgvuldige en transparante intake. Er wordt minder over de meisjes gesproken en meer met de meisjes. Zij worden nu ook direct door de verwijzer of gezinsvoogd op de hoogte gesteld van de condities van de zorg. Vanaf de start wordt gewerkt met concrete doelen die door de meisjes of jonge vrouwen zelf worden geformuleerd.

Vanaf de start van het verblijf bij Talita wordt tegenwoordig een overzicht gemaakt van de sleutelpersonen in het leven van de meisjes en worden zij betrokken bij hun ontwikkeling. Ook wordt in kaart gebracht met welke instanties de meisjes te maken hebben en worden deze bij Talita uitgenodigd om de principes van wraparound care uit te leggen en af te stemmen hoe het beste kan worden samengewerkt.

Deze ontwikkeling wordt bij Talita gedragen door het hele team van mentoren, inclusief de behandelcoördinator, de teamleider en de centrale organisatie. Er bestaat bij iedereen een groot commitment en eigenaarschap. Door het ontwikkelingstraject te starten met een gezamenlijke training bestond er vanaf de start een gemeenschappelijk referentiekader. Alle teamleden, inclusief gedragswetenschapper en teamleider, hebben zich in het traject lerend opgesteld.

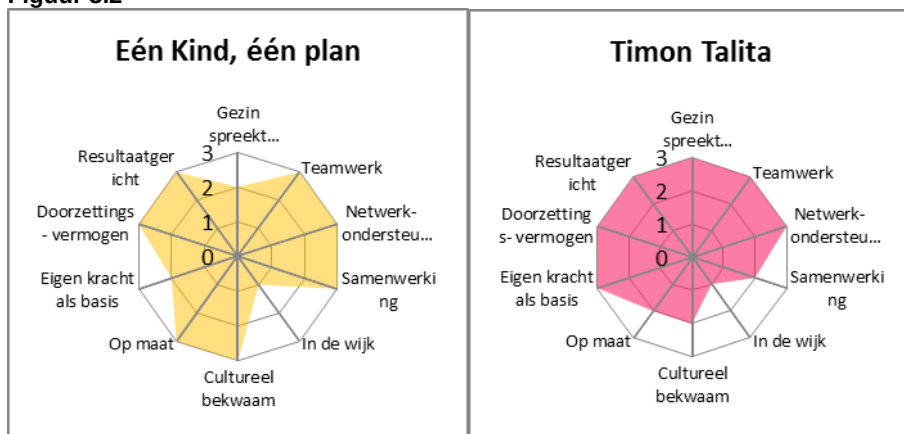
Concluderend

Het ontwikkelingsproces bij Timon/Talita toont aan dat de principes van wraparound care een waardevolle inspiratiebron kunnen zijn om bestaande vormen van zorg te verbeteren. Deze principes zijn zowel toegepast op de inhoud van de hulpverlening als op het veranderingsproces zelf, waarbij is uitgegaan van het perspectief en de kracht van de mentoren, goed is samengewerkt en resultaatgericht is gewerkt. Door de organisatie zijn voldoende tijd en middelen ter beschikking gesteld om het proces op een zorgvuldige wijze met elkaar te doorlopen. Het laat de kracht zien van commitment van alle lagen van de organisatie, het belang van gezamenlijke training en intervisie en de waarde van de grote betrokkenheid van uitvoerders bij het hele veranderingsproces.

3.2.3 Documentanalyse

In de documenten die de werkwijze van de pilot ‘Eén kind, één plan’ en de vernieuwde hulpverlening van Talita beschrijven zijn de meeste wraparound care-principes goed herkenbaar. Dit wordt zichtbaar in figuur 3.2.3

Figuur 3.2



3.3 Vergelijking van vier bestaande methodieken met wraparound care

Naast de drie pilots en het ontwikkelingstraject van Talita hebben zich in 2010 vier initiatieven gemeld die werken met methodieken die overeenkomsten vertonen met wraparound care. Om te bepalen of wraparound care eigenlijk al voor invoering van de pilots in Nederland bestond is er een analyse gemaakt van de beschreven methodieken. Aan de hand van een beoordelingsprotocol is onderzocht in welke mate de tien wraparound care principes in de methodieken te herkennen zijn: het gezin spreekt zich uit en kiest, gebaseerd op teamwerk, sociale netwerkondersteuning, samenwerking professioneel netwerk, in de wijk, cultuur bekwaam, aanbod op maat, eigen kracht als basis, doorzettingsvermogen en resultaatgericht. Daarbij is gekeken of het betreffende principe, of een equivalent er van, in de methodiekbeschrijving wordt genoemd, en, als dat het geval was, of het ook methodische was uitgewerkt.

Het gaat om Intensieve Orthopedagogische gezinsbegeleiding, '10' voor Toekomst, Gezinscoaching en Tussenin. Deze initiatieven zijn aangesloten bij het kennisplatform wraparound care en hebben meegedacht over hoe je de principes van wraparound care kunt toepassen. In verschillende mate is hun werkwijze hierdoor beïnvloed en heeft de methodiek zich ontwikkeld. De documentanalyse is gebaseerd op wat beschreven stond voor deelname aan het kennisplatform. Er is gebruik gemaakt van de volgende documenten:

- Brandenburg, M. van, & M. Puts (2002). *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, een methodiek*. Amsterdam: SWP.
- Heerwaarden, Y. van (2010). *Handleiding 'Tussen In': Het overbruggen van de kloof naar de jeugdzorg. Een methodiek voor multiprobleem gezinnen met een migratie achtergrond*. Utrecht: Stichting Al Amal.
- Portengen, R. (2010). *Gezinscoaching Utrecht; Verbinden en doorzetten! Een raamwerk voor methodisch handelen*. Ouderkerk aan de Amstel: TOPIC.
- Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg (2006). *'10' voor Toekomst: Gezinsondersteuning voor multiprobleemgezinnen. Methodiekbeschrijving*. Almere: Stichting Leger des Heils, Welzijns- en Gezondheidszorg

Hieronder geven we eerst van elk van deze methodieken een korte beschrijving en analyseren we op kwalitatieve wijze de overeenkomsten en verschillen met wraparound care. De uitkomsten van de documentanalyse worden beschreven in een aparte subparagraaf 3.3.5.

3.3.1 Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (Hulp aan Huis)

Dit is een specifieke vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Het is een intensieve en kortdurende vorm van ambulante hulp aan gezinnen met zodanige problematiek dat uithuisplaatsing dreigt van één of meer van de kinderen. Het doel is het voorkomen van de uithuisplaatsing. Ouders worden geleerd in het proces van opvoeding aan te sluiten bij de specifieke mogelijkheden en beperkingen van het kind. Deze methodiek wordt aangeboden door diverse zorgaanbieders die lid zijn van het samenwerkingsverband 'Hulp aan Huis'

Anders dan de naam suggereert is Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling meer een vorm van gezinsbegeleiding gericht op empowerment van gezinsleden dan 'behandeling' volgens het expert-model. De methodiek bestaat al sinds 1990, is goed doorontwikkeld en er zijn diverse studies verricht naar de effectiviteit. In 2006 is het als 'theoretisch goed onderbouwd' opgenomen in de databank van het Nederlands Jeugd Instituut. Er zijn veel ondersteunende instrumenten. Al zegt de methodiek 'integraal' te werken, het kijkt in principe niet over de grenzen van de eigen sector heen. Het is integraal op het gebied van opvoeding. Aandacht voor andere levensgebieden zoals werk en inkomen en justitie is beperkt. Er is wel enige aandacht voor het sociale netwerk van het gezin. Zorgcoördinatie en regie vormen geen integraal onderdeel van de methodiek.

3.3.2 '10' voor Toekomst

Dit is een methode voor hulpverlening in de vorm van ambulante gezinsbegeleiding voor gezinnen die hebben te kampen met meerdere complexe problemen tegelijk. Het doel is behoud van de zelfstandigheid van het gezin als geheel, en er wordt gewerkt aan het beheersbaar maken en verminderen van de problemen. Deze vorm van zorg is vanaf 1997 door het Leger des Heils ontwikkeld.

De tien gebieden waar '10' voor Toekomst ondersteuning op biedt zijn:

1. Zorgtaken (zelfzorg en kindzorg);
2. Opvoedingsondersteuning;
3. Huishoudelijke ondersteuning;
4. Hulp bij administratie en financieel beheer (mogelijkheden tot overname huurcontract en inkomensbeheer);
5. Educatie (informatie, advies, inzicht geven);
6. Hulp bij het vinden van een goede daginvulling;
7. Ondersteuning bij het in kaart brengen en het stimuleren van de ontwikkeling van de jeugdigen;
8. Aandacht voor psychische - en/of verslavingsproblematiek;
9. Versterking van het sociale netwerk;
10. Zorgcoördinatie

In tegenstelling tot Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding beslaat '10' voor Toekomst dus wel expliciet alle levensgebieden. In die zin lijkt het veel op wraparound care. Een '10' voor Toekomst-

werker begint altijd met inventariseren welke hulpverleners nog meer actief zijn. Dit aantal wordt tot een minimum terug gebracht om het gezin niet onnodig te belasten. Gezinswerkers van '10' voor Toekomst waren in het verleden vaak meerdere jaren actief in een gezin. Dit roept de vraag op in welke mate er gebruik wordt gemaakt van de eigen kracht van het gezin, resultaatgericht gewerkt wordt en de empowerment effectief wordt bevorderd. Onder druk van financiers is de maximale looptijd onlangs verkort. Zorgcoördinatie is één van de tien aandachtspunten van '10' voor Toekomst. Dit betekent dat er altijd aandacht is voor de vraag of zorgcoördinatie nodig is en bij wie het wordt belegd. Zo nodig voert de gezinsbegeleider de coördinatie van zorg uit.

3.3.3 Gezinscoaching

Gezinscoaching is een vorm van coördinatie van zorg die wordt ingezet als andere vormen van afstemming niet (meer) werken. Het gaat dan om gezinnen met complexe problemen, waar mogelijk de veiligheid en de ontwikkeling van kinderen bedreigd worden, de hulpverlening geen verbinding krijgt met het gezin of professionals elkaar niet weten te vinden. De methodiek is tussen 2007 en eind 2009 ontwikkeld, door Vitras/CMD, Rivas en Zuwe, in samenwerking met GGD Midden Nederland en Bureau Jeugdzorg Utrecht in opdracht van de provincie Utrecht. Sinds januari 2010 is Gezinscoaching een regulier aanbod in alle gemeenten waarin Vitras/CMD actief is.

Anders dan 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling' en '10' voor Toekomst, waarbij de nadruk ligt op gezinsbegeleiding, is 'Gezinscoaching' een vorm van tijdelijke zorgcoördinatie. Ook hier is de naam dus enigszins verwarrend. Het houdt in dat een gezinscoach samen met het gezin, de familie, het sociaal netwerk en professionals de problemen in het gezin probeert op te lossen of hanteerbaar te maken. De gezinscoach werkt bij de gezinnen thuis. De problemen, wensen en doelen van het gezin worden geïnventariseerd en het gezin brengt met hulp van de gezinscoach zijn sociale en professionele netwerk in kaart. Vervolgens wordt er een startbijeenkomst georganiseerd met het gezin en alle betrokken professionals. Eventueel zijn hierbij belangrijke personen uit het informele netwerk aanwezig. Daarnaast vindt er een familienetwerkberaad plaats waarbij het gezin met leden van hun sociale netwerk een plan maakt voor de toekomst. Zo nodig worden hierbij professionals uitgenodigd om uitleg te geven over bijvoorbeeld psychiatrische problematiek, of over voorwaarden waar het plan aan moet voldoen. Dit gezinsplan is concreet en beschrijft wie wat doet. Er wordt een gezinsteam samengesteld met de leden van het gezin, de gezinscoach en vertegenwoordigers uit het informele en professionele netwerk. Samen volgen zij de uitvoering van het gezinsplan en stellen dat waar nodig bij. Aanvankelijk zit de gezinscoach het gezinsteam voor; maar het doel is om zich steeds meer terug te trekken en de eigen kracht van het gezin te vergroten. De ondersteuning duurt in principe een half jaar met mogelijkheid tot verlenging van 2 maal 3 maanden.

De methodiek 'Gezinscoaching' is gebouwd op dezelfde uitgangspunten als wraparound care. Het is gericht op de empowerment van het gezin en maakt altijd gebruik van het bestaande sociale netwerk. De gezinscoach neemt afscheid als het gezin of het gezinsteam weer zelf verder kan omdat het voldoende overzicht en regie heeft en problemen voldoende worden aangepakt.

Een belangrijk verschil is dat de gezinscoach in principe geen hulp verleent maar coördineert: het gezin helpt met overzicht en verbinding. De wraparound care werker kan ook hulpverlener zijn.

De methodiek van gezinscoaching is goed uitgewerkt en de effectiviteit is onderzocht. Er wordt gebruik gemaakt van ondersteunende instrumenten zoals het genogram, ecogram, sociogram, levenswiel, pri-

oriteitenwiel, startgesprekken, familienetwerkberaad en gezinsteams. Deze instrumenten vormen zowel een kracht als een risico. De kracht is dat de instrumenten de gezinscoaches helpen om de abstracte principes in de praktijk te brengen. Het risico is dat er te veel aandacht zou kunnen gaan naar de instrumenten en dat deze het meer natuurlijke contact met het gezin in de weg staan en een belemmering vormen voor het achterhalen van het beeld van de werkelijkheid in de ogen en de taal van de gezinsleden.

3.3.4 Tussen In

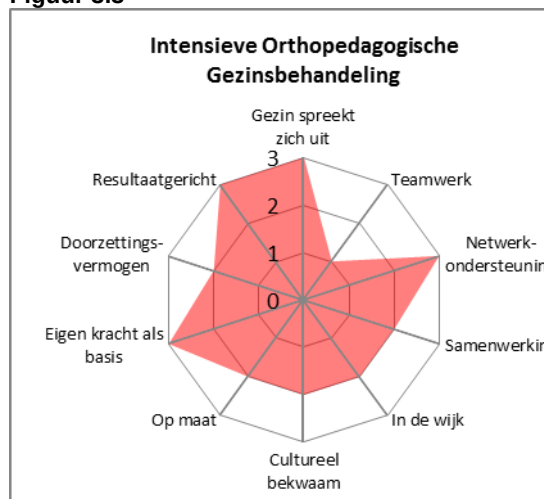
Dit is een vorm van zorg voor gezinnen met een veelvoud aan problemen op meerdere levensgebieden die zich speciaal richt op gezinnen met een migratieachtergrond. Het doel is het toeleiden van deze gezinnen naar passende ondersteuning via intermediairs die bemiddelen tussen het gezin en de hulpverlening. Ook wordt gewerkt aan het wegnemen van risicofactoren, zoals gebrek aan kennis over het voeren van een huishouding, het bijhouden van de administratie, het geven van een veilige opvoeding en het kennen van geldende normen en waarden. Gezinnen worden gestimuleerd om, met ondersteuning van passende hulp, het leven zelfstandig vorm te geven. 'Tussen in' wordt aangeboden door Stichting Al Amal in samenwerking met Zandbergen. Al Amal is een vrouwenorganisatie die sinds 2001 actief is in de wijk Kanaleneiland in Utrecht.

Het werk van de vrouwen van Al Amal kan geïnterpreteerd worden als wraparound care avant la lettre. Al Amal staat midden in de wijk en de vertrouwenspersonen zijn dag en nacht beschikbaar. De hulp is praktisch, integraal en thuisnabij. De moeders uit de gezinnen die via 'Tussen in' worden begeleid breiden via Al Amal hun informele netwerk uit doordat ze deelnemen aan cursussen en andere bijeenkomsten. Doordat de hulp geboden wordt door vrouwen die zelf ook een migratieachtergrond hebben is het relatief gemakkelijk om aan te sluiten bij het perspectief van de gezinnen en ontstaat makkelijk een vertrouwensbasis. Hierdoor kunnen problemen op tafel komen die eerder werden ontkend of verzwegen. Als de intermediairs dit nodig achten worden gezinsleden direct aangesproken op hun verantwoordelijkheid tegenover school, opvoeding of de ontwikkeling van hun kinderen. Het project 'Tussen In' richt zich specifiek op de rol van intermediair. De nadruk ligt daarom op coördinatie.

3.3.5 Documentanalyse

Hieronder volgt een weergave per methodiek met de waarderingen op de 10 basisprincipes van wraparound care.

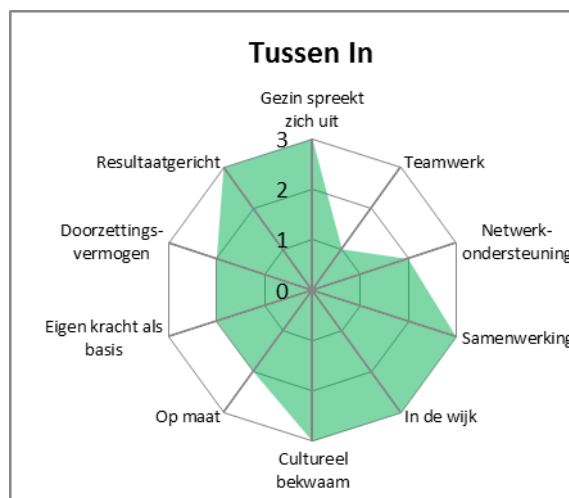
Figuur 3.3



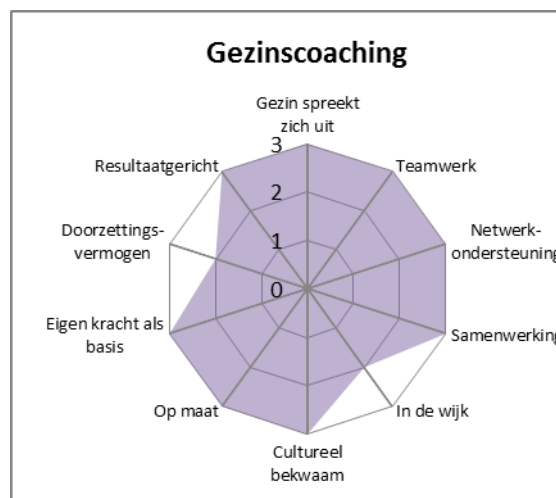
IOG is sterk in 'netwerkondersteuning', 'eigen kracht', 'resultaatgericht' en 'gezin spreekt zich uit'.



Resultaatgericht werken is een sterke kant van deze methodiek.



Deze methodiek heeft verschillende sterke punten.



Deze methodiek scoort hoog op het merendeel van de basisprincipes.

3.4 Het project wisselgeld

Het laatste initiatief dat wordt beschreven is 'Wisselgeld' een project voor multi-probleemgezinnen met een Roma-achtergrond in Nieuwegein. Het onderscheidt zich van de in paragraaf 3.3 beschreven initiatieven doordat de gebruikte methodiek nog in ontwikkeling en nog niet uitgewerkt is beschreven. Het onderscheidt zich van de in paragraaf 3.1 en 3.2 beschreven methodieken doordat er in de ontwikkeling van de methodiek niet uitgegaan wordt van de principes van wraparound care.

