

Naar continuïteit en samenhang in de begeleiding tijdens het justitietraject

Tussenrapportage van een verkennend onderzoek naar de bruikbaarheid van
(principes van) wraparound care binnen Centrum Maliebaan

Auteur(s)

Lonieke Casteleijn
Laurens de Croes
DonnaLee Heij
René Butter
Anneke Menger
Jaap van Vliet

Datum

April 2012

© Hogeschool Utrecht, [jaar]

Samenvatting: de overdracht

De eerste tussenrapportage, van de interessante zoektocht naar de bruikbaarheid van wraparound care bij het versterken van het professionele handelen in relatie tot samenhang en continuïteit in de begeleiding, is een lijvig document geworden. Met behulp van tekstvakken is geprobeerd om in ieder hoofdstuk de kern of hoogtepunten bondig weer te geven. Tegelijk is de achtergrondinformatie, over de inhoud, theoretische afwegingen en het proces, relevant om de genomen stappen te begrijpen en plaatsen in hun context. Deze samenvatting wil een beknopte inkijk bieden in de verkenning van de bruikbaarheid van wraparound care zoals in de eerste fase van het project heeft plaatsgevonden (en nog steeds plaatsvindt) bij de afdeling reclassering en GAVO van Centrum Maliebaan.

Maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in het reclasseringswerk maken de vraag naar een samenhangende werkwijze en continuïteit in de begeleiding actueel. Het lectoraat heeft wraparound care geïntroduceerd als mogelijk antwoord op deze vraag. Wraparound care is een meta-methodiek: het is een paraplu waaronder verschillende interventies en methodieken kunnen vallen. Wraparound care gaat zowel over een specifieke wijze van coördineren en samenwerken als over specifieke (ideologische) opvattingen over de (rol van) de cliënt. Wraparound care ziet de cliënt als 1) autonoom én onderdeel van (en verbonden met) een (sociaal) geheel waardoor 2) het perspectief van de cliënt centraal staat en de cliënt einddoelen formuleert in relatie tot (de wens tot) herstel van eigen regie en grip op eigen leven. De cliënt komt hiermee centraal te staan, waarbij het gedwongen kader onderdeel is van de werkelijkheid waarbinnen de cliënt (eind)doelen kan formuleren. Om dit plan te kunnen uitvoeren is draagvlak en samenwerking nodig én moet er sprake zijn van een duidelijke regie, in handen van de cliënt en de professional (als generalist en expert van het alledaagse leven, de 'professional friend'). Coördinatie en samenwerking is van groot belang: er is sprake van gecoördineerde activiteiten in één continue lijn, waarbij specialisten, afhankelijk van het plan (tijdelijk) een rol kunnen spelen. Een sterk casemanagement is derhalve noodzakelijk. Het wraparound care proces kenmerkt zich door het werken van 'achteren naar voren': de einddoelen van de cliënt over herstel van een 'geïntegreerd bestaan met regie over eigen leven' vormen het uitgangspunt. Een van de wijzen om hier invulling aan te geven is met behulp van tien principes van wraparound care: cliënt spreekt uit en kiest, gebaseerd op team(werk), netwerkondersteuning, samenwerking, in de wijk, cultureel bekwaam, op maat, eigen kracht als basis, doorzettingsvermogen en resultaatgericht.

Het onderzoek is handelings- en ontwikkelingsgericht, dat betekent dat het versterken van het handelen van de professionals (in relatie tot continuïteit en samenhang) centraal staat. De professionals bepalen (mede) de onderzoeksagenda en scherpen de theorie aan (of verwerpen deze). Een nulmeting, tussentijdse meting, interviews en participerende observatie zijn methoden die worden gebruikt tijdens het onderzoek. Het onderzoek vindt plaats binnen een 'best practice unit' waar geselecteerde professionals, een teamleider en een werkbegeleider in participeren. Binnen de best practice unit worden de uitgangspunten verkend en gezocht naar goede praktijken en mogelijke bruikbaarheid van wraparound care als metamethodiek.

Bij Centrum Maliebaan is gestart met een nulmeting waarin het mogelijk ervaren effect van wraparound care op ketenniveau werd bevraagd, uitgedrukt in de volgende aspecten: eigen regie, duidelijkheid, teamgerichtheid, creativiteit en continuïteit. De onderdelen continuïteit en duidelijkheid hadden volgens de stakeholders prioriteit. In de best practice unit zijn de principes (en uitgangspunten) van wraparound care op verschillende manieren verkend: door de theorie te bespreken, door casuïstiek te bespreken aan de

hand van de principes, door goede praktijken te verkennen, door opvattingen over de principes te vergelijken, de principes te definiëren en te verkennen in welke mate en welke vorm ze van toepassing kunnen zijn. *Wat betekent eigen regie? Hoe verhoudt dit zich tot het gedwongen kader? Hoe betrekken we het sociaal netwerk? Hoe werken we aan doelen van de cliënt? Wat betekent 'betrokken blijven' wanneer het kader wegvalt?* Deze vragen stonden (en staan) centraal. Er werd tijdens de casuïstiek gebruik gemaakt van (een digitale) 'bloem' om het netwerk in kaart te brengen en om recht te doen aan het uitgangspunt 'de cliënt kiest/centraal' werd een cursus oplossingsgericht werken gevolgd.

De professionals ervaren het verkennen van de bruikbaarheid van wraparound care als verrijkend: het werpt een nieuw licht op handelingsmogelijkheden. Er wordt, bij de tussenmeting in maart 2012, een verschil ervaren tussen begeleiding bij cliënten uit de pilot en cliënten die niet aan de pilot meedoen. De leden van de best practice unit hebben het idee dat cliënten uit de pilot meer regie hebben en hun eigen kracht centraler staat. Tegelijk bleek uit de evaluatie dat de principes soms voor (spraak)verwarring kunnen zorgen; ze zijn niet altijd helpend en vertonen overlap. De professionals benoemen de volgende vier 'overkoepelende' kernconcepten/uitgangspunten:

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

Komende periode zullen deze uitgangspunten (als clustering van de principes) centraal staan en wordt het handelen van de werkers getoetst aan en versterkt door deze uitgangspunten. Onder het uitgangspunt 'op maat' verstaan de professionals het voortdurend verkennen wat een uitgangspunt kan betekenen voor een specifieke cliënt. De best practice unit kan de casuïstiek concreet vormgeven aan de hand van deze clustering van principes.

Voor de te starten pilot bij Bouman GGZ en Tactus is de clustering van de principes mogelijk een belangrijk startpunt. Daarnaast kan de nulmeting en de tussentijdse meting bij de andere instellingen op vergelijkbare wijze worden uitgevoerd. Ook rondom de inrichting van de activiteiten van de best practice unit (rolverdeling, inhoud) zijn aanknopingsgebieden: goede verslaglegging, heldere rolverdeling én voldoende aandacht voor goede praktijken (en die relateren aan wraparound care als metamethodiek).

Dankwoord

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

Ook gaat onze dank uit naar onze twee stagiaires, Chris van Ballegooij en Mick Zandvliet. Zij hebben zich in korte tijd zeer goed weten te verdiepen in wraparound care. Wij hebben ontzettend veel gehad aan hun frisse kijk op de sector, de interviews waaraan zij hebben meegewerkt en aan hun kritische opmerkingen op de concepten van deze tussenrapportage.

Inhoudsopgave

Dankwoord	4
1 Inleiding en onderzoeksopzet	7
1.1 Leeswijzer	7
1.2 Aanleiding	7
1.3 Onderzoeksvragen en doelstelling	8
1.4 Onderzoeksopzet (werkwijze)	9
1.4.1 Literatuurstudie	11
1.4.2 Interviews	11
1.4.3 Enquêtes: nulmeting	11
1.4.4 Participerende observatie/handelingssgerichte elementen	11
1.4.5 Multiple Case study	12
1.4.6 Selectie van cases	12
1.5 Rol professionals en onderzoeker: een bijzondere interactie, een bijzonder proces	12
2 Wraparound care: een praktisch-theoretisch raamwerk	13
2.1 Reclassering	13
2.1.1 Verslavingsreclassering	14
2.2 Wraparound care: een praktisch-theoretische verkenning	15
2.2.1 Wraparound care: een paradigmawisseling	15
2.2.2 De uitgangspunten	16
2.2.3 Wraparound care en gedwongen kader	19
2.3 Van practice naar evidence based	19
2.4 Wraparound care als meta-methodiek	19
2.5 Werken aan een (herstel van) geïntegreerd bestaan	20
2.6 Uitgangspunten voor het verkennend onderzoek	20
3 Centrum Maliebaan	21
3.1 Stap 1: Samenstellen werkgroep ('best practice unit'), projectgroep en organisatorische inbedding	21
3.2 Stap 2: de nulmeting	21
3.2.1 Eigen regie	23
3.2.2 Duidelijkheid traject	24
3.2.3 Teamgerichtheid	25
3.2.4 Creativiteit	26
3.2.5 Continuïteit	26
3.2.6 Conclusie: prioriteiten	27
3.3 Stap 3: Van nulmeting naar voorlopig plan	28
3.4 Leerpunten stap 1 en 2	29
3.5 Stap 4: verloop van de pilot als ontwikkelingsproces	29
3.5.1 Casusbeschrijving	30
3.5.2 Wie voert de regie	30
3.5.3 Wat zijn de einddoelen van de cliënt	30
3.5.4 Uit wie bestaat het netwerk	31
3.1 Leerpunten stap 3 en 4	31

3.2 Stap 4 – het vervolg: een nieuwe structuur	31
4 De (tussen)balans opgemaakt	33
4.1 Fase 4: de tweede meting	33
4.1.1 Cliënt spreekt zich uit	33
4.1.2 Gebaseerd op teamwerk	34
4.1.3 Netwerkondersteuning	35
4.1.4 Samenwerking.....	35
4.1.5 In de wijk/outreaching	36
4.1.6 Cultureel bekwaam.....	36
4.1.7 Op maat.....	37
4.1.8 Eigen kracht als basis	37
4.1.9 Doorzettingsvermogen	38
4.1.10 Resultaatgericht.....	38
4.2 Bespreking meting in het team.....	39
5 Conclusie: de (voorlopige) essentie(s) van wraparound care	40
Literatuur	42
Bijlage 1: vragenlijst nulmeting	44
Bijlage 2: antwoorden eerste evaluatie in team	50
Bijlage 3: vragenlijst tussenmeting	52
Bijlage 4: voorstel casuïstiek	60

1 Inleiding en onderzoeksopzet

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

1.1 Leeswijzer

Deze tussenrapportage is bedoeld als *warne overdracht*, dit betekent dat in de tekst zowel het proces wordt weergegeven als leerpunten afgeleid uit dit proces. Deze leerpunten kunnen, in overleg met de deelnemende professionals, worden vertaald en gebruikt in de op te stellen onderzoeksopzet. Hoofdstuk twee vormt de theoretische verkenning en in hoofdstuk drie is een beschrijving van de werkwijze bij Centrum Maliebaan met per onderdeel concrete leerpunten. In hoofdstuk vier wordt de tussenbalans verder opgemaakt door de tweede meting te bespreken en in hoofdstuk vijf worden enkele kernconclusies (en tips) geformuleerd op basis van de ervaringen bij Centrum Maliebaan.