'Wisselgeld' wordt ingezet bij gezinnen waar de reguliere hulpverlening niet meer binnen mag, wil of durft te komen of waar deze te weinig effect heeft gehad. Mensen met een Roma-achtergrond hebben een zeer gesloten cultuur, voeren hun eigen regels en hanteren eigen wetten. De bereikbaarheid van mensen met een Roma-achtergrond is moeizaam en in veel van deze gezinnen ontbreken de (sociale) vaardigheden om in de Nederlandse maatschappij te kunnen participeren. Daarnaast is de armoede in veel van deze gezinnen groot en ontbreekt het daardoor bij de kinderen vaak aan de primaire levensbehoeften en is er sprake van veel schoolverzuim. Mensen met een Roma-achtergrond zijn oververtegenwoordigd als het gaat om overlast en criminaliteit in Nieuwegein. Vanwege de ernst en de complexiteit van de problemen rond de Roma koos de gemeente voor de ontwikkeling van een nieuwe integrale aanpak van deze problematiek. Daarbij gaat het enerzijds om het coördineren van de hulpverlening (zorg) en hierin zo goed mogelijk aansluiten bij deze specifieke doelgroep om problemen zo vroeg mogelijk in te dammen. Anderzijds om handhaving.

Het uiteindelijke doel van de Wisselgeldaanpak is het tot stand brengen van een positieve verandering binnen het gezinssysteem. Daarbinnen zijn doelen te onderscheiden voor de ouders, het kind en natuurlijk ook voor de samenleving, in casu de directe leefomgeving. De doelen voor de ouders komen neer op het weer (leren) nemen van verantwoordelijkheid en herstel van het gezag. Bij doelen voor het kind gaat het bijvoorbeeld om zaken als stoppen van onwenselijk gedrag, afname van schoolverzuim of toename van deelname aan clubs of verenigingsleven. De doelen voor de samenleving komen neer op snel en doeltreffend en niet vrijblijvend ingrijpen.

De methodiek draait om de inzet van intermediairs (gezinsbegeleiders). Zij leggen contact met de gezinnen en professionele instellingen en maken afspraken met gezinsleden, onder perspectief van zorg en dwang. Wisselgeld hanteert één aanpak en één regie zodat instanties allemaal op een gelijke en consequente manier met elkaar samenwerken om de ingewikkelde en hardnekkige problemen binnen een deel van de Roma gezinnen aan te pakken.

De aanpak verloopt gefaseerd. Eenmaal in het gezin gaat de intermediair intensief aan de slag met het kind en het gezin waar het kind in leeft. Hij inventariseert wat er mis is in het gezin, maakt een analyse van de problemen en vertaalt dit in praktische afspraken met de betrokken ouders of opvoeders en bespreekt dit met de projectleider.

Tijdens de eerste periode zal het werk van de intermediair voornamelijk bestaan uit het aanbrengen van structuur in het gezin en is de intermediair fysiek vaak in het gezin en diens omgeving aanwezig om de gemaakte afspraken vorm te geven. In de leerfase leren de ouders om opvoedkundig effectiever en handiger met de kinderen om te gaan; conform het maatschappelijk gewenste. Hiervoor wordt ook gebruik gemaakt van de inzet van de reguliere instellingen. In de afronding bestaat er een bereikbaar en werkbaar klimaat in het gezin voor alle (overheids)instanties

Vooraf is niet te zeggen hoe lang een gezin in begeleiding zal zijn of zal blijven, omdat de gezinnen zeer divers zijn en er heel weinig zicht is op de psychische-, sociale-, gezondheids- en vermogensindicaties. Maatwerk is dus het credo van de Wisselgeldaanpak. In het begin zal de intermediair veel tijd moeten investeren. Bijna elke dag zal die bij het gezin aan de slag moeten en bij alle betrokken instanties moeten inventariseren. Dat is de reden voor het werken met een lage caseload. Naarmate het traject vordert neemt de intensiteit af waardoor ruimte ontstaat om nieuwe gezinnen te begeleiden. Bij de Wisselgeldaanpak wordt gewerkt met een caseload van 1 op 5, oplopend tot 10.

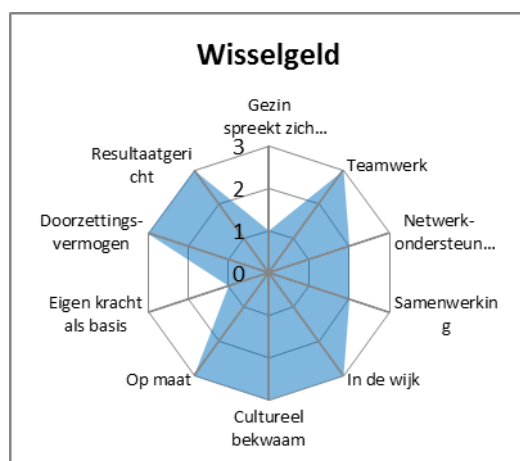
Wisselgeld gaat er vanuit dat in de omschreven gezinnen langdurige begeleiding nodig is; waarschijnlijk totdat het jongste kind de deur uit is. Dat sluit niet uit dat verdere begeleiding van de kinderen nodig is, bijvoorbeeld wanneer de kinderen een nieuw gezin stichten. Uitgangspunt is dat de reguliere instellingen deze begeleiding en/of controle uitvoeren, waarbij zij de kaders van de Wisselgeldaanpak overnemen.

De Wisselgeldaanpak kent een aantal belangrijke overeenkomsten met de andere beschreven initiatieven. Zo werken de intermediairs proactief (anticiperen ze op te verwachten problemen), moeten ze vaak beginnen met 'puinruimen' (zowel letterlijk als figuurlijk), leveren ze maatwerk (licht inzetten op lichte problematiek en zwaar inzetten op zware), werken ze systeemgericht (niet alleen op het kind maar ook op het gezin, de ouders) en structurerend (structuur aanbrengen in het gezin), dragen ze bij aan ontschotting (een werker vanuit verschillende modaliteiten), is het werk overdraagbaar en weken ze competentiegericht (gericht op het aanleren van concrete vaardigheden). Anders dan de andere initiatieven is de aanpak dwingend (niet vrijwillig maar voorschrijvend en opleggend), gesanctioneerd (bekrachtigen van het gewenste door belonen, regelen van inzet repressie/handhaving) en moet het meetbaar bijdragen aan het behalen van een aantal externe doelen (o.a. terugdringen schoolverzuim en bijstandsafhankelijkheid).

Documentanalyse

Op basis van een analyse van de beschrijving van de werkwijze van het project 'Wisselgeld' ontstaat de volgende figuur.

Figuur 3.4



Concluderend

Het is de expliciete combinatie van zorg en handhaving die deze methodiek anders maakt dan al de andere initiatieven. Een belangrijke overeenkomst met wraparound care is de integrale aanpak en combinatie van gezinsondersteuning en regie. Het verschil zit hem in de achterliggende problematiek, het doel en de aanpak.

Terwijl binnen wraparound care het gezin zich uitspreekt en kiest, hun perspectief leidend is en het de bedoeling is dat zij regievoeren over hun eigen proces is dat bij Wisselgeld in eerste instantie niet het geval. Het traject start met afstemming tussen professionals en het uitzetten van een gezamenlijke strategie. Het gezin is hier niet bij betrokken. Op het moment dat de aanpak door professionals is bepaald en de intermediair daadwerkelijk in het gezin aanwezig is om ouders te ondersteunen in het nemen van hun opvoedingsverantwoordelijkheid kunnen de wraparound care-principes echter goed worden toegepast.

3.5 Vergelijking van alle initiatieven

Alle bij het onderzoeksprogramma betrokken initiatieven bieden intensieve steun aan mensen of gezinnen met complexe problematiek op verschillende levensgebieden. De caseload van de meeste van deze vormen van hulpverlening is laag: minder dan zes gezinnen per medewerker. Alleen bij IOG is de caseload 1 op 15. Behalve bij Talita wordt de hulp ambulant aangeboden: bij de mensen thuis. Voor algemene kenmerken van de initiatieven zie bijlage 2.

Door alle initiatieven met elkaar te vergelijken is het mogelijk geworden nog beter te expliciteren wat wraparound care is en wat niet. Hoewel geen van de methodieken volledig overeenkomt met wraparound care zijn de methodieken wel voor een groot deel congruent met de onderliggende uitgangspunten. Behalve 'Wisselgeld' zijn alle initiatieven gericht op het versterken van de regie van het gezin op hun eigen situatie. Alle initiatieven maken in meer of mindere mate gebruik van het sociale netwerk van het gezin en zijn krachtgericht. De meeste initiatieven kenmerken zich door integraal werken over alle sectoren heen. Dit geldt echter niet voor IOG dat zich in het bijzonder richt op opvoedingsproblematiek.

Wraparound care typeert zich als een combinatie van gezinsbegeleiding en zorgcoördinatie gericht op de empowerment van het gezin. Die combinatie is van belang om continuïteit te creëren voor het gezin en om te waarborgen dat steeds vanuit hetzelfde gezichtspunt wordt gewerkt: namelijk vanuit het perspectief van het gezin. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding en Talita richten zich vooral op gezinsbegeleiding. Hoewel het Leger des Heils desgewenst zorgcoördinatie biedt is ook '10' voor Toekomst primair een vorm van gezinsbegeleiding. De pilot 'Eén kind, één plan' en gezinscoaching zijn echter vooral een vorm van coördinatie van zorg. Alleen in de WAC-pilots en in het project Wisselgeld is sprake van een systematische combinatie van coördinatie en begeleiding. Ook bij Tussenin is sprake van een combinatie van begeleiding en coördinatie. Begeleiding en coördinatie zijn echter tijdelijk en gericht op toeleiding van een gezin met allochtone achtergrond naar Nederlandse hulpverleners.

De bestaande methodieken zijn methodisch beter uitgewerkt dan de pilots. Dit geldt in het bijzonder voor IOG en gezinscoaching. Dit verklaart mede hun relatief hoge score op de wraparound care-principes. In figuur 3.5.a wordt een overzicht gegeven van alle initiatieven met de daarbij behorende waarderingen op de tien basisprincipes van wraparound care. Deze vergelijking beschouwend kan gesteld worden dat de methodieken van de verschillende pilots, projecten en methodieken op papier allemaal in meer of mindere mate voldoen aan een groot aantal basisprincipes van wraparound care. Dat de WAC-pilots maximaal scoren komt doordat de tien principes leidend waren in de ontwikkeling

van hun werkwijze. De score van de pilot 'Eén kind, één plan' en Timon/Talita zijn hoog omdat ze ontwikkeld zijn op basis van dezelfde principes.

Deze scores zeggen weinig over de aard van de daadwerkelijk verleende diensten. Weten hoe het moet en daadwerkelijke uitvoering zijn twee verschillende dingen. Dat de wraparound care-pilots maximaal scoren wil ook niet zeggen dat er geen ontwikkelpunten meer zijn in de praktijk. Die praktijk hangt bovendien voor een groot deel af van de individuele professional, zijn overtuigingen en competenties en van de kwaliteit van zijn werkrelatie met het gezin. Daarom is het mogelijk dat een individuele gezinswerker binnen bijvoorbeeld '10' voor Toekomst de wraparound care principes sterker in de praktijk brengt dan een individuele gezinswerker binnen één van de WAC-pilots.

Het valt op dat sommige principes in het algemeen hoger scoren dan anderen. 'Wijkgericht werken' blijkt relatief weinig methodisch te zijn uitgewerkt. Dit geldt ook voor de principes 'teamwerk' en 'eigen kracht als basis'. Juist hierin zit dus de meerwaarde van het wraparound care-model.

Op basis van de documentanalyse, observaties uit de deelonderzoeken en uitwisseling van ervaringen in het kader van het kennisplatform zijn per initiatief sterke punten en ontwikkelpunten geformuleerd: de WAC-kracht en WAC-kans. Deze zijn verwoord in figuur 3.5.b.

Figuur 3.5.a Score van initiatieven op wraparound care-principes op basis van documentanalyse

	Gezin spreekt zich uit	Teamwerk	Netwerondersteuning	Samenwerking	In de wijk	Cultureel bekwaam	Op maat	Eigen kracht als basis	Doorzettingsvermogen	Resultaatgericht	Totaal
WAC- Pilot Utrecht	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
WAC-Pilot Amersfoort	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Pilot Eén Kind, één plan	1	2	2	2	0	2	2	1	2	2	16
Timon/ Talita	2	2	2	1	0	1	1	2	2	2	15
IOG	2	0	2	1	1	1	1	2	1	2	13
10 voor Toekomst	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	10
Gezins-coaching	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	18
Tussen In	2	0	1	2	2	2	1	1	1	2	14
Wisselgeld	0	2	1	1	2	2	2	0	2	2	14
Totaal	14	12	15	14	11	15	14	13	14	18	140

0= Er wordt niet naar gerefereerd in beschreven methodiek of werkwijze.

1= Er wordt enigszins naar gerefereerd in beschreven methodiek of werkwijze.

2= Er wordt expliciet naar gerefereerd in beschreven methodiek of werkwijze.

Figuur 3.5.b Kracht en kans per initiatief

Initiatief	WAC score	WAC kracht	WAC kans
WAC Pilot Utrecht	Hoog	Combinatie zorgcoördinatie en integrale gezinsbegeleiding gericht op empowerment. Wijkgericht	Systematisch en vanaf de start betrekken van het sociale netwerk
WAC Pilot Amersfoort	Hoog	Combinatie zorgcoördinatie en integrale gezinsbegeleiding gericht op empowerment Sterk interdisciplinair team	Systematisch en vanaf de start betrekken van het sociale netwerk Structurele inbedding in kader van transitie
Pilot Eén Kind, één plan	Hoog	Zorgcoördinatie over alle sectoren heen	Focus op empowerment Systematisch betrekken van het sociale netwerk Maatwerk in de vorm van de coördinatie ipv standaard zorgoverleg Continuïteit gezinsbegeleiding
Timon/Talita		Begeleiding gericht op empowerment WAC-commitment op alle lagen van de organisatie	Systematisch en vanaf de start betrekken van het sociale en professionele netwerk
IOG		Gezinsbegeleiding gericht op empowerment Methodisch goed uitgewerkt	Verbreiding perspectief Verbinding met zorgcoördinatie Verlaging caseload
'10' voor Toekomst		Integrale gezinsbegeleiding Zo nodig langdurige verbinding met gezin	Systematisch aandacht voor zorgcoördinatie
Gezinscoaching	Hoog	Nadruk op zorgcoördinatie gericht op empowerment Systematisch betrekken van sociaal netwerk Methodisch goed uitgewerkt	Maatwerk in de vorm van de coördinatie ipv standaard startbijeenkomst en familienetwerkberaad Continuïteit gezinsbegeleiding
Tussen In		Combinatie zorgcoördinatie en integrale gezinsbegeleiding Van en voor mensen met een migratieachtergrond	Focus op empowerment Continuïteit gezinsbegeleiding
Wisselgeld		Combinatie zorgcoördinatie en integrale gezinsbegeleiding	Na startfase die wordt gekenmerkt door geregisseerd overheidsingrijpen toepassen van alle principes van wraparound care

3.6 Enquête onder gezinswerkers en professionals

Zoals we hebben geleerd uit de WAC-pilots vormen overtuigingen van gezinswerkers een belangrijke succesfactor voor goede uitvoering van wraparound care. Meerdere studies hebben aangetoond dat de effectiviteit van een methodiek of werkwijze positief samenhangt met de mate waarin de professional die hem uitvoert in zijn werkzaamheid gelooft (Hermanns & Menger, 2008). Daarom is in het voorjaar van 2011 gestart met de ontwikkeling van een meetinstrument voor de 'werkhouding casu quo werkgedrag' van gezinswerkers van alle initiatieven. Eén van de doelen van het meetinstrument was om te achterhalen of er verschillen waren tussen de initiatieven in de houding van hun medewerkers ten opzichte van de tien basisprincipes van wraparound care. Na een beschrijving van de ontwikkeling van wraparound care in de praktijk (zie 3.1 en 3.2) en het vergelijken van de diverse initiatieven (zie 3.5) volgt hier een beschrijving van de houding van werkers ten opzichte van wraparound care. Het meetinstrument dat is gebruikt bestond uit twee elementen. Een aantal stellingen, dat voornamelijk de professionele houding ten opzichte van de cliënt moest meten en een brede inventarisatie van succesverhalen als aanvulling op de best practice units van de eerdere onderzoeken.

Deel 1: Stellingen over werkhouding

Op basis van bovenstaande wensen zijn de 10 basisprincipes van wraparound care zoals die in de inleiding zijn gepresenteerd (zie 1.1; Bruns et al, 2004) geoperationaliseerd. De eerste stap is hierbij gemaakt door een groep van 10 studenten. Onbekend met het werkveld en daarmee onbevooroordeeld konden zij puur op basis van de verwoording van de principes en een literatuuronderzoek naar de betekenis hiervan, komen met een reeks vragen en stellingen. De doelstelling was om per principe 10 vragen of stellingen te produceren. De resultaten van deze eerste stap zijn voorgelegd aan het programmteam wraparound care om irrelevante en suggestieve vragen zo veel mogelijk uit de vragenlijst te filteren. Dit proces is meerdere keren herhaald en de vraagstelling is aangepast naar een meer uniforme opzet van de vraagstelling.

Gedurende dit proces zijn er twee 'principes' toegevoegd: empowerment en veiligheid. Veiligheid omdat we het er als onderzoekers over eens waren dat dit een belangrijke voorwaarde is voor iedere vorm van jeugdhulpverlening. Daarnaast wilden we weten of dit standpunt ook door de professionals gedeeld werd. Empowerment is als extra thema toegevoegd om ook het procesmatige karakter hiervan op te kunnen nemen in de vragen (Cattaneo & Chapman, 2010). Op het moment dat we voldoende vertrouwen hadden in de lijst om hem aan de praktijk te toetsen, is er eerst bij een kleine groep mensen uit het werkveld een proefafname gedaan, die wederom een paar wijzigingsvoorstellen opleverde. Deze wijzigingen waren vooral op het gebied van woordkeuze en volgorde van vragen. Een aantal vragen bleek namelijk moeilijk te interpreteren.

Voor de afname is de enquête verwerkt in Survey Monkey waarbij de stellingen door middel van een 6-punts Likert schaal beantwoord konden worden. De link naar deze online enquête is per mail verstuurd naar de contactpersonen van alle betrokken initiatieven. Deze hebben de link doorgestuurd naar de individuele gezinswerkers. De respons op de enquête was hoog te noemen, 68 respondenten van de naar schatting ruim 100 personen die de link hebben ontvangen, hebben meegewerkt aan het onderzoek.

De resultaten van het kwantitatieve deel van de enquête laten een aantal interessante zaken zien. Op bepaalde stellingen blijken respondenten bijvoorbeeld veel meer van elkaar te verschillen dan op an-

dere stellingen. Respondenten verschilden in de mate waarin ze vertrouwen stellen in de effectiviteit van mantelzorgers, de intensiteit van overleg tussen professionals onderling en de mate waarin de veiligheid in het gezin met behulp van een analyse-instrument wordt bepaald. De verschillen waren echter klein als het gaat om het stimuleren van het stellen van makkelijk bereikbare doelen en het vragen aan gezinsleden welke zaken ze zelf kunnen beïnvloeden.

Zo bleek uit een factoranalyse² dat de twaalf categorieën waar de vragen op gebaseerd waren vaak weinig gedifferentieerd waren in de gegeven antwoorden. Het onderscheidend vermogen van deze twaalf 'principes' was dus aan de lage kant. Uit deze analyse bleek verder dat een groot deel van de variatie verklaard kon worden door een combinatie van drie factoren. Bestudering van deze factoren leverde een combinatie van de oorspronkelijke vragen of stellingen op die op inhoud met elkaar vergeleken en benoemd konden worden³. Op basis van de factoranalyse hebben we dan ook de indruk dat achter de oorspronkelijke principes een ordening schuil gaat die zich laat vertalen naar drie basisconcepten: 'empowerment/eigen kracht', 'samenwerking' en 'monitoren/evalueren'. Verdere bestudering van bovenstaande drie factoren leerde ons dat de factor 'monitoren/evalueren' eigenlijk uit twee delen bestond die, het tijdsaspect mede in het oog houdend, beter los van elkaar kunnen worden beschouwd. Deze factor is om die reden opgedeeld in 'veiligheid' en 'resultaat'. Waarbij het monitoren van veiligheid voornamelijk belangrijk is vooraf en tijdens het hulpverleningstraject en het monitoren van resultaten gedurende het proces en in het bijzonder achteraf. Daarnaast zien we veiligheid als een belangrijke randvoorwaarde voor iedere vorm van hulpverlening. Beide onderdelen zijn afzonderlijk van elkaar redelijk betrouwbaar te meten.

Er is geprobeerd een vergelijking te maken van de scores van medewerkers van de verschillende initiatieven. Het aantal respondenten was voor sommige initiatieven echter te klein om een goede onderbouwing van geconstateerde verschillen mogelijk te maken. Verder onderzoek, waarin een doorontwikkeling van deze vragenlijst in de vorm van een ontwikkelingsgerichte assessment tool een grote rol zal spelen, zal naar alle waarschijnlijkheid leiden tot een hogere betrouwbaarheid bij het analyseren van onder andere deze verschillen tussen initiatieven. De ontwikkeling van deze tool is ondertussen in gang gezet.

Deel 2: Succesverhalen

Zoals eerder aangegeven bestond de enquête niet enkel uit een serie stellingen, maar was er ook ruimte voor succesverhalen vanuit de praktijk. Er was per respondent ruimte voor drie succesverhalen. In totaal heeft dit 107 succesverhalen opgeleverd. Hierbij moet opgemerkt worden dat er respondenten zijn geweest die meerdere succesverhalen bijgedragen hebben en tevens respondenten die deze vraag open gelaten hebben.

Een kwalitatieve analyse van de succesverhalen wijst uit dat een aantal begrippen steeds weer door respondenten genoemd worden als reden voor succes:

- Serieus nemen van cliënten; het geven van tijd en aandacht en niet veroordelen waardoor cliënten zich weer mens voelen.
- Duidelijke kaders scheppen; de cliënt ondersteunen in het stellen van kaders binnen de eigen leefsituatie en tevens de kaders van de hulpverlening duidelijk maken. Eerlijk en transparant zijn.

² Principale componentenanalyse met varimax rotatie

³ In de regel 7 stellingen leverden gezamenlijk een betrouwbare meting op (alfa = .79)

- Een lange adem hebben, beginnen met kleine doelen (en kleine successen) en door oefening langzaam opbouwen.
- Naast de cliënt staan (letterlijk); samen een gesprek voorbereiden met een hulpverlener of overheidsinstantie.
- Goede afstemming tussen verschillende vormen van hulpverlening en vermijden dat cliënten van het kastje naar de muur gestuurd worden.

Deze redenen voor succes lijken op het eerste gezicht aardig overeen te komen met de bovengenoemde factoren uit de kwantitatieve analyse. De eerste drie passen in het concept van empowerment, hoewel dit concept wellicht scherper gedefinieerd zal moeten worden omdat het begrip ook in andere contexten op verschillende wijzen gehanteerd wordt. De vierde past zowel bij empowerment als bij samenwerking en de laatste reden past in zijn geheel binnen de factor samenwerking. In de succesverhalen kwamen ook voorbeelden terug waarbij de gezinswerker de ouders had geholpen een systeem te ontwikkelen voor het belonen van goed gedrag. Dit werd vaak in verband gebracht met het scheppen van duidelijke kaders. Afgaande op de succesverhalen in deze meting lijkt het alsof het monitoren van resultaten door de werkers niet als een succesfactor wordt gezien. Het monitoren van veiligheid kwam nauwelijks ter sprake in de succesverhalen. Een mogelijke reden hiervoor is dat dit echt als een randvoorwaarde gezien wordt en dus in de ogen van de gezinswerkers geen directe bijdrage aan het succes levert.

Discussie

Dit deelonderzoek laat een aantal interessante zaken zien. Zo valt op dat de succesfactoren empowerment en samenwerking niet alleen duidelijk in het kwantitatieve deel, maar ook in het kwalitatieve deel terugkomen. Werkers verschillen van elkaar op deze thema's. Dat zou verklaard kunnen worden uit het feit dat de principes 'in de wijk', 'teamwerk' en 'eigen kracht als basis' ook het minst methodisch zijn uitgewerkt, zoals uit de documentanalyse naar voren kwam. Hiermee sluit dit deelonderzoek ook aan bij resultaten uit de Verenigde Staten, waarin empowerment en samenwerking tussen cliënt en gezinswerker als belangrijkste factoren voor een goed verloop van het proces worden genoemd. Dit komt in de volgende paragraaf aan de orde.

Het gebruikte meetinstrument zal worden doorontwikkeld, zodat het als een assessmenttool kan dienen voor gezinswerkers, om zichzelf periodiek te kunnen 'toetsen' ter ondersteuning in de intervisie en verdere ontwikkeling van de praktijk. Tevens zal de vragenlijst zelf verbeterd worden zodat een periodieke afname in het kader van het lopende effectiviteitonderzoek mogelijk wordt.

Een gedetailleerdere uitwerking van de analyses van de eerste afname van deze enquête is zal later in artikelvorm gepubliceerd worden.

3.7 Lessen uit de Verenigde Staten

De afgelopen 15 jaar zijn er in de VS verschillende onderzoeken geweest naar de effectiviteit van wraparound care. Hierbij komt het woord 'veelbelovend' steeds terug (o.a. Cox e.a., 2010; Chenven, 2010). In deze paragraaf geven we op basis van een literatuurstudie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek.

Een veelgebruikte term in de Amerikaanse literatuur is: 'Systems of Care', een overkoepelend begrip waaronder verschillende systeemgerichte aanpakken zijn ontstaan op basis van de notie dat cliënten met meervoudige en/of complexe problemen niet gebaat zijn bij een versnipperde vorm van hulpverlening. Deze visie heeft zijn opgang gedaan sinds de jaren '80 als gevolg van de toepassing van sociologische onderzoeksresultaten die aantoonde dat integratie van hulpverlening in de sociale context wenselijk is. Ook heeft de overheid in toenemende mate klantgerichtheid van de zorgsector gestimuleerd. (Chenven, 2010)

Wraparound care is een gedachtegoed dat is ontstaan als onderdeel van deze tendens. De nadruk ligt op een systemische benadering en het streven naar een cliëntgestuurde, maatschappelijk georiënteerde vorm van dienstverlening. Inhoudelijk wordt gestreefd naar empowerment, culturele sensitiviteit, mentorschap, case management en samenwerking tussen betrokken organisaties (Chenven, 2010). Het uitbreiden van de integratie van hulpverleners en methodieken wordt tevens gezien als een wenselijke maar nog niet gerealiseerde situatie in de preventieve sfeer (Chenven, 2010)

De kwantitatieve studies, gericht op het aantonen van causale verbanden tussen de toepassing van de principes van wraparound care en het verminderen van problematiek bij gezinnen, leveren wisselende resultaten op. Over het algemeen blijkt het lastig te zijn de invloeden van wraparound care te isoleren van omgevingsvariabelen. Daarnaast is het moeilijk de effecten te koppelen aan specifieke wraparound care-principes en blijkt dat in de praktijk niet alle principes in gelijke of voldoende mate worden toegepast.

Ondanks deze moeilijkheden zijn de onderzoekers over het algemeen optimistisch over de toepassing van wraparound care en soortgelijke aanpakken. Dit heeft deels te maken met één van de basisaanname voor kwantitatief onderzoek in relatie tot metamethodieken zoals wraparound care. Waar kwantitatief onderzoek zich namelijk tot doel stelt de werkelijkheid op te delen in onderzoekbare elementen en die elementen bij voorkeur in een experimentele opzet probeert te onderzoeken, stelt wraparound care juist dat de sleutel ligt in het omarmen van de complexiteit van het systeem en de notie dat alle elementen verband houden met elkaar. Hierdoor ontstaat een soort fundamentele paradox tussen de onderzoeksmethode en de onderzochte situatie.

Doordat onderzoekers zich hiervan bewust zijn wordt vaak genoeg genomen met een minder sterk aangetoond verband, ondersteund door ervaren successen in de praktijk. Er is hier dus een belangrijke rol weggelegd voor ondersteunende bewijsvoering vanuit kwalitatief onderzoek. Dit wordt ook benadrukt door de oproep om vooral onderzoek te blijven doen waarin methoden- en onderzoekertriangulatie een belangrijke rol spelen en meer nadruk legt op het vergelijken van de werkelijke uitvoering met de resultaten (Cox et. al., 2010).

Toch groeit de empirische evidentie in traditionele zin voor de werkzaamheid van deze aanpak. In een *randomized controlled trial* (RCT) vonden Carney en Buttell (2003) dat een groep jonge delinquenten die in het *wraparound*-model begeleid werden tijdens en vlak na het programma minder vaak van huis wegliep, minder spijbelde, minder vaak van school geschorst werd, minder vaak geweld pleegde, minder vaak door de politie werd opgepakt en vaker een baan had dan een controlegroep voor wie de conventionele aanpak van justitie gold (een casemanager die de jongere verwees naar een aantal losstaande interventies). De recidive was voor beide groepen in de korte meetperiode van enkele maanden na het programma erg laag. In een RCT met gedragsmoeilijke kinderen in pleeggezinnen (Clark et al, 1996) bleek het aantal kinderen dat wegliep aanzienlijk teruggebracht en bleken de pleeggezinplaatsingen stabiel. In een aantal studies met vóór- en nametingen bleken gedragsproblemen van

kinderen te verminderen en werd uithuisplaatsing vaak voorkomen (Bruns, Burchard, & Yoe, 1995; Anderson et al, 2003). Een meta-analyse van effectstudies die plaats hebben gevonden tussen 1986 en 2008 vond effecten van het wraparound care-model op verschillende domeinen van functioneren van kinderen en jongeren. In vergelijking met controle groepen die klassieke zorg ontvingen ('care as usual') zijn er positieve effecten gevonden op het gebied van wonen, mentale gezondheid, algemeen functioneren en justitie.

Kwalitatief onderzoek naar wraparound care

Recent kwalitatief onderzoek door Painter, Allen en Perry (2011) geeft inzicht in hoe families de hulpverlening ervaren. In grote lijnen komen de resultaten overeen met andere kwalitatieve studies op dit onderwerp. In dit onderzoek is er onderscheid gemaakt tussen verschillende fasen in het hulpverleningsproces, waarvan in dit hoofdstuk de opstartfase en de ontwikkelingen tijdens het proces aan bod komen.

Opstartfase

De verbinding die de hulpverlener legt met het gezin kan als belangrijkste aspect van de opstartfase genoemd worden. Een aantal zaken kan er voor zorgen dat deze verbinding ontstaat:

- Verbinding maken met het kind door aan te sluiten bij zijn taalgebruik en oprechte interesse te tonen in wat het kind fijn en vervelend vindt. Duidelijk maken dat het kind centraal staat en zijn mening telt (88%)⁴.
- Verbinding maken met de ouders/verzorgers door empatisch te zijn, eerlijk te zijn en begrip te tonen voor de situatie. Oprecht het verlangen uiten de familie te helpen (85%)
- Thuis langskomen en ervaren hoe de leefsituatie daar is (55%).

(Painter et al, 2011:163)

Tijdens het wraparound proces

Ook werd respondenten gevraagd aan weke aspecten van de hulpverlening het gezin het meest had gehad gedurende het verdere proces. De aspecten die naar voren kwamen waren de volgende:

- Het gevoel van empowerment: beter in staat zijn zelf met moeilijkheden om te gaan, zelf in staat zijn om op de juiste plaats naar hulp te zoeken indien nodig (75%).
- Nieuwe vaardigheden aanleren: voornamelijk op het gebied van opvoeding. Bijvoorbeeld door structuur aan te brengen en te werken met beloningen (65%).
- Jezelf niet alleen voelen: hierbij ging het niet zo zeer om het geheel wegnemen van eenzaamheid, maar om het gevoel dat je niet de enige op de wereld bent met problemen (53%).
- Hulp aan het hele gezin: niet proberen alleen het kind te helpen, maar ook de ouders/verzorgers. Veel van de problemen van de kinderen komen voort uit problemen van de ouders (50%)

(Painter et al, 2011:163-164)

Tot slot

Concluderend kan gesteld worden dat wraparound care over het algemeen gezien wordt als een veelbelovende aanpak, waarbij de relatie tussen het gezin en de gezinswerker vooral in de opstartfase van cruciaal belang is. In het verdere proces staan integraliteit en empowerment centraal.

Het is de moeite waard om onderzoek naar de effectiviteit van het wraparound care-model uit te breiden. Hierbij moet rekening gehouden worden met de aard van de benadering en zal de vraag beantwoord moeten worden langs welke weg de effectiviteit van een metamethodiek op overtuigende wijze kan worden aangetoond.

⁴ De genoemde percentages geven aan welk deel van de respondenten dit noemde in het interview.

Hoewel er nog maar beperkte evidentie is voor de effectiviteit van de metamethodiek wraparound care zijn er wel Amerikaanse cijfers die een duidelijke afname van problemen op korte termijn laten zien en zijn er vele positieve praktijkbeschrijvingen. Onderzoek naar effecten op de lange termijn zullen waarschijnlijk dan ook niet lang op zich laten wachten. Vooral het kosten aspect is voor overheden interessant. Omdat er minimaal gebruik wordt gemaakt van dure institutionele zorg en maximaal van de goedkopere community-based zorg is de aanpak kosteneffectief en doorgaans vele malen goedkoper dan reguliere jeugdzorg (Brown, & Hill, 1996; Bruns, Burchard, & Yoe, 1995).

3.8 Lessen op basis van groepsbijeenkomsten

Verschillende gezamenlijke bijeenkomsten met vertegenwoordigers van alle initiatieven hebben de kennis over wraparound care verder aangescherpt. In wat volgt wordt ingegaan op de lessen uit bijeenkomsten van het kennisplatform en uit twee series bijeenkomsten in de vorm van gemeenschappelijke Best Practice units. Eén serie ging over het mobiliseren van het sociale netwerk en het andere over het betrekken van het professionele netwerk op een manier die congruent is met de principes van wraparound care. Achtereenvolgens komen aan de orde: vraaggericht werken, empowermentcyclus en gezinsplan, wraparound care en het gedwongen kader, betrekken van het sociale netwerk en beïnvloeden van het professionele netwerk.

Vraaggericht werken

Het begrip 'vraaggericht werken' heeft gedurende het onderzoek op verschillende momenten voor verwarring gezorgd. Als binnen het wraparound care-model over vraaggericht werken of vraagsturing wordt gesproken, dan wordt dit opgevat als het tegengestelde van aanbodsturing. Binnen wraparound care staat het perspectief van gezinsleden centraal en worden zij aangemoedigd regie te nemen over hun leven en over de veranderingen die ze daarin wenselijk achten. Dat wil niet zeggen dat de 'klant altijd koning is' of dat er sprake is van 'u vraagt wij draaien'. Integendeel. Oplossen van problemen voor de 'klant' ondermijnt juist hun regie en 'eigen kracht'.

Empowermentcyclus en het gezinsplan

Empowerment wordt voorgesteld als een cyclisch leerproces waarin het gezin doelen stelt, acties onderneemt en de impact van de acties evalueert. Het gezin kan hierin ondersteund worden door iemand die naast hen staat, zoals een professionele gezinswerker. Doordat deze het gezin aanmoedigt om eigen, betekenisvolle en haalbare doelen te stellen, passende acties te kiezen en ook maar de kleinste positieve verandering op te merken, bouwt het gezin kennis, competenties en vertrouwen in eigen kunnen op. Zie voor meer informatie Cattaneo en Chapman (2010). Om de doelen te bereiken doet het gezin zo nodig een beroep op mensen uit de sociale omgeving of op professionals. De acties van deze anderen krijgen een plaats in het integrale gezinsplan. Dit plan heeft primair als doel om het gezin te helpen de greep op het leven te herstellen. Een secundair doel is de afstemming van acties van verschillende betrokkenen, waaronder eventueel de professionals.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat met de term 'gezinsplan' door verschillende instanties heel verschillende fenomenen wordt bedoeld. In veel gevallen gaat het feitelijk om een hulpverleningsplan. Binnen het wraparound care-model is het gezinsplan echter een plan van het gezin. Het is een integraal ontwikkelingsplan waarin het gezin zijn doelen verwoordt en dat sturing geeft aan het empowerment-proces

Wraparound care en het gedwongen kader

Wraparound care is ontwikkeld voor gezinnen met een opeenstapeling van problemen. Juist doordat verschillende stressoren zich tegelijkertijd voordoen is de kans op crises en onveiligheid daar relatief groot. Het is dan ook niet ongebruikelijk dat deze gezinnen te maken hebben met één of meerdere vormen van het 'gedwongen kader' zoals de leerplicht, een justitiële maatregel of een ondertoezichtstelling (OTS). Wraparound care kan tot op zekere hoogte goed gecombineerd worden met een dergelijk gedwongen kader. Herstel van het gewone leven betekent in dat geval óók: je schikken in de voorwaarden die door de samenleving als kader zijn opgelegd.

Gezinswerkers vragen zich in die gevallen af hoe zij loyaliteit aan het gezin kunnen combineren met respect voor deze dwang van buiten. Alsof versterken van de eigen kracht op gespannen voet staat met het zich houden aan de wet. Alsof zorg en handhaving tegenstellingen zijn. Het wraparound care-model herkent deze tegenstellingen niet. De wet op de jeugdzorg kent bijvoorbeeld vrijwillige en onvrijwillige hulpverlening. Beide komen voort uit dezelfde opdracht: zorg voor kinderen. Elke burger heeft zich te houden aan de wet, dat is een vanzelfsprekende 'fact of life'. Verzet tegen de wet is geen teken van 'eigen kracht'. Het feit dat iets móet sluit niet uit dat je het ook zelf kunt willen.

Vanuit het perspectief van 'cliënten' maakt het wel uit of er gewerkt wordt aan een doel dat zelf is gekozen of dat het van buiten is opgelegd. De relatie met een persoon die gezien wordt als een vertegenwoordiger van 'het gezag' is anders dan met iemand wiens voornaamste opdracht is om te helpen.