1.2 Aanleiding

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

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

detentie. De samenwerking tussen de verschillende instituties wordt ketensamenwerking genoemd. Een belangrijk kwaliteitskenmerk van deze ketensamenwerking is een zorgvuldige overdracht van informatie tussen de schakels in de keten. Een terugkerend patroon in deze ketensamenwerking is dat complexere problemen langere ketens nodig hebben om opgelost te worden, met als vervelende bijwerking dat deze trajecten ook langer duren. Daarnaast, hoe langer de keten, hoe hoger het aantal 'interdependenties' en hoe groter het risico dat er een breuk optreedt en ook hoe groter de kans dat er op een of meer punten in de keten een wachttijd ontstaat. Maar ook als de keten zou functioneren zoals bedoeld, dan nog is deze complexe manier van werken met talloze afbreukrisico's bij overdrachten en bilaterale samenwerkingsrelaties een ambitieuze, wellicht utopische onderneming. Hierbij speelt een rol dat schakels in de keten vaak een eigen aansturing, financiering, regelgeving en gewenste productie hebben (Hermanns & Menger, 2009). Samenwerken in interorganisatorische netwerken hoeft niet noodzakelijkerwijs te leiden tot een betere kwaliteit van het werk (Oerlemans & Kenis, 2007). Voor specifieke vraagstukken zijn specifieke vormen van netwerken. Met name in netwerken waarvan de deelnemers achter elkaar optreden in een keten, vervagen verantwoordelijkheden snel, blijven belangen van individuele actoren dominant en is het tempo van voortgang vaak laag. De verdeling van de activiteiten in combinatie met de volgtijdelijke rechtsgang kan leiden tot een gebrek aan continuïteit van en in het werk. Uit een pilot in Eindhoven, waar reclasseringswerkers meer 'professionele vrijheid' kregen om 'te doen wat nodig was', bleek dat de reclasseringswerkers deze ruimte vooral gebruikten om de continuïteit in de keten te verbeteren (Geuijenn, Krechtig & Van Horn, 2010). Volgens verschillende onderzoeken is uitval van het justitietraject vooral te positioneren tussen de schakels van de keten (Kenis, 2006, Van Horn, 2008). Investeren in continuïteit van het justitietraject zijn daarom belangrijk. De werkprincipes van *wraparound care* (Nordess & Epstein, 2002, Hermanns, 2009) lijken hiervoor geschikt. Binnen *wraparound care* is een vaste begeleider vanaf de start tot het einde bij een cliënt betrokken, ook tijdens overgangen en wachttijden. De cliënt wordt niet meer 'doorgegeven' van de ene professional naar de andere, maar deze klassieke lijn wordt een cirkel met als middelpunt de cliënt met zijn (reclasserings) professional die samen regie voeren over het hele proces. *Wraparound care* kan worden gerealiseerd door professionals zelf, het kan derhalve functioneren als professionele hefboom voor verandering. Het lectoraat introduceerde dit model bij het reclasseringsveld als mogelijk antwoord op de vragen van de professionals rondom samenhang (Hermanns & Menger, 2009).

1.3 Onderzoeksvragen en doelstelling

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

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

Deze centrale onderzoeksvraag kent de volgende deelvragen:

- Wat zijn de principes van *wraparound care*?
- Hoe wordt de begeleiding van de vast te stellen doelgroep op dit moment ervaren door de verschillende stakeholders?

- Hoe wordt de huidige werkwijze ervaren door professionals van Centrum Maliebaan? Welke sterke en zwakke punten herkennen zij in relatie tot continuïteit in de zorg en kenmerken van wraparound care?
- Welke kenmerken zijn volgens de professionals op welke wijzen en onder welke voorwaarden bruikbaar?

De doelstelling van het onderzoek wordt als volgt samengevat:

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

1.4 Onderzoeksoptzet (werkwijze)

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

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

Schema 1.1 fasering

No	Stap & Methode
Fase 1: september 2011 – februari 2012	
Stap 1	- Samenstellen werkgroep ('best practice unit'), projectgroep en organisatorische inbedding
Stap 2	- Een gestructureerde nulmeting: 1) Interviews met verschillende betrokkenen met een verschillend perspectief op het proces: de reclasseringswerker, de cliënt en de meest relevante ketenpartners

	2) Enquêtes bij reclasseringswerkers en andere professionals (casemanagers, medewerkers van de afdeling Jeugd) en ketenpartners van Centrum Maliebaan met betrekking tot de mate van continuïteit in de begeleiding in individuele casussen. Dit aan de hand van een gestandaardiseerd meetinstrument op basis van de uitgangspunten van wraparound care en een serie interviews met key-stakeholders van de verslavingsreclassering in Utrecht.
Product	Verslag van nulmeting dat inzicht biedt in de huidige stand van zaken met betrekking tot continuïteit en de uitgangspunten van wraparound care.
Stap 3	- Bespreken verslag met werkgroep, op basis van de resultaten uit de nulmeting prioriteiten kiezen en het voorlopige onderzoeksopzet ontwerpen en voorleggen aan projectmanagement en leidinggevenden.
Stap 4	Start best practice unit met vijf professionals en werkbegeleider. Start pilot met de in de onderzoeksopzet vastgestelde doelgroep en verkennen bruikbaarheid uitgangspunten van wraparound care. De invulling van de pilot wordt, op basis van de introductie van de uitgangspunten van wraparound care en de dagelijks praktijk steeds aangescherpt en aangepast. Dit proces wordt nauwkeurig vastgelegd en mondt uit in een voorlopige omschrijving van de werkwijze van de best practice unit.
Fase 2: februari 2012 – februari 2013	
Stap 5	Een gestructureerde 'tussenmeting' op basis waarvan de pilot (en het onderzoeksopzet) mogelijk aangepast kan worden.
Stap 6	Overdracht van de bevindingen naar Bouman GGZ (Rotterdam) en Tactus (NO Nederland). Hier start hetzelfde traject (vanaf stap 1). In de pilots van Bouman en Tactus stromen 10 cliënten in.
Product	Een schets van de werkwijze en het proces van Centrum Maliebaan voor de overdracht naar Bouman GGZ en Tactus. Deze schets is tweeledig: het laat inhoudelijk zien op welke wijze de uitgangspunten van wraparound care stap voor stap zijn geïntroduceerd, verkend en getoetst op bruikbaarheid én het schetst het proces van onderzoek. Dit mondt uit in een warme overdracht met mogelijke aanknopingspunten voor de andere organisaties.
-Bouman GGZ & Tactus doorlopen stap 1 t/m 4, in februari 2013 is de tussentijdse meting bij Bouman GGZ en Tactus en een volgende meting bij Centrum Maliebaan	
-De pilot bij Centrum Maliebaan loopt in deze periode cyclisch door: tussentijds wordt geëvalueerd en wordt het handelen aangescherpt op basis van inzichten uit de (tussen)evaluaties	
Fase 3: januari 2013 – mei 2013	
Stap 7	Rapportage bevindingen
Product	Eindrapportage

Schema 1.2 dakpanconstructie

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

In de volgende paragrafen worden de verschillende onderzoeksmethoden kort besproken. In iedere fase kunnen de verschillende methoden worden ingezet, dit omdat er sprake is van een cyclisch proces, zo kan het zijn dat tijdens de pilot zichtbaar wordt dat extra kennis op een specifiek domein gewenst is en er een (korte) literatuurstudie wordt verricht.

1.4.1 Literatuurstudie

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

1.4.2 Interviews

Voor een eerste oriëntatie op mogelijke toepasbaarheid worden er verschillende interviews gehouden over kernbegrippen van wraparound care met verschillende ketenpartners over de huidige en wenselijke situatie in Nederland. Ook bij het uitvoeren van de nul- en tussenmeting wordt gebruik gemaakt van interviews. De interviews zijn semi-gestructureerd van aard. Dit betekent dat er topics worden vastgesteld, maar respondent voldoende ruimte heeft om eigen inzichten en aanvullingen in te brengen.

1.4.3 Enquêtes: nulmeting

Het handelingsgerichte onderzoek speelt zich af binnen Centrum Maliebaan. Om meer zicht te krijgen op hoe betrokken professionals die werkzaam zijn bij andere ketenpartners de samenwerking beleven is via een enquête een nulmeting uitgevoerd. De vragenlijst komt tot stand op basis van de interviews met de vertegenwoordigers van de belangrijkste stakeholders. Het is de bedoeling deze enquête na verloop van tijd te herhalen zodat een eerste beeld kan worden verkregen van de (mogelijke) effecten van de veranderde werkwijze binnen Centrum Maliebaan op de gepercipieerde continuïteit van het handelen binnen de totale keten. De wijze waarop de ingezette veranderingen op handelingsniveau breder binnen de keten doorwerken kan zo in kaart worden gebracht met de gestandaardiseerde online enquête die het volgen van veranderprocessen in de tijd mogelijk maakt. Voor de goede orde merken wij wel op dat het hierbij niet om het registreren van causale effecten gaat. Veeleer gaat het om het beschrijven van interventies op een descriptief, theoretisch of (maximaal) indicatief niveau. Het betreft immers een veld onderzoek zonder expliciete experimentele manipulaties, zonder random toewijzen van proefpersonen aan experimentele condities en zonder een controle groep (zie Van Yperen en Veerman, 2008).

1.4.4 Participerende observatie/handelingsgerichte elementen

De kern van het onderzoek is het samen met de professionals construeren, definiëren en exploreren van de mogelijke bruikbaarheid van kenmerken van wraparound care. Op deze manier worden 'best practices' vanaf de werkvloer verkend en ge(re)construeerd. Het onderzoek kent hiermee verschillende handelingsgerichte elementen. Zo wordt er gebruik gemaakt van exemplarisch leren. Exemplarisch leren gaat er vanuit dat ieder mens, onder de juiste condities, kan leren om kennis en vaardigheden in praktisch handelen te vertalen. Uitgangspunt voor exemplarisch leren is dat in het leerproces aangesloten wordt bij de bestaande situatie van de deelnemer. Het leren gebeurt vanuit de eigen relevante ervaringen (thema's) die in een reflectieve en verrijkingsfase worden bijgesteld, waarna een toepassing plaatsvindt in de praktische situatie. Exemplarisch leren is leren in interactie. Deze interactie is gebaseerd op wederkerige deskundigheid waarbij de onderzoeker als spiegel en kennisbron fungeert. Het empoweren van het handelen van de professionals (in relatie tot het meta-doel: samenhang in de keten) krijgt hierdoor vorm in bijvoorbeeld een casuïstiekbespreking. De praktische bruikbaarheid van de kennis staat centraal. Een ander kenmerk van handelingsgericht onderzoek is dat naast dat er kennisverwerving plaatsvindt (de principes worden geïntroduceerd en ingebed) er ook sprake is van 'leren leren'. Het kent dus naast een

product- ook een procesdoel, waarbij bijvoorbeeld steeds helderder kan worden op welke wijze een casuïstiekbespreking invulling kan krijgen, men elkaar kan bevragen. Men leert elkaar te 'versterken' vanuit de wraparound care principes.

1.4.5 Multiple Case study

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

1.4.6 Selectie van cases

Bovenstaande methoden worden bij iedere pilot ingezet. Een aanvullende mogelijkheid is de selectie van cases uit te breiden tot cases uit de pilot en cases bij cliënten waar begeleiding op de gebruikelijke wijze plaatsvindt. Op deze manier wordt op verkennend niveau zichtbaar welke mogelijke verschillen het toepassen van de wraparound care principes kan hebben. Daarom is ook het kwantitatieve onderdeel van de casestudy, waarbij bijvoorbeeld contactfrequentie wordt bijgehouden, relevant. Nadrukkelijk is er niet sprake van het vaststellen van causaliteit en effect, het betreft slechts een verkennende vergelijking van de toepassing van wraparound care.

1.5 Rol professionals en onderzoeker: een bijzondere interactie, een bijzonder proces

De rol en interactie van de professionals en onderzoeker(s) is bijzonder. De theorie van wraparound care wordt geïntroduceerd en vervolgens tijdens de pilot aangescherpt, getoetst en mogelijk verworpen door de in de best practice unit. Het onderzoek verloopt aldus niet rechtlijnig maar er is sprake van een proces van *trial and error*. Ontwikkelingen zijn niet altijd even voorspelbaar en juist het inspelen op deze ontwikkelingen aan de hand van wraparound care principes is onderdeel van het onderzoek. Dit doet recht aan de dynamische en complexe context waarbinnen professionals participeren. In dit proces van trial and error zijn context-specifieke onderdelen te onderscheiden en mogelijk algemene variabelen. Daarom dat het onderzoek de eerder omschreven dakpanconstructie kent. Tijdens het onderzoek wordt gependeld tussen theoretische uitgangspunten en de uitvoeringswerkelijkheid.

2 Wraparound care: een praktisch-theoretisch raamwerk

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

2.1 Reclassering

De reclassering heeft als doel bij te dragen aan een veilige en humane samenleving; vanuit hun visies en richtinggevende doelstelling beogen de drie reclasseringsorganisaties (3RO) in Nederland een bijdrage te leveren aan de samenleving als geheel. Het zoveel als mogelijk voorkomen van het opnieuw plegen van delicten van de reclasseringscliënten staat hierin centraal. Afhankelijk van de visie van elk van de drie reclasseringsorganisaties² in Nederland wordt hierbij het accent gelegd op de veiligheid in de samenleving³, het toeleiden van cliënten naar effectieve, reguliere zorg⁴ en het bieden van perspectief aan kinderen, jongeren en volwassenen op een nieuw en zinvol bestaan⁵.

De reclassering in Nederland heeft een geschiedenis van bijna 190 jaar. Vanouds is de reclassering een particuliere aangelegenheid geweest. In zijn proefschrift uit 1995 onderzoekt Heinrich de geschiedenis en de ontwikkeling van de reclassering sinds 1823. Zijn onderzoek richt zich daarbij vooral op de vraag hoe de relatie tussen deze particuliere reclassering en de overheid zich heeft ontwikkeld vanaf het ontstaan van de georganiseerde reclassering tot 1995. Door de reclassering een wettelijke basis te geven raakte het particulier initiatief betrokken bij de uitvoering van een deel van het overheidsbeleid (Heinrich, 1995, p. 18). Het in 1823 opgerichte Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen had als algemene doelstelling de morele verheffing van justitiabelen, waarbij het specifieke doel was dat de resultaten van deze verbetering ten goede zouden komen aan de samenleving als geheel (Heinrich, 1995, p. 17-18).