Als je gezinnen waarin een gezinsvoogd aanwezig is vraagt wat ze willen, dan is dat vaak dat de gezinsvoogd niet meer nodig is. Dit is een goede ingang voor een gesprek tussen gezin en gezinsvoogd: *"Wat moet er concreet gebeuren om de OTS op te heffen?"* Als dit helder is kan de gezinswerker helpen om prioriteiten te stellen. *"Als dit is wat er moet gebeuren, waar wil je mee beginnen? Hoe ga je dat aanpakken? Wie hebben we daarbij nodig en wat verwacht je van mij?"*

Veel professionals blijken het bovendien lastig te vinden om tegelijkertijd te ondersteunen en te begrenzen. Er kan daarom gekozen worden om een scheiding te maken tussen de professional die in het gezin de autoriteit vertegenwoordigd, zoals de leerplichtambtenaar, reclasseringswerker of gezinsvoogd en de wraparound care gezinswerker die naast het gezin staat en hen coacht vanuit een positie van loyaliteit. Dit hoeft echter niet. In beide scenario's is het de uitdaging om het gezin te ondersteunen bij het zich houden aan de voorwaarden die door justitie zijn opgelegd en tegelijkertijd naast het gezin te blijven staan in plaats van er tegenover. Wat moet dat moet en dat is niet onderhandelbaar. Om dat te benadrukken is het belangrijk dat de gezinswerker geen twijfel uit over de zin van de betreffende maatregel maar die als feit accepteert. In het geval van een scheiding van rollen kan de gezinswerker de gezinsleden helpen om de

eisen die vanuit het gedwongen kader worden gesteld te verhelderen en te concretiseren. Zo nodig kan de gezinswerker optreden als bemiddelaar tussen de vertegenwoordiger van het gedwongen kader en het gezin. Zie ook Hermanns, Mordang, & Mulders(2003).

Het onderscheid tussen het gedwongen kader en vrijwillige hulpverlening is overigens niet eenduidig. Ook bij vrijwillige hulpverlening zijn er onderwerpen waar gezinsleden ambivalent tegenover staan. Problemen die gezinsleden wel voelen maar niet expliciet onderkennen, waarvan ze de veranderbaarheid niet willen, kunnen of durven zien of waarbij ze zich niet bewust zijn van de rol die ze er zelf in spelen. Dit zijn vaak net die problemen waar het gezin volgens een indicatie stellende instantie, doorverwijzer of hulpverlener aan zou moeten werken. In veel gevallen zijn dit problemen die voor ge-

zinsleden te groot zijn om als geheel onder ogen te zien. Hulpverleners labelen dit als 'onvoldoende probleembesef', 'weerstand tegen verandering' of 'geen verantwoordelijkheid willen nemen voor de eigen situatie'.

Positionering van de gezinswerker

Wraparound care kan dus zowel worden ingezet in een vrijwillig als in een gedwongen kader. In de praktijk is er sprake van een continuüm tussen twee uitersten. In alle gevallen positioneert de wraparound care-werker zich naast het gezin. Als er sprake is van een gedwongen kader helpt de gezinswerker de gezinsleden om binnen het kader van de wet zelf regie te voeren op de situatie, door de eigen ruimte te herkennen en eigen doelen te stellen en te realiseren. Of de hulpverlening nu plaats vindt in een vrijwillig of gedwongen kader, het is zaak om gezinnen te helpen om de ruimte waarin ze kunnen kiezen te vergroten. Dit kan door hen te stimuleren kleine, concrete, haalbare doelen te stellen op gebieden waar ze zelf het meeste last van hebben en waar relatief gemakkelijk winst valt te behalen. Het korte termijn succes dat wordt geboekt versterkt competenties en het geloof in eigen kunnen. Als het gezin tegelijkertijd leert om externe hulpbronnen te mobiliseren kan het ervaren dat het er niet alleen voor staat. Zo ontstaat er ruimte om ook andere uitdagingen onder ogen te zien en aan te pakken.

Vooraf het startpunt van de ondersteuning verschilt als er sprake is van een gedwongen context. De volgende situaties kunnen worden onderscheiden: vrijwillige hulp zonder indicatie, vrijwillige hulp met indicatie, hulp na doorverwijzing vanuit een zorg van een netwerkpartner en hulp vanuit een gedwongen kader. De meest extreme vorm van dwang is het geregisseerd overheidsingrijpen. Omdat er hierbij geen enkele keuzeruimte is voor het gezin is daarbij geen sprake van wraparound care.

Vrijwillige hulpverlening zonder indicatie

Wraparound care start vanuit de doelen van de leden van het gezin. Door hierin successen te boeken vergroten de competenties en het geloof in eigen kunnen waarmee het gemakkelijker wordt andere problemen te onderkennen. De gezinswerker heeft geen eigen veranderagenda.

Vrijwillige hulpverlening met indicatie

Wraparound care start met een intake waarbij naast de leden van het gezin en de wraparound care-gezinswerker ook een vertegenwoordiger van de indicerende instantie aanwezig is. De rol en positie van elke aanwezige professional en de werkwijze van wraparound care worden uitgelegd. De vertegenwoordiger van de indicatie stellende instantie verwoordt op welke gronden de indicatie is verleend en wat de doelen van de hulpverlening zijn. De wraparound care werker staat naast het gezin en helpt het gezin om binnen dit kader eigen betekenisvolle, concrete, haalbare korte termijn doelen te formuleren.

Doorverwijzing vanuit een zorg van een netwerkpartner

Wraparound care start met een intake waarbij naast de leden van het gezin en de wraparound care-gezinswerker ook de doorverwijzende instantie aanwezig is. Ook nu wordt de rol en positie van elke aanwezige professional en de werkwijze van wraparound care uitgelegd. De vertegenwoordiger van de doorverwijzende instantie maakt de reden van doorverwijzing en eventuele zorgen over het gezin tijdens het gesprek expliciet en formuleert in concrete termen wat hij van de hulpverlening verwacht. Zo nodig wordt het gezin geconfronteerd met eventuele consequenties als zorgen niet kunnen worden weggenomen (bijvoorbeeld ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing van één van de kinderen). De wraparound care werker staat naast het gezin en helpt het gezin om de verwachtingen van de doorverwijzer te expliciteren en te vertalen naar eigen betekenisvolle, concrete, haalbare korte termijn doelen.

Hulpverlening vanuit een gedwongen kader

Deze situatie lijkt op bovenstaande. Ook nu staat de wraparound care-werker naast het gezin. Hij helpt het gezin om te verhelderen wat er van ze wordt verwacht en wat er nodig is om van de dwangmaatregel af te komen. Zo nodig vervult hij een rol van intermediair tussen het gezin en de vertegenwoordiger van het gedwongen kader.

Geregisseerd overheidsingrijpen

Als het gezin geen enkele keuzeruimte meer heeft is er sprake van geregisseerd overheidsingrijpen. Dit is de uiterste vorm van dwang. Er kan, in deze fase, dan ook geen sprake zijn van wraparound care.

Betrekken van het sociale netwerk

Versterken van het sociale netwerk vormt een aandachtspunt voor bijna alle betrokken initiatieven. Er zou bijna overal meer aandacht aan kunnen worden besteed. Hoewel ervaren werkers weten dat blijvende verandering in het gezinssysteem alleen plaatsvindt met hulp uit de directe sociale omgeving lijken een aantal gezinshulpverleners toch eerst te werken aan de 'echte', urgente problemen, zoals financiële problemen of problemen op het gebied van huisvesting. Pas later, als de grootste problemen zijn opgelost, wordt door hen aandacht besteed aan het sociale netwerk. Het netwerk vormt bij veel methodieken wel een expliciet aandachtspunt, maar als een op zichzelf staand aspect van het leven. Wraparound care streeft naar herstel van het 'gewone leven'. Het mobiliseren van steunbronnen uit de eigen omgeving hoort hierbij. Hulp uit de eigen omgeving is meer duurzaam dan hulp van instanties. Activeren van het netwerk is daarom geen sluitpost maar vertrekpunt van wraparound care. Het is geen doel op zich, maar middel om de problemen van het gezin te helpen oplossen. Versterken van sociale netwerken is niet gemakkelijk. Veel gezinnen met meervoudige problematiek leven in een sociaal isolement of zijn omringd door dat wat hulpverleners een 'destructief netwerk' noemen. Dit kan overigens mensen betreffen die door het gezin zelf als zeer ondersteunend worden ervaren. Het is daarom goed om genuanceerd met dat begrip om te gaan. Een jong stel dat bezig is zich los te maken van de eigen thuissituatie kan soms beter geholpen worden door een ander stel in een vergelijkbare situatie dan door één van de eigen ouders waarvan het net bezig is zich los te maken. Ook wanneer dit stel zelf eveneens met problemen kampt. Vitale hulpbronnen in de directe omgeving van mensen lijken te worden onderbenut. Maar ook het tegenovergestelde komt voor: overbelasting van een klein aantal sterk betrokken mantelzorgers. Hoewel het een plezierig idee kan zijn dat er mensen zijn waarop in nood teruggevallen kan worden, is het daadwerkelijk geven en ontvangen van steun een kunst op zich (Rafaeli & Gleason, maart 2009). Lilian Linders van Hogeschool Fontys ontdekte dat zowel degene die steun nodig heeft als degene die steun wil geven bang is de ander lastig te vallen en noemt dat 'vraagschroom en aanbodverlegenheid' (Linders, 2010)

Tijdens de bijeenkomsten van de BPU bleek het een werkzame strategie om acties van gezinsleden die gericht zijn op het aangaan of herstel van sociale contacten te herkennen en te benoemen. Gezinnen met grote problemen schamen zich vaak en willen niet wéér een beroep doen op hun omgeving. Het simpel uitspreken van dank voor de tot dan toe ontvangen steun kan in een dergelijke situatie de verhoudingen al sterk verbeteren.

We hebben gemerkt dat het goed is om het begrip 'sociaal netwerk' breed op te vatten: naast familie en vrienden kan het gaan om buurtbewoners, mensen uit de kerk of de moskee, (oud)klasgenoten, docenten of collega's, lotgenoten of vrijwilligers. Sociale media kunnen een bron zijn van sociale steun. De contextuele benadering van Nagy (zie Nagy, 2000) bleek voor veel werkers een belangrijke inspiratiebron. Het verschaft inzicht in de complexiteit van sociale relaties en aanknopingspunten ter verbetering van stagnerende relaties. Duplo-poppetjes kunnen worden gebruikt om familiebanden en

sociale netwerken in kaart te brengen. Andere instrumenten die worden gebruikt zijn het genogram, sociogram en ecogram, het levenswiel, de levenslijn en het familie netwerkberaad.

Op drie momenten kan het in het bijzonder belangrijk zijn om leden van het sociale netwerk van het gezin expliciet bij de begeleiding te betrekken. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door het organiseren van een familie netwerkberaad of inzet van een Eigen Kracht Conferentie.

- In het begin van een traject, als middel om samen met het sociale netwerk doelen te stellen en het netwerk te betrekken bij de oplossing van problemen. Uit dit netwerk kan ook de centrale figuur gekozen worden die het gezin helpt regie te krijgen over de eigen situatie en over de inzet van hulpverleners.
- Tijdens een traject om samen met het netwerk een noodplan te maken voor als zich een crisissituatie voordoet in het gezin.
- Aan het einde van een traject om af te spreken dat mensen uit het netwerk een 'oogje in het zeil houden' en zo nodig professionele zorg inschakelen.

Ook bij het versterken van het sociale netwerk is het essentieel om te vertrouwen op en oog te hebben voor wat er wél is. Ervaren hulpverleners delen de ervaring dat iedereen wel iemand heeft om in nood bij aan te kloppen.

Beïnvloeden van het professionele netwerk

Er bestaan veel nuttige vormen van casemanagement en zorgcoördinatie. Een risico hiervan is dat het de invloed van het gezin op het proces soms eerder verkleint dan vergroot. Ook lijkt er enige concurrentie te ontstaan op de rol van coördinator van zorg. Het blijkt vaak een uitdaging om professionals bereid te vinden om hun autonomie uit handen te geven en zich flexibel op te stellen ten dienste van een plan dat iemand anders samen met het gezin heeft gemaakt.

In het wraparound care-model worden gezinsondersteuning en coördinatie van zorg gecombineerd ten dienste van het gezin dat steeds meer greep krijgt op het leven. Wraparound care heeft de ambitie om maatwerk te leveren in plaats van standaardoplossingen te geven voor verkokerde hulpverlening. Daarom vormt het perspectief van gezinsleden het startpunt en wordt er aangesloten op hun doelen. De eerste vraag is wat gezinsleden zelf kunnen doen om deze te realiseren. Vervolgens wordt er gekeken naar wie er nog meer nodig zijn. Welke mensen uit het sociale netwerk kunnen een steentje bijdragen? Pas in laatste instantie wordt nagegaan of er ondersteuning door professionals en hulporganisaties nodig is en hoe deze zullen worden benaderd. Daarbij is het de bedoeling om oplossingen te 'importeren' in het gezin in plaats van problemen te 'exporteren' naar buiten. Het doel van empowerment moet steeds in gedachten blijven, juist bij de coördinatie van zorg. Tijdens het onderzoek hebben we ervaren dat gezinnen in contact met organisaties meer kunnen dan professionals neigen te denken.

Afhankelijk van de situatie en de wensen van het gezin kan ervoor gekozen worden om één of meerdere overleggen te organiseren waarbij alle betrokkenen om de tafel zitten, of juist om de contacten bilateraal te onderhouden. Het plan van het gezin is het instrument waarmee eventuele zorg van buiten op elkaar wordt afgestemd. Er wordt gewerkt vanuit het principe 'Eén gezin, één plan'. Vanaf de start is het gezin zo veel mogelijk regisseur van de diverse contacten met professionals en instanties. Het wordt daarbij ondersteund door de gezinswerker, een generalist die zorgt voor de continuïteit in de ondersteuning en bewaakt dat het perspectief van het gezin steeds leidend is.

Daarbij is het nodig steeds alert te blijven op het risico dat professionals met elkaar, in hun 'taal' over het gezin gaan praten. Het is gemakkelijker en op de korte termijn effectiever, om als professional even snel zelf met een instantie te bellen dan om gezinsleden dat zelf te laten doen. Als antwoord op

de veelal verkokerde hulpverlening zijn er de laatste decennia verschillende vormen van multidisciplinaire samenwerking ontstaan zoals de Zorgadviesteams (ZAT's) op scholen en het Veiligheidshuis en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) in gemeenten. Ook binnen deze gremia bestaat soms de reflex om meer over dan met jongeren en hun ouders te spreken, wat in strijd is met empowerment. Het contact tussen professionals van verschillende organisaties is overigens niet altijd gemakkelijk en vruchtbaar voor het gezin. Tijdens het onderzoek hebben we veel gezinswerkers gesproken die moeite hebben met de logge bureaucratische procedures waar gezinnen vaak mee te maken krijgen. Bij spanning tussen een gezin en een instantie treedt de gezinswerker op als mediator. Hij ondersteunt het gezin bij het claimen van hun recht op zorg. Terwijl hij dat doet is het belangrijk dat de gezinswerker in staat is tot 'meervoudige loyaliteit'. Hij moet zich niet alleen kunnen inleven in het gezin maar evenzeer in de professionals van de organisaties om het gezin heen. Daarbij zijn zowel sociale vaardigheden nodig als creativiteit. Het is de gezinswerker die instanties kan verleiden om 'buiten de kaders' te denken, optimale flexibiliteit te leveren en discretionaire ruimte te benutten zonder zelf regie te voeren over het gehele proces. Dit zal alleen lukken als hij de werkelijkheid van de betreffende professional serieus neemt, inclusief diens taak om zich te verantwoorden tegenover zijn eigen leidinggevende en financiers. Dit neemt niet weg dat het nodig kan zijn om vast te bijten en door te zetten om het gezin te helpen zijn doelen te bereiken. Als dat niet lukt, kan de gezinswerker gebruik maken van een daartoe ingericht opschalingsstelsel.

Over het gezin wordt echter nooit gesproken of gehandeld buiten hen om. In uitzonderingsgevallen kan een gezin er voor kiezen dat professionals met elkaar praten waar ze niet bij zijn. Hiervan zijn ze dan wel op de hoogte, en de resultaten worden direct teruggekoppeld. Het is raadzaam om in algemene zin goede relaties te onderhouden met professionals uit de belangrijkste organisaties waarmee wordt samengewerkt. Daarbij hoor ook het uitleggen van de werkwijze van wraparound care, organiseren van netwerkbijeenkomsten, gezamenlijke deskundigheidsbevordering, coaching in omgang met gezinnen die veel problemen hebben en elkaar helpen om ieder zijn eigen verantwoordelijkheid te laten nemen.

Concluderend

Er is afgelopen jaren in de provincie Utrecht op diverse plaatsen en manieren ervaring opgedaan met wraparound care. De verschillende lessen die hieruit konden worden getrokken zijn in dit hoofdstuk afzonderlijk verwoord. In de loop van de tijd is er een gemeenschappelijke taal ontwikkeld en is de toegevoegde waarde van het wraparound care-model voor de Utrechtse situatie geëxpliciteerd. Hierbij hebben zich accentverschuivingen voorgedaan ten opzichte van het Amerikaanse model. Ook is het belang van de samenhang binnen het model zichtbaar geworden: het gaat niet om het toepassen van afzonderlijke principes maar juist om het systematisch werken vanuit een congruente visie op hulp- en dienstverlening. Alleen dan is het mogelijk om ook bij gezinnen met de meest weerbarstige problematiek op een duurzame wijze bij te dragen aan empowerment. Het volgende hoofdstuk geeft daarom een aanzet voor de beschrijving van de 'Nederlandse versie' van wraparound care.

Een gezinswerker: *"Ik kan lezen en schrijven met mijn gezinnen, maar die instanties.... als zij hun verantwoordelijkheid nu eindelijk eens zouden nemen...."*

4 Wraparound care; het Nederlandse model

In de Utrechtse versie van het wraparound care-model wordt wraparound care opgevat als metamediodiek. Hieronder wordt uitgelegd wat daaronder wordt verstaan. Vervolgens worden de missie van wraparound care, de theoretische uitgangspunten en de samenhang ertussen beschreven. Daarna komen de principes van wraparound care opnieuw aan de orde, maar nu op een manier die recht doet aan de ervaringen die in Utrecht zijn opgedaan. Tot slot is er aandacht voor de organisatorische inbedding van wraparound care. Het 'Nederlandse model' vormt de synthese van het onderzoek dat afgelopen jaren heeft plaatsgevonden en waarvan de resultaten in het voorgaande hoofdstuk afzonderlijk zijn verwoord.

4.1 Wraparound care als metamediodiek

Een discussie die in de loop van het onderzoek regelmatig is teruggekomen is of het wraparound care-model een methodiek is of niet. Wraparound care is niet bedoeld als een gestandaardiseerde methodiek die volgens vaste stappenplannen, protocollen en faseringen werkt. 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, in welke volgorde, in welke samenhang en hoe lang, verschilt van gezin tot gezin en is gebaseerd op professionele en vaak creatieve keuzes van de gezinswerker. Dit is één van de redenen waarom de kwaliteit van de individuele gezinswerker zo'n belangrijke succesfactor is voor effectieve toepassing van het model.

Het is van het grootste belang dat de keuzes die de professional maakt congruent zijn met de uitgangspunten van het model. Zo moet er bijvoorbeeld overeenstemming zijn tussen gezin en gezinswerker over de doelen waaraan wordt gewerkt en is hierin het perspectief van het gezin leidend. Hoe die doelen worden gesteld en geëvalueerd bepaalt de gezinswerker zelf en wordt niet door het model voorgeschreven. 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 en hier zelf regie over voert.

Het feit dat wraparound care op zich geen methodiek is wil niet zeggen dat er binnen het model niet methodisch wordt gewerkt. In tegendeel, methodisch werken is één van de uitgangspunten van wraparound care. Wraparound care is een resultaatgerichte benadering waarbij voortgang systematisch wordt gemonitord aan de hand van concrete indicatoren. 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 wegstijgt van veiligheidsrisico's voor gezinsleden of voor zichzelf. Het is goed mogelijk om binnen de uitgangspunten van het wraparound care-model te werken met bepaalde uitgewerkte (bij voorkeur evidence based) methodieken en ondersteunende instrumenten om bepaalde concrete doelen te bereiken. Voordeel van gebruik van een bestaande methodiek is dat de interventies goed doordacht zijn, de samenhang en congruentie groot is en de effectiviteit in veel gevallen is geëvalueerd. Dit draagt bij aan de programma-integriteit en daarmee aan de effectiviteit van de interventies. Een methodiek is een weerslag van leerervaringen van collega's. Het voorkomt dat het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Ditzelfde geldt voor het gebruik van bepaalde methodes en instru-

menten. Het gebruik hiervan is geen diskwalificatie van de professionaliteit van de gezinwerker maar juist een onderdeel ervan.