In de begin periode ontstond, ook vanuit de overheid, erkenning voor een andere doelstelling van de gevangenisstraf dan in de periode daarvoor: de ‘zedelijke verbetering’ en hulp na ontslag uit detentie, die aan de resocialisatiedoelstelling van de latere reclassering ten grondslag lag. Pas in een volgende periode van de ontwikkeling van de reclassering gingen meerdere organisaties het reclasseringswerk uitvoeren.

² Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering GGZ en Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering.

³ Reclassering Nederland (RN).

⁴ Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG).

⁵ Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering (LJ&R)

De relatie van de op dit moment bestaande drie reclasseringsorganisaties (3RO) met de overheid is anders dan ooit tevoren. De reclassering werkt in opdracht van justitiële instanties: het Openbaar Ministerie, de Zittende Magistratuur, de Dienst Justitiële Inrichtingen, maar soms ook in opdracht van gemeenten. De positie van opdrachtnemer die verantwoording aflegt aan deze opdrachtgevers legitimeert wat reclasseringswerkers doen. De vrijwilligheid van justitiabelen tot deelname aan reclasseringstrajecten in het algemeen is beperkt; er staan voor hem of haar meestal grote belangen en ook risico's op het spel, bijvoorbeeld: een voorwaardelijk strafdeel kan ten uitvoer worden gelegd als hij niet meewerkt aan het reclasseringstraject.

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

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

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

2.1.1 Verslavingsreclassering

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

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

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

De vraag naar (het organiseren van) continuïteit werd ook duidelijk uit de wijze waarop de reclasseringswerkers omgingen met de motie ingediend door van Velzen (SP) en Teeven (VVD)⁶. De reclasseringswerkers kregen meer 'ruimte' dan gebruikelijk. Deze ruimte werd veelvuldig gebruikt om continuïteit te organiseren, ook als zij daarvoor taken over moesten nemen van andere organisaties. Verder gingen ze meer tijd en energie besteden aan het doorverwijzen van zeer complexe cliënten naar andere organisaties of gingen ze zelf aan de slag met het intensiever begeleiden van deze cliënten als daarvoor (nog) geen andere organisaties gevonden konden worden. In de kern ging het bij veel werkzaamheden om het kunnen bieden van ketenzorg; dóórgaan voor een cliënt al was dit vanuit bepaalde regels of afspraken niet toegestaan. De pilot heeft interessante bevindingen opgeleverd voor de verdere ontwikkeling van professionaliteit. Ook heeft de pilot laten zien wat er nodig is om iemand echt doorgaande zorg te kunnen bieden. Niet iemand steeds moeten loslaten. Wraparound care speelt in op de omschreven behoeften: niet iemand moeten loslaten, het versterken van de organisatie, samenwerking en (het organiseren van) continuïteit.

2.2 Wraparound care: een praktisch-theoretische verkenning

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

2.2.1 Wraparound care: een paradigmawisseling

Wraparound care is ontstaan als vorm van casemanagement voor gezinnen met complexe problematiek (Malysiak, 1997). De hulpverlening bij deze gezinnen was gefragmenteerd, geconcentreerd op geïsoleerde problematiek, ongecoördineerd en regieloos. De professionals hadden de rol van specialistische experts die afzonderlijk van elkaar aan het geselecteerde 'probleem' van het gezin werkten. Wraparound care stelt tegenover deze categoriale benadering een bredere basis waarin de kracht van het gezin en de keuzes van het gezin centraal staat. De ideologische wortels van wraparound zijn hiermee ecologisch en kritisch constructivistisch, gecombineerd met een specifieke wijze van samenwerking (samenhangende hulpverlening) en regie. De kritisch constructivistische benadering is terug te vinden in herstel van de cliënt als regisseur van eigen bestaan. De constructivistische stroming ziet de (veronderstelde) 'werkelijkheid' als een (persoonsgebonden) product van subjectieve opvattingen. Betekenisgeving is hiermee nooit neutraal, maar ontstaat door persoonlijke opvattingen van een persoon in wisselwerking met zijn context. De werkelijkheid manifesteert zich hiermee in de consequentie van een bepaalde definitie van de werkelijkheid: "If men define situations as real, they are real in their consequences" (Thomas & Thomas, 1928, p. 572). Deze constructivistische opvatting is herkenbaar in het

⁶ Kamerstukken II, vergaderjaar 2007-2008, 31 200 VI, nummer 49

centraal stellen van de positie van de cliënt als regisseur van zijn leven en 'eigenaar' van het plan om deze regie te herwinnen. De doelen van de cliënt staan centraal, het versterken van de cliënt in het herwinnen van de regie op zijn leven is hiermee een van de kernen van wraparound care. De ervaring van vrijheid, steun en kansen versterkt de ervaring van 'eigen kracht'.

Betekenisgeving van individuen is geen individueel proces maar vindt plaats in een (sociale) context. De mens is hiermee veroordeeld tot autonomie én verbondenheid: de behoefte aan autonomie is verweven met verbondenheid aan anderen. Autonomie in de vorm van 'competent en onafhankelijk zijn' veronderstelt al een context waarbinnen dit mogelijk is (De Vries, 2010), een 'ander' (of: de anderen) bij wie dit gestalte kan krijgen (Ben-Ari & Strier 2010). De mens is zowel een geheel als onderdeel van een geheel. Het ecologische perspectief in wraparound care doet recht aan deze betrekkingen tussen mensen die van invloed zijn op het handelen en de keuzes van een individu. De kritisch constructivistische en ecologische invalshoek ontmoeten elkaar dus in de volgende ideologische uitgangspunten over mens-zijn:

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

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

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

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

2.2.2 De uitgangspunten

Hoewel in de Verenigde Staten veel initiatieven plaatsvinden onder de naam 'wraparound care' met afwijkende kwaliteitseisen wordt in deze theoretische verkenning gedoeld op de geprotocolleerde en

gestructureerde variant met kwaliteitseisen. Deze kwaliteitseisen zijn op basis van onderzoek (observaties, interviews en gestructureerde metingen) geformuleerd. Bruns, Suter & Leverentz-Brady (2008, p. 242) komen tot de volgende principes (Colijn & Schamhart, 2012, p. 13):

1. Cliënt spreekt zich uit en kiest

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

2. Gebaseerd op team(werk)

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

3. Netwerkondersteuning

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

4. Samenwerking

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

5. In de wijk

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

6. Cultureel bekwaam

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

7. Op maat

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

8. Eigen kracht als basis

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

9. Doorzettingsvermogen

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

10. Resultaatgericht

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

Hoewel in de oorspronkelijke tekst deze opsomming als 'kernprincipes' worden geduid blijkt dit conceptueel ingewikkeld: hoe verhoudt bijvoorbeeld 'op maat' zich tot 'cliënt spreekt en kiest' en 'eigen kracht als basis'. Er lijkt hier sprake van conceptuele overlap en een orde-verschil: cultureel bekwaam is van andere orde dan 'gebaseerd op teamwerk'. Wel is duidelijk dat het terugleggen van de regie een

centrale rol heeft. Daarnaast gaat het om een samenhangende toekomstgerichte manier van werken. De waarde en bruikbaarheid van deze 'principes' vormen twee van de uitdagingen van het onderzoek. Anders gezegd: de principes kunnen flexibel worden ingevuld afhankelijk van de context en worden geherdefinieerd tot bruikbare uitgangspunten. De 'principes' zijn daarmee slechts een van de verschillende voorbeelden van de wijze waarop wraparound care manifest kan zijn. Zoals eerder gesteld is wraparound care ontstaan als specifieke vorm van casemanagement waarin sprake is van een geïntegreerde aanpak onder regie van de cliënt en één professional. Deze professional wordt ook wel een 'professional friend' (Colijn & Schamhart, 2012) genoemd en is een generalist: de professional heeft kennis van het alledaagse leven (of ziet erop toe dat er een dergelijk iemand in het leven van betrokkene is) én kan met de cliënt andere (mogelijk en indien nodig) specialistische professionals mobiliseren, afhankelijk van het door de cliënt (en de professional) opgestelde plan. Het *wraparound care proces*⁷ wordt daarom ook wel de 'bloemaanpak' genoemd (Colijn & Schamhart, 2012) waarbij de cliënt én de professionals die samen de regie voeren het 'hart' van de bloem zijn. De andere professionals, familieleden, vrijwilligers etc. vormen de 'blaadjes' van de bloem. De inbreng van derden wordt vastgesteld in het 'plan', waarin de cliënt einddoelen formuleert.

Kenmerken voor de professional die de regie deelt met de cliënt is dat deze het hele traject in beeld blijft tot de gestelde doelen gerealiseerd zijn. Tussentijds kunnen, afhankelijk van het plan, verschillende 'specialisten' betrokken zijn. Het wraparound-team kent hiermee, los van de regievoerders (professional en cliënt) niet altijd dezelfde leden.

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

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

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

⁷ In verschillende artikelen wordt wisselen gesproken over : wraparound care model, wraparound care principes, wraparound care interventie etc., de term wraparound care proces lijkt het meest recht doen aan de positie van wraparound care als meta-methodiek, als paraplu waar het gehele proces/traject ondervalt.

2.2.3 Wraparound care en gedwongen kader

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

Nu het wraparound care proces op oriënterend niveau is verkend is het tijd te kijken naar wat er reeds in de praktijk bekend is over het effect en de mogelijke toepassing van wraparound care.

2.3 Van practice naar evidence based

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

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

2.4 Wraparound care als meta-methodiek

Wraparound care is nadrukkelijk niet bedoeld als gestandaardiseerd model en/of methodiek, het is veeleer een (ideologisch) gedachtegoed in combinatie met een organisatorische opvatting over samenwerking en regievoering. Wraparound care formuleert hiermee uitgangspunten voor specifieke werkwijzen die recht doen aan een kritisch-constructivistische en sociaal-ecologische opvatting over de mens in relatie tot zijn context en het streven naar eigen regie. Het is hiermee methodiek-overstijgend en biedt een referentiekader waaraan het handelen van de professional, de interventies en eventueel in te zetten methodieken getoetst kunnen worden. Het is als het ware een ideologische toetssteen en paraplu voor in te zetten interventies en methodieken. Zo kan de professional zich afvragen of de interventie aansluit bij het perspectief van de cliënt en bij de einddoelen die de cliënt heeft geformuleerd. De positionering van wraparound care als meta-methodiek is van belang voor het onderzoek, het sluit methodisch werken niet uit maar juist in. Om wraparound care als meta-methodiek toe te kunnen passen is de ideologie erachter van wezenlijk belang, het vormt een geëxpliciteerde visie op mens-zijn en herstel van regie, zoals besproken in 2.1. Wraparound care biedt hiermee uitgangspunten (en functioneert als paraplu) voor

verschillende methodieken, bijvoorbeeld motivational interviewing, oplossingsgericht werken, eigen kracht conferenties en cirkels voor ondersteuning, samenwerking en aanspreekbaarheid (COSA)⁸.

2.5 Werken aan een (herstel van) geïntegreerd bestaan

Wraparound care stelt de einddoelen van de cliënt expliciet centraal. Voor de reclasseringscontext betekent dit denken van 'achteren naar voren': dus niet het delict als maatstaf, maar 'een geïntegreerd bestaan' als maatstaf. Dit past bij recente ontwikkelingen in het denken over criminaliteit, waarbij wordt gesteld dat re-integratie niet enkel betekent dat men geen delicten meer pleegt, maar dat er sprake is van sociale inclusie en men zich onderdeel voelt van een groter geheel. Wraparound care sluit hierbij aan bij twee ontwikkelingen in het denken over criminaliteit: desistance en het good lives model. Deze ontwikkelingen⁹ drukken uit dat voor een leven zonder criminaliteit naast het werken aan criminogene factoren het werken aan persoonlijke doelen van de cliënt voorwaardelijk is.

2.6 Uitgangspunten voor het verkennend onderzoek

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

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

⁸ In het eindrapport zullen deze methodieken kort worden besproken en de relatie met de uitgangspunten van wraparound care worden geëxpliciteerd.

⁹ In de eindrapportage worden deze ontwikkelingen uitgebreider besproken in relatie tot wraparound care.