Om wraparound care op een zowel congruente als flexibele manier uit te kunnen voeren is het belangrijk dat de visie achter het model helder is. Daarom wordt hieraan in de volgende paragraaf aandacht besteed. Het is belangrijk om kleur te bekennen. De visie vormt het kader waar vanuit gewerkt wordt en waarop interventies en de wijze waarop ze worden ingezet kunnen worden getoetst.

4.2 Missie, theoretische verankering en visie op hulpverlening

Het wraparound care-model is een antwoord op versnipperde hulpverlening vanuit een expert model. De logica waarbij de hulpverlener op basis van een diagnose een probleem definieert en op basis van zijn expertise vaststelt wat er moet gebeuren om dit probleem op te lossen wordt 180 graden gedraaid. Invloed verschuift van instituties en deskundigen naar burgers en hun sociale omgeving. De aandacht verschuift van problemen naar kansen en oplossingen. Het gaat uit van het perspectief van de cliënt of het cliëntsysteem, waarbij deze vanuit de eigen analyse van de situatie bepaalt wat er moet gebeuren (Admiraal & Wopereis, 2012).

Theoretisch is het model verankerd in de kritische, constructivistische en sociaal-ecologische benadering (Malysiak, 1997). De kritische benadering streeft de emancipatie na van mensen die in de huidige sociale constellatie weinig invloed bezitten. Volgens het constructivisme bestaat de werkelijkheid uit 'sociale constructies', subjectieve betekenissen die ontstaan in een wisselwerking tussen ervaringen en ideeën. Sociale ecologie is geïnteresseerd in de wisselwerking tussen individu en zijn sociale omgeving. Wraparound care is bovendien geïnspireerd door positieve psychologie.

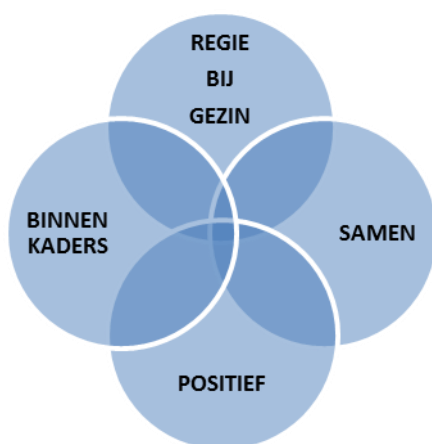
Deze theoretische verankering vertaalt zich in het mensbeeld waar vanuit wraparound care werkt. Hierin vormen 'autonomie' en 'verbondenheid' geen tegenstelling maar bestaat de ontwikkeling van mensen uit versterking van beide. Autonomie gaat over het zelfstandig nemen van verantwoorde beslissingen. Verbondenheid over sociale inbedding door een gezonde balans tussen geven en ontvangen. Het is niet mogelijk om zelfstandig verantwoorde beslissingen te nemen zonder daarbij interne en externe hulpbronnen te gebruiken. Een gezonde balans tussen geven en ontvangen is niet mogelijk zonder over voldoende autonomie te beschikken. De versterking van autonomie in combinatie met verbondenheid wordt empowerment genoemd. Zie voor een uitgebreide behandeling van het empowermentparadigma onder andere Regenmortel (2009).

Je kunt een ander niet 'empoweren'. Gezinsleden kunnen alleen zichzelf versterken en professionals kunnen hen hier hooguit bij ondersteunen. Wraparound care is aan de orde als het leven van mensen dermate ontregeld is dat ze er op eigen kracht, met behulp van hun eigen hulpbronnen en die uit hun sociale omgeving, niet uit komen. Doordat ze geen greep meer hebben over de situatie bestaat het gevaar dat problemen op verschillende levensgebieden zich opstapelen en ze te maken hebben met verschillende hulpverleners. De missie van wraparound care is de empowerment van haar cliënten te bevorderen. Hulpverlening die zichzelf overbodig maakt.

Hoewel dit vanzelfsprekend lijkt betekent het in de praktijk dat veel gezinswerkers een aantal hardnekkige reflexen moeten overwinnen. In plaats van het overnemen van de verantwoordelijkheid voor het oplossen van (deel-) problemen in het gezin moeten gezinswerkers gezinsleden helpen zichzelf te

helpen, aanmoedigen zelf regie over hun situatie te voeren waardoor hun 'autonomie', controle en invloed vergroot. In plaats van geïsoleerd te werken aan deelproblemen moeten gezinswerkers problemen in hun context plaatsen en gezinsleden helpen om hun eigen steunbronnen te mobiliseren. In plaats van te benadrukken wat er niet goed gaat moeten gezinswerkers gezinnen helpen om beperkingen en problemen onder ogen te zien en er een creatief antwoord op te geven. Samen zoeken naar en vergroten van kansen, krachten en hulpbronnen. Waarbij men oog moet hebben voor het kleinste succes.

Uit de enquête onder gezinswerkers bleek dat zij onderling verschilden in de mate waarin ze in hun werk aandacht besteden aan empowerment en eigenkracht (regie bij het gezin; geworteld in de kritische benadering), samenwerking (samen; geworteld in het sociaal-ecologisch perspectief) en monitoring en evaluatie (binnen kaders; geworteld in de methodische benadering). De ideale wraparound care gezinswerker besteedt aan al deze aspecten evenveel aandacht. Bovendien werkt hij vanuit een waarderende benadering (positief; geworteld in de positieve psychologie). Deze vier uitgangspunten van de hulpverlening zijn op elk moment van het begeleidingsproces alle vier aan de orde.



De tien principes die afgelopen jaren inspiratiebron zijn geweest voor de invoering van wraparound care zijn concretisering van deze vier uitgangspunten. Ze zijn opgesteld in de Amerikaanse context. De afgelopen jaren hebben een aantal van deze principes in Utrecht een andere invulling gekregen. Ook is er een principe toegevoegd: veiligheid. In de volgende paragraaf presenteren we de herziene versie van de principes.

4.3 Principes herzien

In wat volgt wordt per principe de relevantie en de samenhang met bovengenoemde vier uitgangspunten beschreven. Vervolgens wordt het principe waar nodig geherformuleerd. Daarna volgen een aantal aandachtspunten voor de praktijk. Er is één principe toegevoegd: veiligheid.

Gezin spreekt zich uit en kiest

Dit is een belangrijk principe en noodzakelijke voorwaarde voor 'regie bij het gezin'. Wraparound care kiest radicaal voor het perspectief van het gezin in plaats van het perspectief van de professional of diens 'diagnose'. Het gaat om de beleving, betekenissen, waarden en normen van het gezin. Die zijn leidend voor gezinsbegeleider én voor de andere bij het gezin betrokken professionals. Uiteindelijk besluit het gezin wat er gebeurt en wat niet. In de Amerikaanse uitgangspunten wordt consequent gesproken over een begeleidingsteam. In Nederland hebben we ontdekt dat er niet altijd sprake hoeft zijn van een team van professionals om een gezin heen. Hier komen we op terug bij de bespreking van het principe over teamwork.

Het eerste principe zou voor de Nederlandse situatie als volgt kunnen worden geherformuleerd:

Het perspectief van ouders en hun kinderen staat tijdens alle fasen van de begeleiding centraal. De gezinswerker ondersteunt hen bij het verwoorden van wat ze willen bereiken en bij het stellen van prioriteiten.

De interactie is van groot belang in de hulpverlening. Een open en waarderende houding, actief luisteren en goede (oplossingsgerichte) gespreksvaardigheden van de gezinswerker zijn hierbij noodzakelijk. Bij veel hulpverleners bestaat er een natuurlijke reflex om de problemen vanuit het eigen referentiekader (gebaseerd op professionaliteit, werk- en persoonlijke ervaring) te interpreteren en te analyseren. Dit gebeurt vanuit goede bedoelingen en deels onbewust. Hierin schuilt het gevaar dat er hulp wordt geboden vanuit het eigen kader, en er voorbij wordt gegaan aan dat van het gezin. 'Het gezin spreekt zich uit en kiest' impliceert dat de hulpverlener aansluit bij de belevingswereld van het gezin en nagaat hoe zij de situatie ervaren en analyseren, welke verlangens zij hebben, welke problemen zij signaleren, hoe veranderbaar deze in hun ogen zijn en wat hun eigen rol in de verandering is.

Het gezin kiest. De gezinswerker is dus geen deskundige met de juiste adviezen maar een coach van het gezin, die gezinsleden ondersteunt bij het behalen van de doelen die ze zelf stellen of die door anderen worden opgelegd. De grenzen aan dit principe worden onder het principe 'veiligheid besproken'.

Vragen die gesteld kunnen worden zijn:

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

Cultureel bekwaam

Dit principe hangt samen met het eerste. Het gaat om het perspectief, de waarden en normen en de belangen van het gezin. Vormen van 'zendingswerk', hoe goedbedoeld ook, maken geen deel uit van wraparound care. Dit principe is niet alleen relevant voor gezinnen met een niet-westerse achtergrond. Ook binnen Nederland bestaan grote verschillen in opvatting over wat bijvoorbeeld een 'goede opvoeding' is of een 'schoon huis'. Het kunnen relativiseren van eigen normen over bijvoorbeeld hygiëne, opvoeding en sociale omgang is van groot belang.

Dit neemt niet weg dat er kaders zijn die moeten worden gerespecteerd. De wet vormt zo'n kader evenals de veiligheid van alle betrokkenen, in het bijzonder de kinderen. Ook is het belangrijk dat de

gezinswerker in de directe omgang met het gezin respectvol wordt behandeld en zijn eigen grenzen bewaakt.

Dit principe hoeft voor de Nederlandse situatie niet te worden aangepast.

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

Voor dit principe is het belangrijk dat de gezinswerker zich bewust is van zijn of haar de eigen cultuur, normen en waarden, in de wetenschap dat je je eigen normen en waarden altijd meeneemt. Intervisie en werkbegeleiding kunnen helpen in de bewustwording hiervan.

Om cultuurbewust te zijn is het niet noodzakelijk om alle culturen geheel van binnen en buiten te kennen. Veel belangrijker is het hebben van een open en nieuwsgierige houding ten opzichte van anderen, hen serieus nemen en het leuk vinden dat mensen anders zijn. Het kan soms goed zijn om verschillen op te merken en ze bespreekbaar te maken vanuit een nieuwsgierige en open houding, maar ook om mogelijk reacties van anderen te 'spiegelen'.

Het doel is uiteindelijk aansluiten en afstemmen. Dit kan bijvoorbeeld ook door de taal aan te passen aan dat van het gezin, gebruik de woorden die de gezinsleden aan dingen geven.

Eigen kracht als basis

Uitgaan en versterken van de kennis en vaardigheden van gezinsleden en het versterken van hun geloof in eigen kunnen vormt de kern van wraparound care. Er wordt een empowermentproces nagestreefd. In dit principe komen de uitgangspunten van 'regie bij het gezin' en de 'positieve blik' samen. Begeleiding start vanuit het vertrouwen in de eigen kracht van het gezin. Daarnaast wordt het gezin gestimuleerd om gebruik te maken van hulpbronnen in hun directe sociale omgeving. Zie het volgende principe: 'netwerkondersteuning'.

Het gezinsplan en begeleidingsproces identificeren, bouwen voort op en vergroten de kennis, vaardigheden en eigen kracht van het kind, het gezin en hun netwerk.

Dit principe speelt een essentiële rol in het wraparound care- model. De empowerment van gezinnen wordt voorgesteld als een cyclisch leerproces waarin het gezin doelen stelt, acties onderneemt en de impact van de acties evalueert. Dit wordt ondersteund door de gezinswerker, vrijwilliger of iemand uit het sociale netwerk van het gezin. Doordat deze het gezin aanmoedigt om haalbare doelen te stellen, passende acties te kiezen en de kleinste positieve veranderingen op te merken, bouwt het gezin kennis, competenties en succeservaringen op en kunnen weer geloven in het eigen kunnen (self-efficacy). Er bestaat in de communicatie tussen mensen de neiging om onbedoeld elkaars kracht te ondermijnen door of problemen van elkaar over te nemen en te gaan 'redden', of elkaar op tekortkomingen aan te vallen en 'aan te klagen'. Dit heeft 'slachtoffergedrag' tot gevolg ('dramadriehoek' van Karplan, 1968). Deze neiging is hardnekkig omdat het een elkaar verstekend proces is, gedrag vanuit de ene rol lokt vanzelf gedrag vanuit een tegenoverstaande rol uit. De gezinswerker moet zich bewust zijn van deze neiging en dit doorbreken, omdat dit empowerment in de weg staat. Gezinnen hebben er op korte termijn belang bij dat hulp hen uit handen wordt genomen en vervallen gemakkelijk in de rol van 'slachtoffer' of 'aanklager'. Hulpverleners voelen zich verantwoordelijk voor het proces van het gezin en gaan 'redden'. De kern voor de gezinswerker is de verantwoordelijkheid bij het gezin te laten. Kritisch te zijn in gesprekken met het gezin, door zich af te vragen: voor wie is dit goed? En vanuit welke rol reageren

het gezin en ik? De attitude van de gezinswerker is die van een coach, die het gezin helpt bij het stellen en realiseren van relevante en realistische doelen.

In de eigen leefsituatie

Het gaat er om dat de hulp in de directe leefwereld van het gezin en de kinderen wordt aangeboden. Dus thuis, op school of in het publieke domein. Het gezin importeert de oplossingen in plaats van dat problemen geëxporteerd worden naar instituties. Dit principe hangt zowel samen met de keuze voor regie bij het gezin als met de sociaal- ecologische benadering.

De gekozen begeleidings- en zorginterventies zijn zo toegankelijk mogelijk en bevorderen op een veilige wijze integratie van het kind en het gezin in huis en in de buurt.

Hulp zou idealiter in of nabij de eigen leefomgeving geboden moeten worden. Deze leefomgeving gaat zover als deze voor het gezin reikt en kan dus per gezin verschillen. Het gaat bij dit principe ook om de bereikbaarheid van hulp of ondersteuning. Dit kan betekenen dat men in crisis situaties ook buiten kantoor uren kan bellen of de gezinswerker per sms kan bereiken. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een pieperdienst worden georganiseerd. In de praktijk blijkt dat het idee van bereikbaarheid door gezinnen sterk te worden gewaardeerd maar dat er in de praktijk weinig gebruik van wordt gemaakt (Hermanns, Mordang, & Mulders, 2003). Voor hulpverlenende instanties betekent dit letterlijk en financieel toegankelijk, laagdrempelig en binnen handbereik van gezinnen zijn.

Samenwerking

Bij dit principe wordt in het bijzonder bedoeld op samenwerking binnen het sociale netwerk van het gezin en tussen gezin en gezinswerker. Om doelen van gezinnen te realiseren is vaak ook samenwerking met verschillende professionals nodig. In eerste instantie gaat het daarbij om bilaterale samenwerking tussen gezin en professional, gecoacht door de gezinswerker. De ervaringen met wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg leren dat het, anders dan in de Amerikaanse context, niet altijd nodig is om rondom een gezin een team te formeren met leden van het sociale netwerk en professionals. Zo'n team kan juist de empowerment in de weg staan en de regie van het gezin op de situatie verkleinen. Wel is het belangrijk dat er één generalist is die naast het gezin staat en het gezin helpt om regie te voeren over de inzet van diverse betrokkenen. Het realiseren van een zo goed mogelijke afstemming tussen verschillende professionals is onderdeel van deze regievoering. Het is belangrijk dat er naast professionals altijd gezinsleden en leden van het sociale netwerk, die een rol spelen bij het realiseren van het gezinsplan, aanwezig zijn bij het overleg met en tussen professionals. In uitzonderingsgevallen kan het gezin zijn stem toevertrouwen aan de gezinswerker. Maar er gebeurt nooit iets buiten het gezin om waar het gezin niets van weet.

Het is vanzelfsprekend dat een gezin anderen nodig heeft om zijn doelen te bereiken. Er kan gewerkt worden met een gezinsteam dat bestaat uit het gezin, leden van hun sociale netwerk en professionals. Het gezinsplan stuurt het werk van elk teamlid richting het halen van de doelen van het gezin.

De gezinswerker maakt zelf overigens altijd deel uit van een team van collega's dat elkaar ondersteunt. Het verruimt de blik van elke werker als zo'n team is samengesteld uit verschillende disciplines, zoals jeugdzorg, maatschappelijk- werk, sociaal- juridische dienstverlening en gezondheidszorg.

Netwerkondersteuning

Netwerkondersteuning is een belangrijk onderscheidend kenmerk van wraparound care. Hierin komt het sociaal-ecologisch perspectief tot uiting. Netwerkondersteuning is geen doel op zich maar een middel voor gezinnen om greep en regie te krijgen op hun situatie. Mensen staan er niet alleen voor maar 'samen'. Iedereen heeft iemand nodig waar hij op terug kan vallen.

De gezinswerker steunt het gezin om actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van het gezin te zoeken en te betrekken. In het gezinsplan zijn activiteiten en interventies opgenomen om aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aan te trekken.

Het gaat hierbij voornamelijk om persoonlijke sociale netwerken. Er wordt gestreefd naar herstel van 'het gewone leven'. Iedereen vraagt wel eens een vuurvrouw, broer of vriend om raad of hulp. Netwerkondersteuning vindt plaats met een positieve blik: het stimuleert gezinnen bestaande contacten te versterken.

Gezinswerkers neigen vaak te denken eerst de echte grote problemen te moeten oplossen. Ze zien het sociale netwerk vaak als iets vanzelfsprekends of een aspect van lagere prioriteit. Dit is niet het geval. Het is een fundamenteel onderdeel van de eigen kracht van het gezin en nodig om na beëindiging van een hulpverleningstraject 'het gewone leven' op een duurzame wijze te behouden.

Gezinswerkers kunnen gezinnen ondersteunen in het vinden van anderen en hoe deze om hulp te vragen, nog voordat 'de grote problematiek' is aangepakt.

Het 'geheim' is de balans tussen geven en ontvangen. Zo kunnen trauma's bij ouders er bijvoorbeeld voor zorgen dat dit uit balans is geraakt, waardoor ze hun eigen leven moeilijk kunnen reguleren en dit op hun beurt niet adequaat aan hun kinderen kunnen overbrengen of aanleren.

Het is de taak van de gezinswerker om mee te zoeken naar wat er wel is of is geweest en het gezin en de gezinsleden te ondersteunen deze bronnen aan te boren of opnieuw te activeren. Van belang is hierbij niet normatief te zijn, maar puur te kijken naar wat werkt voor het gezin en dit vooral in samenwerking met hen te doen. Creativiteit van de gezinswerker kan hierbij goed van pas komen.

Op maat

Binnen het wraparound care-model levert professionele hulpverlening altijd maatwerk. De diensten en interventies van professionals zijn dienstbaar aan de doelen en prioriteiten van het gezin. Dit is een logische implicatie van het eerste principe. Anders dan in de Amerikaanse situatie vindt afstemming (uitgangspunt 'samen') zo veel als mogelijk plaats onder regie van het gezin zelf. Het gezinsplan vormt het gemeenschappelijke 'kader'. Dit principe wordt voor de Nederlandse situatie geherformuleerd.

Om de doelen in het gezinsplan te bereiken maakt het gezin zo nodig gebruik van specialistische hulp en dienstverlening. Deze dienstverlening wordt door het gezin met ondersteuning van een gezinswerker gezocht en op elkaar afgestemd.

Er wordt gestreefd naar hulpverlening op maat, wat inhoudt dat deze wordt afgestemd op de doelen van het gezin. Het perspectief van het gezin is leidend.

Een belangrijk instrument hierbij is het gezinsplan, een document van het gezin waarin hun doelen, de wijze/ stappen van handelen en daarbij de (al dan niet professionele) betrokkenen beschreven zijn. Dit plan is in eigenaarschap van het gezin. Het is hún plan op hún keukentafel, en dus niet het behandelplan van de gezinswerker in de dossierkast.

Voor de gezinswerker betekent dit dat tijdens het traject steeds zal blijven checken of men nog op het spoor van het gezin zit en gaandeweg eventueel het plan aanpassen. Goed samenwerken met het gezin is hiervoor noodzakelijk.

'Op maat' betekent ook het aanpassen van communicatiemiddelen op de doelgroep. Zo kan bijvoorbeeld sociale media goed worden ingezet bij jongeren, omdat dit aansluit bij hun leefwereld. Daarnaast kan dit ook praktische waarde hebben, wanneer een cliënt bijvoorbeeld tijdelijk bij familie in het buitenland verblijft of om andere redenen logistiek lastig te bereiken valt, kan er contact gehouden worden met behulp van skype of door middel van chatten.

Resultaatgericht

Dit is een belangrijk kenmerk van wraparound care. De ondersteuning van de gezinswerker en van andere betrokkenen is niet vrijblijvend maar praktisch en doelgericht. Het gezinsplan vormt het belangrijkste kader.

De gezinswerker helpt het gezin om de doelen en strategieën van het gezinsplan te verbinden aan waarneembare of meetbare indicatoren van succes, de voortgang van deze indicatoren te monitoren en aan de hand daarvan het plan zo nodig bij te stellen.

De ingezette hulpverlening is geen vrijblijvend proces. Er wordt gewerkt aan verandering, opdat het gezin zichzelf weer kan reguleren. Hiervoor worden doelen opgesteld door het gezin. Empowerment is hierin een werkzame factor: het programmeren van succes. Samen met het gezin worden de doelen zo concreet mogelijk opgesteld. Hiervoor is de SMART methode een geschikte. De doelen moeten haalbaar en enigszins bescheiden zijn, zodat er succeservaring kan worden opgedaan. De gezinswerker monitort de resultaten, stimuleert het gezin succes te boeken. Het gezin wordt ondersteund in het herkennen, benoemen en het vieren van vooruitgang. Kleine successen worden uitvergroet en er wordt vooral benoemd wat goed gaat.

De gezinswerker zoekt de juiste balans tussen resultaatgerichtheid en geduld. Dus aan de andere kant ook niet te snel willen, en vooral het eigenaarschap van doelen bij gezin laten. Regelmatig checken en aansluiten blijft belangrijk. Het is zinnig om regelmatig momenten van evaluatie in te plannen waarbij de gezinswerker zowel op de inhoud als het proces van de begeleiding (de samenwerking tussen gezin en werker) feedback vraagt. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van een Session Rating Scale (Duncan, et al., 2003).

Wanneer in een periode van maximaal zes maanden de conclusie getrokken wordt dat er geen stappen op weg naar de gestelde doelen gezet zijn en ook naar alle waarschijnlijkheid niet gezet gaan worden moet overwogen worden te stoppen. Dit wordt bepaald en besloten in gezamenlijk overleg tussen de gezinswerker, werkbegeleider en het gezin. Stoppen betekent niet dat men aan het lot wordt over gelaten, maar is eerder de conclusie dat dít niet werkt. Vervolgens gaat men samen op zoek naar de reden hiervoor en wat mogelijk wel zou kunnen werken.

Hoe beoordeelt u het bezoek van vandaag? Zet een kruisje op de volgende assen.

Relatie

☹ _____ ☺

Doelen en onderwerpen

☹ _____ ☺

Aanpak en methode

☹ _____ ☺

Algemeen oordeel

☹ _____ ☺

Doorzettingsvermogen

De situatie waar gezinnen met een opeenstapeling aan problemen mee te maken hebben is vaak complex en weerbarstig. Hulpverlening in het verleden is vaak op niets uitgelopen. Juist daarom is het belangrijk dat niet snel wordt opgegeven

Ondanks soms grote uitdagingen werkt het gezin, de gezinswerker en de mensen daar omheen door om de doelen in het gezinsplan te behalen, totdat het gezin met de gezinswerker samen besluiten dat begeleiding niet meer nodig is.

Op gezinsniveau moet de werker erop voorbereid zijn met het gezin hobbels te nemen. Hij of zij moet niet snel opgeven, positief blijven en hoop geven. De gezinswerker staat hierin model voor adequate coping. Terugval of tijdelijke stilstand hoort ook bij 'het gewone leven' en het proces. De mogelijkheid van tegenslagen of terugval wordt besproken met het gezin en de wijze van aanpak in dit geval opgenomen in het gezinsplan. De gezinswerker wordt in het proces ondersteund en begeleid door de werkbegeleider.

Als het gaat om stagnerende samenwerking met professionals kan gebruik gemaakt worden van een escalatiemodel dat wordt ingezet wanneer instanties niet meewerken of doen wat afgesproken is. Hierdoor kunnen samenwerkingsproblemen snel op managementniveau en eventueel uiteindelijk op bestuurlijk niveau worden opgelost.

Naast de hierboven genoemde principes wordt in Nederland een principe toegevoegd.

Veiligheid

Wraparound care is in de Utrechtse jeugdzorg toegepast op gezinnen met een opeenstapeling van problemen. In deze gezinnen is het risico van onveiligheid relatief groot. Daarom is er voor gekozen om een principe toe te voegen: veiligheid. Dit principe is geen sluitpost maar een aspect dat vanaf de start van het proces aandacht nodig heeft.

Gedurende het hele begeleidingsproces monitort de gezinswerker de veiligheid van alle betrokkenen, in het bijzonder die van de kinderen. Als de risico's voor onveiligheid groot zijn vormt dit automatisch een aandachtspunt met prioriteit in het gezinsplan.

Veiligheid heeft betrekking op alle gezinsleden, de veiligheid van anderen die risico's kunnen lopen door gedrag van gezinsleden en de veiligheid van de gezinswerker. Veiligheid moet voortdurend gemonitord worden door de gezinswerker en de werkbegeleider.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat veiligheids- en risicotaxaties niet altijd worden gedaan of standaard zijn verwerkt in hulpverleningsmethodieken. Het is echter van groot belang dat de gezinswerker alert is op veiligheidsrisico's en wanneer zich dit voordoet hier adequaat op reageert. Inschatten van (on)veiligheid wordt ondersteund door een passende risicotaxatie instrumenten. Op dit moment lijkt de California Family Risk Assessment (CFRA) daarvoor het meest geschikte instrument.

Dit instrument werkt als een correctiemechanisme voor de eigen indruk van de werker en helpt hem of haar zijn waarnemingen te structureren en onderbouwen. Ook systematische coaching voor de gezinswerker door een werkbegeleider op dit thema is van groot belang.

Agenderen van onveiligheid is vervolgens een vak apart. Hulpverleners moeten zich bewust zijn van gekleurde waarneming door onder andere indrukken van het gezin of eigen handelingsverlegenheid omtrent wat te doen als je iets signaleert. Er zijn een aantal methodieken voor het bespreekbaar maken van onveiligheid in gezinnen, hiervan is Signs of Safety misschien wel de methode die het meest in opkomst is in Nederland. Al dit soort methodieken kent echter een aantal gemeenschappelijke vuistregels voor het bespreken van mishandeling of verwaarlozing.

Vuistregels bespreken van onveiligheid

- Oordelen of te beschuldig niet
- Verwijs naar zichtbare waarnemingen en feiten
- Kijk naar het hele systeem en naar ieders aandeel
- Vraag hoe je kan helpen
- Geef aan wat de volgende stap is en wat je van het gezin verwacht
- Focus op de krachten van het gezin en werk van daaruit naar verbetering

Het Nederlandse wraparound care-model

Regie bij het gezin

Gezin spreekt zich uit en kiest

Het perspectief van ouders en hun kinderen staat tijdens alle fasen van de begeleiding centraal. De gezinswerker ondersteunt hen bij het verwoorden van wat ze willen bereiken en bij het stellen van prioriteiten.

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

Positief

Eigen kracht als basis

Het gezinsplan en begeleidingsproces identificeren, bouwen voort op en vergroten de kennis, vaardigheden en eigen kracht van het kind en het gezin, en hun netwerk.

Samen

In de eigen leefsituatie

De gekozen begeleidings- en zorginterventies zijn zo toegankelijk mogelijk en bevorderen op een veilige wijze integratie van het kind en het gezin in huis en in de buurt.

Samenwerking

Het is vanzelfsprekend dat een gezin anderen nodig heeft om zijn doelen te bereiken. Er kan gewerkt worden met een gezinsteam dat bestaat uit het gezin, leden van hun sociale netwerk en professionals. Het gezinsplan stuurt het werk van elk teamlid richting het halen van de doelen van het gezin.

Netwerkondersteuning

De gezinswerker zoekt en motiveert actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van het gezin. In het gezinsplan worden mogelijkheden benut om aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aan te trekken.

Op maat

Om de doelen in het gezinsplan te bereiken maakt het gezin zo nodig gebruik van specialistische hulp en dienstverlening. Deze dienstverlening wordt door het gezin met ondersteuning van een gezinswerker gezocht en op elkaar afgestemd.

Binnen kaders

Resultaatgericht

De gezinswerker helpt het gezin om de doelen en strategieën van het gezinsplan te verbinden aan waarneembare of meetbare indicatoren van succes, de voortgang van deze indicatoren te monitoren en aan de hand daarvan het plan zo nodig bij te stellen.

Doorzettingsvermogen

Ondanks soms grote uitdagingen werkt het gezin, de gezinswerker en de mensen daar omheen door om de doelen in het gezinsplan te behalen, totdat het gezin met de gezinswerker samen besluit dat begeleiding niet meer nodig is.

Veiligheid

Gedurende het hele begeleidingsproces monitort de gezinswerker de veiligheid van alle betrokkenen, in het bijzonder die van de kinderen. Als de risico's voor onveiligheid groot zijn vormt dit automatisch een aandachtspunt met prioriteit in het gezinsplan.

4.4 Organisatorische inbedding

Om wraparound care in de praktijk te kunnen brengen is het van belang dat gezinswerkers zelf op adequate wijze in hun werk worden gecoacht. Dat komt hieronder aan de orde onder de noemer 'werkbegeleiding'. Ook is het noodzakelijk dat werkers door middel van training en intervisie of supervisie continu bezig zijn te reflecteren op hun eigen professionele handelen en dit te verbeteren. Tot slot zijn er bestuurlijke randvoorwaarden die effectieve uitvoering van wraparound care bevorderen.

Werkbegeleiding

Het ondersteunen van gezinnen volgens de principes van wraparound care vergt veel van gezinswerkers. Consequent bevorderen van empowerment vraagt een andere stijl dan waar veel werkers vertrouwd mee zijn. Meer coachen en minder overnemen van verantwoordelijkheid. Consequent betrekken van het sociale netwerk. Onderhouden van goede relaties met professionals en vrijwilligers van organisaties waar het gezin mee te maken heeft, maar wel op een manier dat de regie bij het gezin blijft. Dus wel informele contacten leggen met netwerkpartners uit verschillende sectoren en de werkwijze van wraparound care uitleggen. Maar als het om een specifiek gezin gaat niet praten *over*, maar *met* het gezin. Afstemmen van hulpverlening op een manier die recht doet aan de agenda van het gezin in kwestie.

Werken volgens het wraparound care-model is per definitie niet gestandaardiseerd en vraagt daarom flexibiliteit en creativiteit. Doel en richting van de ondersteuning zijn glashelder: versterken van regie van het gezin over het eigen leven. Wat daarvoor in de gegeven context, bij dit gezin op deze dag het beste is om te doen staat van te voren niet vast. De werker kiest steeds uit zijn brede gedragsrepertoire de meest passende interventie.

Hoewel werken volgens de principes van wraparound care improvisatievermogen vraagt is het ook een doelgericht en gestructureerd proces waarbij de werker de vooruitgang monitort en waarmee hij stopt als het niet helpt. De gezinswerker heeft grote verantwoordelijkheden. Hij heeft vaak te maken met een wettelijk kader, zoals een ondertoezichtstelling, en dient altijd alert te zijn op veiligheidsrisico's. Als er signalen zijn van onveiligheid moet hij deze bespreken in het gezin en dient hij te werken aan het herstel van een veilige opvoedsituatie.

Er is afgelopen jaren sterk geïnvesteerd in professionalisering van de jeugdzorg. Jeugdzorg ligt vaak onder vuur, de sector is continu in beweging en steeds worden er nieuwe eisen aan de werkers gesteld. Vernieuwingen gaan gepaard met methodische veranderingen die geïmplementeerd worden door middel van training. Een begrijpelijke reactie van werkers hierop is: "Nee, niet weer iets nieuws!" of "Maar dat doen we al lang!".

Hulp vragen is bovendien moeilijk. Niet alleen de gezinnen die we begeleiden hebben moeite om hun netwerk te betrekken bij de oplossing van problemen. Ook veel professionals hebben de neiging om problemen in het werk zelf op te willen lossen in plaats van deze voor te leggen aan een collega of werkbegeleider. Advies vragen maakt kwetsbaar. Het kan lijken alsof de werker zijn werk onvoldoende beheerst. En als hij advies krijgt, kan hij zich gedwongen voelen om het op te volgen. Dat verkleint zijn gevoel van autonomie. Vanwege deze reflexen is het van belang om een vorm van collegiale consultatie, intervisie of werkbegeleiding structureel onderdeel te laten zijn van het werkproces.

Professionals die als gezinswerker gaan werken volgens de principes van wraparound care doen dat niet voor niets. In het onderzoek naar wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg bleek dat bijna alle werkers geïnteresseerd waren in het model. Ze hadden van nature, door scholing of ervaring een groot deel van de competenties in huis die nodig waren om het uit te voeren. Toch heeft bijna elk team en elke werker zijn valkuil of blinde vlek. Een goede training is waardevol om te ontdekken wat goed gaat én wat beter kan.

Blijvende gedragsverandering is echter een kwestie van lange adem. De verandering beklijft alleen als je oefent in de praktijk, positieve aandacht krijgt, 'bijstuur'-informatie ontvangt en succeservaringen opdoet. Werkbegeleiding kan dit proces ondersteunen.

De principes van wraparound care lenen zich goed voor toepassing binnen werkbegeleiding. Er wordt aangesloten bij de kracht van de werker en deze heeft regie over zijn leerproces. Dit vraagt dus ook van de werkbegeleider een coachende stijl. Tegelijkertijd hoeft de werker niet alles zelf te kunnen en zelf te doen. De werkbegeleider heeft een beeld van waar competenties liggen van teamleden en van anderen in het professionele netwerk en moedigt de werker aan om hulp te vragen en hulp te geven. Hij heeft een optimistische blik op de ontwikkelingsmogelijkheden van de werker zonder dat de begeleiding vrijblijvend is. Werkbegeleiding is een doelgericht leerproces. Het kader wordt gevormd door de opdracht van de werker: het op systematische wijze bevorderen van empowerment van gezinnen met aandacht voor de veiligheid van met name de kinderen. Werkbegeleiding is gericht op het versterken van de effectiviteit van de hulpverlening. Dit gebeurt enerzijds door het vergroten van de regie, het zelfvertrouwen en de competenties van de werker en anderzijds door het bewaken van de doelen en de veiligheid. De werkbegeleider is er altijd alert op dat de werker niet ingezogen raakt in de situatie binnen het gezin.

Het wraparound care-model is een goede kapstok waarlangs je werkbegeleiding kunt organiseren. Hierbij past een integrale benadering van leren gericht op versterking van kennis en vaardigheden en verheldering van waarden, motieven en drijfveren op basis van ervaring.

Een aantal vragen zou altijd in de werkbegeleiding terug moeten komen:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Hoe gaat het met de gezinnen waarmee je werkt? Komen de gestelde doelen dichterbij en is het tempo hoog genoeg?2. Hoe is het met de veiligheid van alle gezinsleden, in het bijzonder van de kinderen? Hoe is het met de veiligheid van de gezinswerker?3. Hoe gaat het verder met de gezinswerker?4. Wat is er nog meer van belang om te bespreken? |
|--|

Het is belangrijk dat werkbegeleiders zelf ook gericht blijven op leren en hierin worden ondersteund door middel van training, intervisie en coaching.

Bestuurlijke randvoorwaarden

Bij wraparound care staat empowerment van het gezin centraal. Het gezin speelt een centrale rol in het proces van hulpverlening en heeft inspraak in de manier waarop dit proces zich voltrekt en wie erbij betrokken zijn. Om deze flexibiliteit mogelijk te maken dient de gezinswerker op een creatieve manier in te spelen op de behoeften van het gezin binnen de gestelde kaders. De capaciteiten zijn er en we weten hoe we deze verder kunnen vergroten. Maar wat als er ook andere hulpverleners ingeschakeld moeten worden? Hoe zit het met gecombineerde hulp? Wat als de hulpverlening onder verschil-

lende budgethouders valt? Naast de behoeften van het gezin komen dan andere aspecten centraal te staan. Aspecten die ervoor zorgen dat men niet gestimuleerd wordt in dienst van het gezin te werken.

Wanneer er wordt geconstateerd dat de hulp niet binnen de gestelde kaders van het budget valt, maar onder het budget van een ander wordt het gezin vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Zonder kwade bedoelingen wordt op die manier het gezin ontmoedigd en noodzakelijke hulp niet verleend, terwijl iedereen in principe in zijn gelijk staat. Omdat tevens verantwoording afgelegd moet worden over het budget, neemt de ruimte voor flexibiliteit nog verder af, evenals de bereidheid een risico te nemen omdat er bijvoorbeeld geen diagnose gesteld is.

Ook op bestuurlijk niveau is het de uitdaging om elkaar te helpen verantwoordelijkheid te nemen door:

- Uit te gaan van elkaars kracht en positieve intenties
- Empowerment niet alleen van het gezin te verwachten en na te streven maar ook van de professional en de bestuurder
- Ook bij doorverwijzingen eigenaar te blijven over het proces en elkaar hierin steunen
- Bij samenwerking de verantwoordelijkheid delen in plaats van verplaatsen

Aandachtspunten hierbij zijn: Samenwerken waarbij ook echt 'samen gewerkt' wordt. Dus met elkaar op zoek naar een oplossing ook ten aanzien van de financiering. Vasthoudend zijn, eigenaarschap tonen voor de vraag waarmee de cliënt naar je toe komt. Empowerment ook zelf nastreven. Uitzoeken wat ervoor nodig is om echt maatwerk te leveren en dat realiseren. Je steeds weer beseffen dat het gezin jouw klant is. Innoveren. Beperkingen opsporen en opheffen.