3 Centrum Maliebaan

Dit hoofdstuk omschrijft de werkwijze bij Centrum Maliebaan. In de omschrijving is aandacht voor verschillende kanten van de werkwijze: inhoudelijk en de proceskant (en daarmee ook de organisatorische kant). De omschrijving vindt plaats aan de hand van de eerder omschreven stappen uit het onderzoeksplan. De term 'stappen' kan in deze misleidend zijn: het proces is niet lineair maar cyclisch-iteratief, de omschrijving van de stappen bevat dus tegelijk een weergave van hoe het cyclische proces is verlopen. Bij iedere stap worden leer- en aandachtspunten benoemd. Het proces van theorie bijscherpen, aanvullen en toetsen wordt goed zichtbaar bij stap drie, waarin per onderdeel van de vergaderstructuur dilemma's worden aangekaart.

3.1 Stap 1: Samenstellen werkgroep ('best practice unit'), projectgroep en organisatorische inbedding

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

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

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

3.2 Stap 2: de nulmeting

Zoals werd aangegeven in de inleiding kan het evalueren de pilot niet beperkt blijven tot uitsluitend Centrum Maliebaan. De bedoeling van het best practice unit onderzoek is immers om via elementen van de wraparound care aanpak de continuïteit van de samenwerking binnen de gehele keten te verbeteren. Daartoe is een online vragenlijst ontwikkeld (bijlage 1) die tot doel heeft om in kaart te brengen hoe de verschillende ketenpartners op dit moment tegen de samenwerken aankijken (de nulmeting). Dit betekent dat indicatoren geformuleerd moesten worden die iets zeggen over de ketensamenwerking rondom cliënten in het algemeen. Er zijn vijf dimensies (aspecten) geformuleerd op ketenniveau waar effecten waarneembaar zouden kunnen zijn wanneer wraparound care wordt toegepast.

De vijf aspecten formuleren de mate waarin:

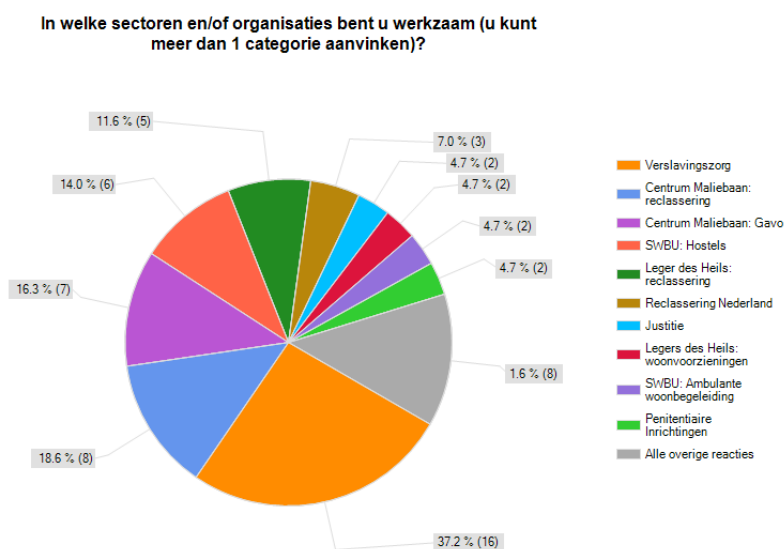
1. De cliënt aan het stuurwiel zit in zijn eigen traject (eigen regie)
2. De zorg transparant is (duidelijkheid)
3. De ketenpartners één zijn samen (teamgerichtheid)
4. In de keten ruimte is voor creatieve maatwerkoplossingen (creativiteit)

5. De zorg voor deze cliënten één geheel is (continuïteit)

De vragenlijst bestond uit:

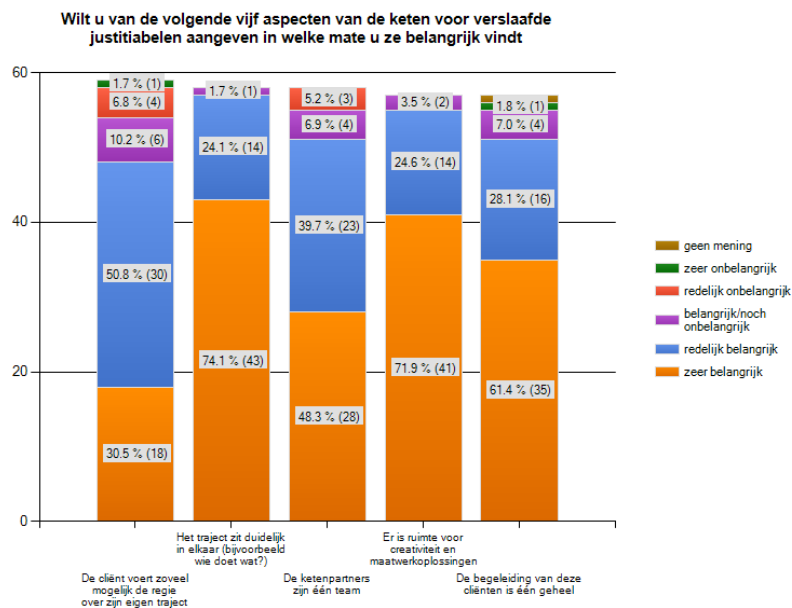
- 1) globale vragen over de mate waarin elk aspect door de respondenten belangrijk werd gevonden
- 2) globale vragen over de mate waarin elk aspect op dit moment aanwezig is
- 3) specifieke vragen over de aanwezigheid op dit moment van per globaal aspect 5 deelaspecten

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

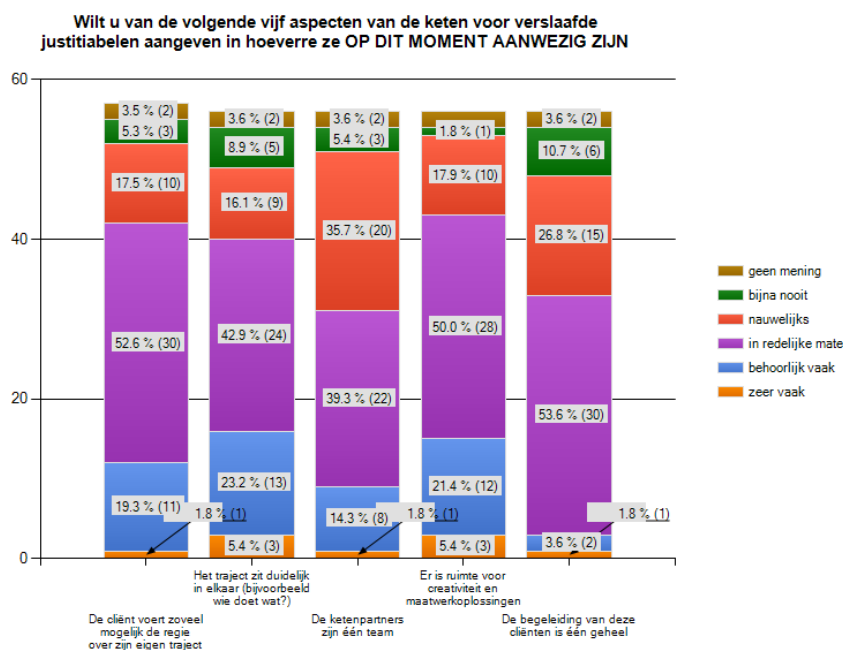


Figuur 3.1 Spreiding organisaties nulmeting

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



Figuur 3.2: mate belangrijkheid per aspect



Figuur 3.3: mate van aanwezigheid per aspect

3.2.1 Eigen regie

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

onbelangrijk te vinden.