5 Conclusie

5.1 Terugblik

In dit onderzoeksrapport zijn de resultaten van meer dan twee jaar onderzoek naar het wraparound care-model in de provincie Utrecht uitgebreid beschreven. De diverse onderzoeksmethodieken die we hebben gecombineerd hebben geleid tot een veelheid aan informatie over wraparound care in de Nederlandse situatie. De volgende vragen hebben afgelopen jaren als leidraad gediend in ons werk:

- Hoe kan het wraparound care-model in de provincie Utrecht worden geconcretiseerd en op een effectieve en theoretisch onderbouwde wijze worden toegepast?
- Welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?
- Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen diverse in Utrecht toegepaste vormen van thuisnabije, integrale, systeemgerichte en vraaggestuurde vormen van gezinsbegeleiding gericht op empowerment van het gezin?
- Wat zijn hierin de meest effectieve praktijken of “best practices”?
- Wat zijn de organisatorische randvoorwaarden voor toepassing van het wraparound care-model in de provincie Utrecht?

Hoe kan het wraparound care-model in de provincie Utrecht worden geconcretiseerd en op een effectieve en theoretisch onderbouwde wijze worden toegepast?

We concluderen dat de principes van wraparound care in Nederland met succes kunnen worden toegepast op hulpverlening aan gezinnen met een opeenstapeling van problemen. Verschillende organisaties bieden intensieve vormen van gezinsbegeleiding aan die wordt uitgevoerd door één generalist, een ‘expert van het gewone leven’ die naast het gezin staat en het gezin helpt door de bomen het bos te zien, te doen wat nodig is en zo nodig verschillende vormen van ondersteuning op elkaar af te stemmen. De kracht zit in de combinatie van gezinsondersteuning en coördinatie van zorg gericht op het vergroten van regie van het gezin over de eigen situatie.

Welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?

Het model spreekt aan omdat het zowel voor gezinsleden als hun begeleiders concrete handvatten biedt en daardoor motiveert. Het heeft in de provincie Utrecht kunnen werken omdat het onderdeel vormde van het UJC, een breed gedragen vernieuwingsagenda. De verschillende initiatieven zijn zowel gesteund door de provincie en de gemeentes in hun rol van opdrachtgever als vanuit de betrokken uitvoerende organisaties en hun partners in het veld. Gemeentelijke en provinciale doorbraakteams hebben ervoor proberen te zorgen dat bestuurlijke barrières, voor zover dit mogelijk was, werden weggenomen. Wraparound care past in de tijdsgeest en sluit aan bij de trend om verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn zo laag mogelijk te beleggen zodat er op lokaal niveau geïntegreerde vormen van hulp kunnen ontstaan die passen bij de lokale context.

Het proces was niet altijd gemakkelijk, wat hoort bij pionieren. De pilots hadden voor verschillende betrokkenen een verschillende betekenis en verschillende betrokkenen hadden een verschillende agenda. “We doen het al!”, “Het werkt niet voor onze gezinnen”, “Wij willen geen nieuwe methodiek en geen nieuwe protocollen.” Werkers zijn op verschillende wijze gevormd en nemen eerdere ervaringen

mee in hun handelen. Het is niet altijd vast te stellen hoe wat men zegt zich verhoudt tot wat men doet. Ditzelfde geldt voor de andere initiatieven die zijn onderzocht. Hoewel de overeenkomsten bij aanvang groot leken, blijkt het wraparound care-model voor alle initiatieven concrete meerwaarde te bieden.

Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen diverse in Utrecht toegepaste vormen van thuisnabije, integrale, systeemgerichte en vraaggestuurde vormen van gezinsbegeleiding gericht op empowerment van het gezin?

Alle pilots, projecten en methodieken die zijn onderzocht werken inderdaad in de gezinnen, thuisnabij en systeemgericht. Niet alle initiatieven werken even integraal (IOG minder) of vraaggestuurd ('wisselgeld' niet). De meeste initiatieven streven empowerment van de doelgroep na. Wisselgeld niet. De initiatieven verschillen in de mate waarin de abstracte principes concreet methodisch zijn uitgewerkt. De belangrijkste verschillen zitten verder in de nadruk die er ligt op begeleiding (zoals bij IOG, '10' voor Toekomst en Talita) of op coördinatie van zorg (zoals bij de pilot één kind, één plan en bij gezinscoaching). In de WAC-pilots en in het project 'Wisselgeld' worden ondersteuning en coördinatie door één persoon uitgevoerd. Dit is een belangrijke meerwaarde van wraparound care omdat het zorgt voor continuïteit voor het gezin en het aantal centrale hulpverleners minimaliseert. Bovendien kan daardoor worden gegarandeerd dat de coördinatie van zorg plaatsvindt ten dienste van het gezin en gezinsleden gedurende het begeleidingsproces zelf zo veel als mogelijk de regie over hulpverlening op zich kunnen nemen. In vergelijking met bestaande methodieken is de gelijktijdige aandacht voor empowerment én samenwerking de belangrijkste toegevoegde waarde van wraparound care.

Wat zijn hierin de meest effectieve praktijken of "best practices"?

De bovengeschetste overeenkomsten en verschillen gaan over de werkwijze van de initiatieven als geheel, op generiek niveau en zijn met name gebaseerd op documentanalyse. In de loop van de tijd hebben we ontdekt dat de idealen van veel betrokkenen bij de jeugdzorg in de provincie Utrecht met elkaar overeenkomen, maar dat dit nog niet geldt voor de praktijk.

Tijdens het onderzoek is opgevallen dat de verschillen tussen werkers binnen elk initiatief groot zijn. De effectiviteit van wraparound care staat of valt met de werkalliantie die ontstaat tussen gezinswerker en gezin en de mate waarin de werker gelooft in de uitgangspunten en principes van het model. Dit hangt af van de persoonlijke kenmerken van de gezinswerker en de manier waarop hij in zijn werk wordt begeleid. We zijn hiervan in alle initiatieven goede voorbeelden tegen gekomen.

Het is onze indruk dat afgelopen jaren mede onder invloed van het onderzoeksprogramma bij veel gezinswerkers een substantiële gedragsverandering heeft plaatsgevonden: met het gezin praten in plaats van over het gezin, naast het gezin staan in plaats van ertegenover, activeren in plaats van overnemen, zien wat al werkt in plaats van wat er niet werkt. De gezinswerkers hebben hiervan positief effect op de gezinnen ervaren. Dit werkte als stimulans om in de gedragsverandering te volharden. Hierdoor ontstond er toenemend vertrouwen in de kracht van het gezin.

Wat zijn de organisatorische randvoorwaarden voor toepassing van het wraparound care-model in de provincie Utrecht?

Er zijn geen strikte organisatorische randvoorwaarden voor toepassing van wraparound care. Gedacht vanuit de uitgangspunten van het model kan iedere betrokkene zelf verantwoordelijkheid nemen (eigen regie) om in de context van zijn werk (in kaders) kansen te herkennen en te benutten (positief) en medestanders te vinden (samen) om de wraparound care-principes toe te passen.

Werken vanuit empowerment heeft, als het systematisch en consequent wordt doorgevoerd, echter ingrijpende gevolgen voor hulpverlening, zowel op het niveau van de attitude en het gedrag van individuele (gezins)werkers als op het gebied van de organisatie van zorg. Het kan daarom het beste worden toegepast in een omgeving waarin de principes op alle niveaus worden omarmd. Dat wil zeggen

door de gezinswerker, door zijn werkbegeleider, leidinggevende en organisatie waar hij deel van uit maakt, door zijn professionele netwerk (de verschillende 'ketens') én de verantwoordelijke bestuurders en financiers. Dit is vooral van belang om de nodige flexibiliteit te creëren en de financiële middelen vrij te maken voor de soms zeer intensieve begeleiding.

5.2 Hoe nu verder?

Het wraparound care-model lijkt zich goed te lenen als inspiratiebron voor het vormgeven van de transitie van de jeugdzorg en de proeftuinen die daaraan voorafgaan. Het kan een gemeenschappelijk referentiekader vormen binnen Centra voor Jeugd en Gezin. Het sluit aan bij de trend om de verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn zo laag mogelijk te beleggen en optimaal gebruik te maken van burgerkracht. Het model is congruent met bewegingen zoals 'Welzijn Nieuwe Stijl' en kan ook als model dienen voor decentralisatie op andere gebieden dan de jeugdzorg.

Werken volgens het wraparound care-model betekent niet dat een gemeente het bestaande zorgaanbod volledig hoeft te vervangen. Het kan dienen als impuls om bestaande vormen van zorgcoördinatie, gezinsbegeleiding en meer gespecialiseerde zorg te hervormen zodat geboden hulp beter aansluit op wat nodig is, beter gebruik wordt gemaakt van burgerkracht en continuïteit beter wordt gewaarborgd.

Dit kan door:

- De keuze voor wraparound care als visie op hulpverlening expliciet te maken en te communiceren aan alle partners binnen zorg- en welzijn, onderwijs, justitie, woningbouw, schuldhulpverlening et cetera.
- Het organiseren van gemeenschappelijke training, kennisuitwisseling en intervisie tussen professionals uit verschillende sectoren.
- Speciale wraparound care-teams in te richten met ruim mandaat, bijvoorbeeld op wijkniveau, voor ondersteuning van de meest kwetsbare gezinnen, in of aangehaakt aan Centra voor Jeugd en Gezin. Initiatieven die ervaring hebben met een vergelijkbare manier van werken, zoals in de provincie Utrecht de initiatieven die waren aangesloten bij het onderzoeksprogramma, kunnen hierin een voortrekkersrol vervullen. In zo'n team kunnen naast maatschappelijk werkers en professionals uit de jeugdzorg ook school maatschappelijk werkers, sociaal juridische dienstverleners, mensen met een achtergrond in de psychiatrie en gehandicaptenzorg zitting hebben.
- Het inrichten van een opschalingsysteem, zodat escalatie mogelijk is als netwerkpartners zich onvoldoende dienstbaar en flexibel opstellen.

Hierbij zijn verschillende vormen van vervolgonderzoek ondersteunend.

Ontwikkelingsgericht handelingsonderzoek

Samen met de partners binnen een CJG of proeftuin op een waarderende manier ontdekken hoe wraparound care in de gegeven context kan worden toegepast.

Onderzoek onder netwerkpartners

Samen met netwerkpartners nagaan hoe zij flexibel kunnen zijn en hun discretionaire ruimte optimaal kunnen benutten binnen de kaders van hun eigen organisatie en financieringssysteem. Belang van formele convenanten en informele netwerken.

Vergelijking van meer methodieken met wraparound care-principes

De initiatieven die nu in de provincie Utrecht zijn onderzocht en vergeleken zijn met wraparound care, hebben zich zelf bij de provincie en de hogeschool gemeld. Zowel binnen als buiten de provincie zijn er nog veel meer methodieken waarvan kan worden vastgesteld in hoeverre zij congruent zijn met de wraparound care-principes.

Effectiviteit, efficiëntie en social return on investment

Onderzoek naar de financiële, economische en sociale kosten en baten van wraparound care.

Organisatorische randvoorwaarden

Onderzoek naar financieringsvormen en verantwoordingsmechanismen die bevorderen dat gezinsgericht en krachtgericht wordt gewerkt en er een soepele samenwerking is tussen netwerkpartners.

Als directe spin-off van het onderzoeksprogramma worden op dit moment onderwijsprogramma's van de Faculteit Maatschappij en Recht geactualiseerd. Er wordt onderwijs- en trainingsmateriaal ontwikkeld. Op basis van de resultaten van de enquête onder gezinswerkers zal een ontwikkelingsgerichte assessmenttool worden gemaakt waarmee op het niveau van een individuele werker een beeld kan worden gegeven van het "wraparound care gehalte" van het professionele handelen en de professionele attitudes. De tool kan ingezet worden in het werkveld om wraparound care trainingen te personaliseren en daarmee effectiever te maken. Ook zijn we bezig naslagmateriaal te ontwikkelen, opdrachten te maken, werkvormen te kiezen en casuïstiek te beschrijven. Zodra dit beschikbaar is, wordt dit materiaal als open source digitaal beschikbaar gesteld aan het werkveld.

Literatuur

- Admiraal, L., Brandts, A., Goede, J. de., & Schamhart, R. (2010). *Onderzoeksrapport Vooronderzoek Pilots wraparound care Utrecht en Amersfoort*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Brandenburg, M. van & Puts, M. (2002). *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, een methodiek*. Amsterdam: SWP.
- Brown, J., Cohen, R., Johnson, J., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of clinically recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11); 1065-1078.
- Bruns, E., Walker, J., Adams, J., Miles, P., Osher, T., Rast, J., et al. (2004). *Ten principles of the wraparound process*. Portland: Portland State University.
- 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.
- Chenven, M. (2010). Community Systems of Care for Children's Mental Health *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Volume 19, Issue 1, Pages 163-174, Elsevier
- Cox, K.; Baker, D.; Wong, M. A. (2010) Wraparound Retrospective : Factors Predicting Positive Outcomes, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2010 18: 3, Sage
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., ClaudD.A., Reynolds, L., Brown, J., et al. (2003). The Session Rating Scale. Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*. Vol. 3, no 1. .
- Farrington (1997). Cited in Loeber, R (1997). Ontwikkelingspaden en risicopatronen voor ernstige jeugddelinquentie en hun relevantie voor interventies: Nooit te vroeg en nooit te laat. Amsterdam: Vrije Univasiteit van Amsterdam.
- Foolen, N., Steege, M. van der, & Lange, M. de (2011). *Beschrijving van methodisch handelen, handreiking om te komen tot een overdraagbare interventie*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Furstenberg, E. jr., Cook, T., Eccles, J., Elder, G., & Sameroff, A. (1999). Urban families and adolescent succes. Chicago: University of Chicago.
- Heerwaarden, Y. van (2010). *Handleiding 'Tussen In': Het overbruggen van de kloof naar de jeugdzorg. Een methodiek voor multi-probleemgezinnen met een migratie achtergrond*. Utrecht: Stichting Al Amal.
- Hermanns, J. & Leu, H. (1998). *Family Risks and family supprt*. Delft: Eburon.
- 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. (2010). Goed geregelde jeugdzorg? In H. Pijnenburg (Ed.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 61-79). Amsterdam: SWP.
- 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.
- Huijsman, B. (27 mei 2010). *Onderzoek 'wraparound care', succes- en faalfactoren met betrekking tot het maken van een plan van aanpak en het stellen van doelen samen met het gezin*.

- 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 the 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.
- Painter, K.; Allen, J. S.; Perry, B. (2011) Families' Experiences in Wraparound: A Qualitative Study Conceived and Conducted by Families Through a Professional-Family Collaboration *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2011 19: 156, Sage
- Portengen, R. (2010). *Gezinscoaching Utrecht; Verbinden en doorzetten! Een raamwerk voor methodisch handelen*. Ouderkerk aan de Amstel: TOPIC.
- 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 ontkoking voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte (advies 44)*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Regenmortel, T., (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. Volume 18, issue 4, pp. 22-42.
- Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheids Zorg (2006). *'10' voor Toekomst: gezinsondersteuning voor multi-probleemgezinnen. Methodiekb beschrijving*. Almere: Stichting Leger des Heils, Welzijns- en Gezondheidszorg.
- Suter, J., & Bruns, E. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 12, 336-351.
- Veerman, J. (1998). Bedreigende en beschermende factoren in de gezinsomgeving: gegevens uit onderzoek. From data provided by Rutter, M. (1978). Early sources of security and competence. In J. Bruner & A. Garton (Eds.), *Human Growth and Development*. Oxford: Clarendon Press.
- Werkgroep toekomstverkenningen Jeugdzorg; Tweede kamer der staten-generaal. (2010). *Jeugdzorg dichterbij*. Tweede kamer der Staten-generaal.
- Wenger, E. (1998) Communities of practice: learning as a social system. *The Systems Thinker*, Vol. 9, No. 5.
- 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), Wrap around 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.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag-Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau- TNO Kwaliteit van Leven.

Bijlage 1. Overzicht deelrapporten

In onderstaand overzicht wordt onderscheidt gemaakt tussen vier soorten rapporten: vooronderzoek (definitieve versies), studentonderzoek en deelonderzoek (intern concept).

Admiraal, L., Brandts, A., Goede, J. de., & Schamhart, R. (2010). *Onderzoeksrapport Vooronderzoek Pilots wraparound care Utrecht en Amersfoort*. Utrecht: Hogeschool Utrecht Vooronderzoek (definitieve versie)

Doel en vraagstelling

Het eerste **doel** van het vooronderzoek was om de huidige stand van zaken in de pilots in beeld te brengen. Vanuit deze inventarisatie is er een onderzoeksopzet gemaakt voor fase 1. Een tweede **doel** was het creëren van draagvlak voor dit onderzoek bij de stakeholders en gezinswerkers. De **hoofdvraag** voor het vooronderzoek was: 'Op welke wijze wordt binnen de pilots vormgegeven aan de pilot wraparound care, welke aanknopingspunten en knelpunten worden daarbij gesignaleerd en welke onderzoeksvragen zijn hieruit af te leiden voor fase 1?'

Admiraal, L., (2011). *Rapportage onderzoek fase 1 pilot Wraparound care Amersfoort*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Deelonderzoek (intern concept)

Doel en vraagstelling

Het **doel** van het onderzoek was samen met de uitvoerders van de pilotprojecten in cycli van ontwikkeling en evaluatie te komen tot een gezamenlijke doorontwikkeld model van wraparound care dat toepasbaar is in de provincie Utrecht. De **vraagstelling** luidde: 'Hoe kan het wraparound care-model in Amersfoort worden geconcretiseerd en toegepast en welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?'

Admiraal, L., Conduis, J. & Schamhart, R. (2011). *Wraparound care in de Utrechtse praktijk: lessen naar aanleiding van twee pilots*. Utrecht: Hogeschool Utrecht

Deelonderzoek (intern concept)

Doel en vraagstelling

In de context van het provinciale vernieuwingsprogramma Utrechtse Jeugd Centraal zijn van 2009 tot 2011 twee pilotprojecten uitgevoerd waarin het wraparound care-model centraal stond: één in de stad Utrecht en één in Amersfoort. De bedoeling was uit te testen in hoeverre toepassing van deze werkwijze mogelijk was en aanpassing aan de lokale context behoefde. Het Kenniscentrum Sociale Innovatie van Hogeschool Utrecht heeft – in opdracht van de provincie Utrecht – de pilots ondersteund met praktijkgericht onderzoek en professionalisering. Het onderzoek had tot **doel** een passende handelingsmethodiek voor wraparound care in de provincie Utrecht te ontwikkelen. De **centrale vraagstelling** van het onderzoek luidde: 'Hoe kan het wraparound care-model in de provincie Utrecht worden geconcretiseerd en toegepast en welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?'

Berg, A. van den, (2010.) Wraparound Care in de Utrechtse Praktijk ; Een kritische kijk op de samenwerking tussen de welzijnsorganisaties Cumulus, Stade, Portes en de andere hulpverleningsorganisaties rondom een multiprobleemgezin. Een terugblik en een blik vooruit

Studentonderzoek

Vraagstelling

Wat zijn volgens de werkbegeleiders en gezinswerkers vanuit de welzijnsorganisaties Cumulus, Portes en Stade succes- en faalfactoren in de samenwerking met de andere hulpverleningsorganisaties rondom het gezin binnen de pilot Wraparound Care en hoe verhoudt zich dit tot de literatuur?

Boucharka, S., & Zandsteeg, m., (2011). Hoop op een betere toekomst. Een onderzoek naar de ervaren opbrengsten van de Methodiek 'Tussen In' van Al Amal en hoe deze zijn ontstaan.

Utrecht: Hogeschool Utrecht

Studentonderzoek

Doel en vraagstelling

Het **doel** van dit onderzoek is inzicht krijgen in hoe de werkwijze en de opbrengst van de methodiek 'Tussen In' van Stichting Al Amal wordt ervaren door de multiprobleem-gezinnen en vertrouwenspersonen. Hierdoor wordt de kwaliteit van de methodiek verbeterd en professionalisering van de werkwijze tot stand gebracht. De **hoofdvraag** luidt: 'Welke opbrengst ervaren gezinnen, geholpen tussen januari 2009 tot heden, en hun vertrouwenspersonen dankzij de methodiek 'Tussen In' van Stichting Al Amal Utrecht in de wijk Kanaleneiland?'

Cordus, J. (2011). Gezinscoaching (Vitras/ CMD) in relatie tot het Wraparound care-model.

Utrecht: Hogeschool Utrecht

Deelonderzoek (intern concept)

Doel en vraagstelling

Het **doel** van het literatuuronderzoek in het kader van dit vooronderzoek is tweeledig. Enerzijds wordt een beeld geschetst van hoe Gezinscoaching Utrecht werkt en wat de werkzame principes zijn. Anderzijds wordt in kaart gebracht welke verschillen en overeenkomsten er in theorie zijn tussen het wraparound care-model en de manier van werken bij Gezinscoaching. Daarnaast wordt onderzocht hoeverre de bij gezinscoaching betrokken professionals op de hoogte zijn van (de principes van) het Wraparound care-model en zo ja, hoe zij deze verschillen en overeenkomsten ervaren en welke mogelijke ontwikkelpunten zij zien om de kwaliteit van deze werkwijze te verhogen.

Cordus, J., Goede, J. de., Oosterink, M., & Schamhart, R., (2011). Rapportage onderzoek fase 1 wraparound care Utrecht. Utrecht: Hogeschool Utrecht

Deelonderzoek (intern concept)

Doel en vraagstelling

Dit onderzoek richt zich op de pilot 'wraparound care' in de stad Utrecht. **Doel** van het onderzoek naar de pilot was samen met de uitvoerders van de pilot, 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. 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 neven doel van het onderzoek. Het is een vorm van actieonderzoek waarbij het

proces van verandering en ontwikkeling minstens zo belangrijk is als de uiteindelijke eindconclusie. De **vraagstelling** luidde: *'Hoe kan het model Wraparound care in Utrecht worden geconcretiseerd en toegepast en welke mogelijkheden en belemmeringen doen zich hierbij voor?'*

**Daatzelaar, L., (2011). Een kind, Een plan. Utrecht: Hogeschool Utrecht
Studentonderzoek**

Doel en vraagstelling

Het hoofddoel van dit onderzoek is het aanbieden van concrete uitgangspunten voor het oplossingsgericht werken naar concrete doelen in het kader van veiligheid, zodat er uiteindelijk een goede methodiek ontwikkeld kan worden om het bespreken en werken aan veiligheid in het gezin te optimaliseren. De ontwikkelvraag die binnen dit onderzoek centraal staat is: *'Hoe kan oplossingsgericht worden gewerkt naar concrete doelen in het gezinsplan in het kader van veiligheid?'* De centrale vraagstelling die binnen dit onderzoek voorop staat is: *'Wat zijn, wat betreft één kind één plan, de meest belangrijke aspecten van oplossingsgericht werken aan veiligheidsdoelen?'*

**Derkzen, E. (2010) Onderzoeksrapport Wraparound Care Amersfoort
Studentonderzoek**

Doel en vraagstelling

De doelstelling vloeit voort uit de vraag van de opdrachtgever om helder te krijgen welke bevorderende en belemmerende factoren van invloed zouden kunnen zijn wanneer Wraparound Care zal worden ingevoerd in de dagelijkse werkwijze. *'Onderzoeken op welke wijze Wraparound Care na afloop van de pilot zou kunnen worden geïmplementeerd in de dagelijkse werkwijze van de partners van Jong Centraal in Amersfoort.'* Hoofdvraag: *'Op welke wijze zou Wraparound Care na afloop van de pilot kunnen worden geïmplementeerd in de dagelijkse werkwijze van de partners van Jong Centraal in Amersfoort?'*

**Guldie, A (2010) . Wraparound Care; 'Onderzoek binnen de Pilot Amersfoort'
Studentonderzoek**

Vraagstelling

Hoe ervaren de gezinnen binnen de pilot Wraparound Care de samenwerking tussen hen en de betrokken hulpverleningsinstanties?

**Hanterink, M. (mei 2010). Onderzoek wraparound care, wat is de meerwaarde van het wraparound care-model voor de hulpverlening aan multiprobleem gezinnen?' Afstudeeronderzoek Ecologische Pedagogiek. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
Studentonderzoek**

Vraagstelling

Wat is de meerwaarde van het Wraparound Care model voor de hulpverlening aan multiprobleem gezinnen?

**Huijsman, B. (2010) Onderzoek 'Wraparound care' 'Succes- en faalfactoren met betrekking tot het maken van een plan van aanpak en het stellen van doelen samen met het gezin'
Studentonderzoek**

Vraagstelling

Wat zijn de succes- en faalfactoren als het gaat om het maken van een plan van aanpak en de daarbij opgestelde doelen met het gezin?

Koning, N., (2011). *Timon Talita Houten, methodiekontwikkeling*. Utrecht: Hogeschool Utrecht. Deelonderzoek (intern concept)

Doel en vraagstelling

Het lectoraat "Werken in justitieel kader" van de Hogeschool Utrecht is door de Stichting Timon gevraagd een handelingsgericht onderzoek uit te voeren bij Timon Talita met als **doel**: Het handelen van de mentoren met betrekking tot werkalliantie te verbeteren en het ontwikkelen van een hulp- en zorgaanbod volgens de principes van wraparound care.

Noa, N. (2010). *Wraparound care, 'Het gezin weer aan het roer'*. Afstudeeronderzoek Ecologische Pedagogiek. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Studentonderzoek

Vraagstelling

'Hoe kijken de gezinswerkers van de pilot Wraparound Care aan tegen het geven van de regie aan het gezin en op welke wijze geven zij hier invulling aan?'

Oosterink, M. (2011). *Wraparound care-model, vergelijkend onderzoek methodieken*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Deelonderzoek (intern concept)

Doel en vraagstelling

Zoals beschreven in het plan van aanpak van het onderzoeksprogramma Continuïteit in de jeugdzorg (2010) luidde de **probleemstelling**: *'Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen diverse in Utrecht toegepaste vormen van thuisnabije, integrale, systeemgerichte en vraaggestuurde vormen van gezinsbegeleiding gericht op empowerment van het gezin?'* In dit onderzoek zijn de initiatieven vergeleken op basis van bestudering van bronmateriaal om zo te komen met een transparant zorgaanbod; een toolkit met een overzicht van de verschillende initiatieven. De methodieken zijn vergeleken op voor WCM relevante aspecten, het wraparound care-model is hierbij steeds als uitgangspunt genomen. Het onderzoek beschrijft met nadruk niet welke methodiek 'goed' of 'slecht', 'effectief' of 'ineffectief' is.

Putter, L., (2011). *Op welke wijze wordt de eigen regie van het gezin versterkt binnen de pilot Een kind, Een plan, als een van de uitgangspunten van het Wraparound care-model?* Utrecht: Hogeschool Utrecht

Studentonderzoek

Doel en vraagstelling

Begin 2010 is vanuit de vernieuwingsagenda Utrechtse Jeugd Centraal (2008) een start gemaakt met de pilot Eén Kind, Eén Plan. De aanleiding voor het creëren van deze pilot is de niet sluitende samenwerking tussen hulpverleningsorganisaties. Met de pilot wordt gestreefd naar verbetering van de zorg voor gezinnen en kinderen met meervoudige problematieken.

Er heeft een vooronderzoek vanuit Hogeschool Utrecht plaatsgevonden, waaruit verschillende ontwikkelvragen zijn voortgekomen voor het vervolgonderzoek. Eén van de ontwikkelvragen was de eigen kracht/ regie van het gezin. Dit afstudeeronderzoek heeft zich gericht op deze ontwikkelvraag om meer inzicht te verkrijgen in de werkwijze van de professionals met betrekking tot de eigen regie van het gezin. Vanuit dit oogpunt is de volgende centrale onderzoeksvraag geformuleerd: *'Op welke wijze wordt de eigen regie van het gezin versterkt binnen de pilot Eén Kind, Eén Plan, als één van de uitgangspunten van het Wraparound care-model?'*

**Resida, W. & Vries, de, S. (2010) Wraparound care
Studentonderzoek**

Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is te analyseren aan welke criteria de inrichting van het netwerk moet voldoen om 'Wraparound Care' optimaal te laten functioneren. Vraagstelling: *Aan welke criteria moet de inrichting van het netwerk voldoen om Wraparound Care optimaal te laten functioneren?*

Schoenaker, J., Swartjes, L., Rooij, A. van., & Rijneveld, S., (2011). 10 voor Toekomst en Wraparound care. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Studentonderzoek

Doel en vraagstelling

Een van de instellingen die zich aansloot bij het onderzoeksprogramma naar wraparound care, was "10 voor Toekomst". Een hulpverleningsvariant van het Leger des Heils welke in Amersfoort en Utrecht diensten verleent aan multiprobleemgezinnen. "10 voor Toekomst" heeft aangegeven dat hun methodiek veel raakvlakken heeft met het wraparound care-model. Hierdoor wilde "10 voor Toekomst" dan ook graag inzage geven in hun werkwijze. Dit onderzoek heeft tot **doel** een heldere vertaling maken van de beschreven methodiek van "10 voor Toekomst" naar de praktijk. Daarnaast worden de krachten van de methodiek en de gezinscoaches die met deze methodiek werken, ook in kaart gebracht. Ten slotte richt het onderzoek zich op de vergelijking tussen "10 voor Toekomst" en wraparound care. De **hoofdvraag** luidt als volgt: *'Hoe verhoudt de methodiek van '10 voor Toekomst' zich met het gedachtegoed van 'wraparound care?'*

Saathof, E., Timmer, M. & Huisman, D. (2010), Onderzoeksrapport Wraparound Care Pilot Amersfoort; Onderzoek naar het competentieprofiel van de Wraparound Care gezinswerker.

Studentonderzoek

Vraagstelling

De centrale vraagstelling van het onderzoek is: *Wat is de passende handelingsmethodiek voor Wraparound Care in de provincie Utrecht (Amersfoort)?* Hoofdvraag: *Wat is het ideale competentieprofiel van de Wraparound Care gezinswerker om te kunnen voldoen aan de hulpvraag van het gezin, ervaren de gezinnen deze competenties als voldoende om hun hulpvraag te beantwoord te zien?*

Timmer, S., & Wit, T. de., (2011). Samenwerken bij Hulp aan Huis. Utrecht: Hogeschool Utrecht

Studentonderzoek

Doel en vraagstelling

Hulp aan Huis is een samenwerkingsverband tussen zeven verschillende hulpverleningsorganisaties binnen de regio Utrecht die allen gezinswerkers hebben die volgens de methodiek IOG. Via Hulp aan Huis zouden zij elkaar moeten kunnen vinden om expertise uit te wisselen en samen te werken. In dit onderzoek is onderzocht of deze samenwerking actief is, waar deze uit bestaat en wat er nodig is deze actiever te maken. **De doelstellingen** van het onderzoek zijn: De hulpverlening binnen Hulp aan Huis effectiever maken en de verschillende organisaties, binnen Hulp aan Huis intensiever laten samenwerken. De **hoofdvraag** luidt: *Welke mogelijkheden zijn er ter verbetering van samenwerking op casuïstiek niveau tussen organisaties die betrokken zijn bij Hulp aan huis in de provincie Utrecht?*

Verwey, N. & Stijn, A. van. (2011). *Onderzoeksrapport Vooronderzoek Pilot Een kind Een plan*. Utrecht: Hogeschool Utrecht
Vooronderzoek (definitieve versie)

Doel en vraagstelling

Het **doel** in de oriënterende fase van het onderzoek was om een aantal ontwikkelvragen voor de volgende fase van het onderzoek helder te krijgen, mede met het oog op de inrichting van Best Practice Units (BPU's) en de werkwijze die hierbij het beste gehanteerd kan worden. Het onderzoek is in eerste instantie gericht op vertegenwoordigers van de veldpartijen die deelnemen aan de Actieve werkgroep. De **centrale vraag** hierbij was: *'Hoe kan de werkwijze binnen de pilot 1K1P worden gekenmerkt en wat zijn belangrijke aandachtspunten'*.

Verwey, N., Daatzelaar, L., & Putter, L. de., (2011). *Onderzoeksrapport Ontwikkelingsfase Pilot Een kind Een plan*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Deelonderzoek (intern concept)

Doel en vraagstelling

Doelstelling was om samen met de coördinatoren een beschrijving te geven van werkwijzen in relatie tot de 9 uitgangspunten van Eén kind Eén plan. Naar aanleiding van bevindingen in de Best Practice Units konden werkwijzen worden uitgetoetst, verbeterd en gedeeld met andere betrokkenen binnen de pilot. De opbrengsten en leerervaringen van Eén kind Eén plan kunnen in samenhang met andere deelprojecten meegenomen worden richting een structurele inbedding. Gezien de overheveling van taken van provinciaal naar gemeentelijk niveau is een mogelijke insteek om de pilot lokaal in te bedden en daarbij aan te sluiten bij de CJG-ontwikkeling (Centra Jeugd en Gezin). Centrale **onderzoeksvraag** was: *'Welke, door de coördinatoren binnen de pilot Eén kind Eén plan gedeelde, werkzame principes leiden tot een succesvolle aanpak, op basis van uitgangspunten van het Wraparound care-model?'*

Vries, S. de & Wensley, R. *Wraparound care*. Afstudeeronderzoek Integrale Veiligheidskunde, Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Studentonderzoek

Willemsen, J., Wiggers, R., & Wiel, M. van der., (2011). *Ervaren baten gezinscoaching*. Utrecht: Hogeschool Utrecht

Studentonderzoek

Doel en vraagstelling

Het **doel** van dit onderzoek was de ervaren baten van gezinscoaching zoals uitgevoerd door Vitras/CMD in beeld te brengen. Vitras/ CMD biedt als ruim vijftig jaar een breed pallet aan zorg, hulpverlening, advies, servicediensten, ondersteuning en hulpmiddelen. De **onderzoeksvraag** luidde: *'Wat ervaren gezinnen, ketenpartners en gezinscoaches als voordeel van gezinscoaching?'*

Zuiderwijk, B. (2010) *Kan niet, bestaat niet!* Verslag van een onderzoek naar de samenwerking tussen gezinswerkers en andere professionals binnen Wraparound Care in Amersfoort.

Studentonderzoek

Vraagstelling

"Hoe kan er binnen Wraparound Care op een effectieve wijze worden samengewerkt tussen gezinswerkers en professionals van de betrokken organisaties?"

Bijlage 2. Veel gestelde vragen

Tijdens het onderzoek was er soms sprake van een Babylonische spraakverwarring. Hieronder geven we antwoord op een aantal veel gestelde vragen.

Wat is wraparound care?

Wraparound care is een metamethodiek die bestaat uit een combinatie van gezinsbegeleiding en coördinatie van zorg door één generalist gericht op empowerment van gezinnen met een opeenstapeling van problemen.

Wat is een metamethodiek?

Een metamethodiek is een paraplu waaronder verschillende methodieken en interventies vallen die werken vanuit dezelfde visie op hulpverlening en die flexibel en op maat kunnen worden toegepast.

Wat is de doelgroep van wraparound care?

Wraparound care is ontworpen voor gezinnen die vaak door een opeenstapeling van problemen de regie over hun leven kwijt zijn. De achterliggende principes zijn ook toepasbaar op andere vormen van hulpverlening ten bate van andere doelgroepen.

Wat is de rol van het gezinsplan binnen wraparound care?

Het gezinsplan is een belangrijk instrument binnen wraparound care. Het is het ontwikkelingsplan van het gezin met de doelen van het gezin en acties van gezinsleden en andere betrokkenen. Het plan helpt het gezin regie te voeren over hun leven, voortgang te bewaken en succes zichtbaar te maken. Het gezinsplan is geen hulpverleningsplan.

Wat wordt binnen wraparound care bedoeld met vraagsturing?

Het begrip vraagsturing wordt gebruikt om het verschil met aanbodsturing te accentueren. Er wordt niet bedoeld: "u vraagt wij draaien".

Hoe verhoudt wraparound care zich tot het gedwongen kader?

Wraparound care kan goed ingezet worden binnen een gedwongen kader. Ook als er sprake is van een gedwongen kader staat de wraparound care-gezinswerker naast het gezin en helpt het gezin de praktische consequenties van de dwingende maatregel te concretiseren, de eigen ruimte te herkennen en te doen wat moet en wat het wil.

Hoe wordt binnen wraparound care omgegaan met veiligheid?

Risicotaxatie maakt integraal onderdeel uit van wraparound care. Als er signalen zijn van onveiligheid van de gezinswerker of gezinsleden, in het bijzonder de kinderen, dan is dat automatisch onderwerp van gesprek met als doel om de veiligheid te vergroten. Als de veiligheid niet kan worden gegarandeerd stopt deze vorm van hulpverlening.

Bijlage 3. Overzicht initiatieven

Naam	Sinds	Aard	Financiers	Aanbieder	Aantal gezinnen per jaar	Bijzonderheid
Pilot WAC Utrecht	2009	Pilot	Projectfinanciering gemeente en provincie	Stade Portes Cumulus	75	Ambulante integrale gezinsondersteuning in combinatie met coördinatie van zorg
Pilot WAC Amersfoort	2009	Pilot	Projectfinanciering gemeente en provincie	MEE, BJZ Zandbergen SOVEE, Centrum Maliebaan	35	Ambulante integrale gezinsondersteuning in combinatie met coördinatie van zorg
Pilot één Kind, één plan	2010	Pilot	Projectfinanciering provincie + reguliere financiering	BJZ en alle zorgaanbieders	15	Coördinatie van zorg
Timon Talita	2005	Regulier Zorgaanbod	Jeugdzorg en AWBZ (regulier)	Stichting Timon	28	Begeleid zelfstandig wonen gericht op tienermoeders en meisjes
Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding	1990	Regulier Zorgaanbod	Diverse financiers (regulier)	Diverse zorgaanbieders (Jeugdzorg, LVB, GGZ)	?	Ambulante gezinsbegeleiding met nadruk op opvoedingsproblematiek
'10' voor Toekomst	1997	Regulier Zorgaanbod	Jeugdzorg en AWBZ (regulier)	Leger des Heils	85	Ambulante integrale gezinsondersteuning in combinatie met coördinatie van zorg
Gezinscoaching	2007	Regulier Zorgaanbod	Gemeente	Vitras/CMD Zuwe-zorg	20-25	Coördinatie van zorg
Tussen In	2006	Project	Gemeente	Al Amal	100	Intermediair tussen gezin en regulier zorgaanbod voor gezinnen met migratie-achtergrond
Wisselgeld	2009	Project	Projectfinanciering gemeente en provincie	Gemeente Nieuwegein	?	Ambulante integrale gezinsondersteuning in combinatie met regie met nadruk op handhaving gericht op gezinnen met Roma-achtergrond Nadruk op wetshandhaving