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Duidelijkheid traject

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

In de huidige praktijk komt duidelijkheid van het traject volgens 5,4% van de respondenten zeer vaak voor.

23,2% geeft aan dat het behoorlijk vaak voorkomt, 42,9% in redelijke mate, 16,1% nauwelijks, 8,9% bijna nooit en 3,6% geeft hierover geen mening.

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

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

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

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

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

3.2.3 Teamgerichtheid

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

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

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

motivatie van de cliënten. Daarnaast zijn zij dan beter op de hoogte van de gemaakte afspraken en verantwoordelijkheden.

Als suggestie wordt genoemd om elkaars werk beter te leren kennen om zo ook vanuit meerdere perspectieven naar een casus te kijken. Een respondent zegt hierover: *"Het komt te vaak voor dat ketenpartners alleen vanuit hun eigen 'kitchen' denken. Kijk eens wat vaker bij de ander in de 'kitchen'. Laten we met z'n allen breder kijken dan vanuit de visie van je eigen organisatie. Laten we trachten met z'n allen alle aspecten te belichten en naast elkaar te leggen en daaruit proberen de juiste weg te bewandelen. Dit kan bijvoorbeeld door naar elkaars open dagen te gaan, door het gesprek met elkaar aan te gaan. Het is toch simpel!!"*.

3.2.4 Creativiteit

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

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

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

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

3.2.5 Continuïteit

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

Hoewel er wel veel verschillende structurele overleggen zijn, wordt er volgens een aantal respondenten nog te weinig op cliëtniveau met de desbetreffende organisatie gesproken. Evenals bij de voorgaande

aspecten spelen de wachtlijsten, administratie en de indicering een grote rol bij het wel of niet creëren van continuïteit.

3.2.6 Conclusie: prioriteiten

Om te kijken naar waar op ketenniveau prioriteiten liggen als het gaat om het verhogen van de samenhang van de aanpak hebben wij de volgende rationale gehanteerd: iets is een prioriteit als het 1) relatief belangrijk wordt gevonden en 2) in lage mate aanwezig is op dit moment. Er is daarom per aspect de verschillscore berekend tussen de gemiddelde score voor het belang van dat aspect en de gemiddelde score voor de mate waarin het nu aanwezig is. Hierbij zijn twee berekeningswijzen gehanteerd;

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

Tabel 4

Interne consistentiemate voor de vijf deelaspecten per hoofdaspect

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

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

Tabel 5

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

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

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

Om verder in te zoomen op de prioriteiten hebben we op basis van regressie analyses van de deelaspecten op de hoofdaspecten gekeken of deze prioriteiten verder gespecificeerd konden worden.

Hieruit bleek dat het bij duidelijkheid met name gaat om "duidelijke einddoelen" en bij continuïteit om "het voorkomen van gaten in trajecten".

3.3 Stap 3: Van nulmeting naar voorlopig plan

De resultaten uit de nulmeting zijn input geweest voor concretisering van het onderzoeksopzet. Het biedt overzicht over de huidige werkwijze en wat verschillende respondenten belangrijk vinden. Onder stap 1 is de organisatiestructuur vastgesteld (projectmanagement en werkgroep). In overleg met het projectmanagement en de werkgroep werden besluiten genomen over de volgende onderdelen:

- Instroomcriteria
- De verwijzers
- De werkstructuur

Instroomcriteria voor de pilot

Vanuit de wens om het inhoudelijke aanbod voor jongeren te vergroten en de gedachte dat bij jongere cliënten het sociaal netwerk groter (of nog intact) is én het sociaal netwerk een belangrijke rol speelt bij wraparound care zijn de volgende instroomcriteria vastgesteld:

- 18-24 jaar
- Woonachtig in/pleegplaats is Utrecht stad, Zeist, Woerden en Nieuwegein
- Er is sprake van middelengebruik
- Er is sprake van justitiecontact in het laatste jaar voor instroom
- Er is een reclasseringsmaatregel opgelegd, bv een toezicht
- Komt wellicht in aanmerking voor toezicht: recidiverisico is hoog

Verwijzers

Redenerend vanuit het uitgangspunt continuïteit kunnen er meer verwijzers zijn dan alleen het Openbaar Ministerie. Ook cliënten waarbij geen reclasseringsmaatregel is opgelegd moeten in aanmerking kunnen komen voor begeleiding of zorg.

Verwijzers kunnen daarom zijn:

- Veiligheidshuis, het JOVO overleg
- Jongerenwerk Utrecht (JOU)
- De Jeugdtafel van de Brede Centrale Toegang (de BCT, het orgaan in Utrecht waar indicatie-aanvragen worden beoordeeld en worden afgegeven. Hier vindt tevens de zorgtoewijzing plaats, zowel voor de zorgverzekering als voor de forensische zorg (muv de klinische zorg). Zorgaanbieders en CIZ zitten aan tafel)
- De 3RO

Daarnaast werd een voorlopige werkstructuur vastgesteld. Deze structuur moest de mogelijkheid bieden om kennis te maken met uitgangspunten van wraparound care en tegelijk om casuïstiek te bespreken op een manier die aansluit bij de uitgangspunten van wraparound care. De voorlopige structuur werd:

- Korte casusbeschrijving
- Wie voert de regie
- Wat zijn de einddoelen van de cliënt
- Uit wie bestaat het netwerk/invullen van de bloembladen
- Wie zijn er nog nodig

In het voorlopige onderzoeksopzet werd eveneens vastgelegd dat na een half jaar geëvalueerd zou worden hoe deze structuur werd ervaren door de professionals en indien nodig de structuur kon worden aangepast.

3.4 Leerpunten stap 1 en 2

Op basis van de ervaringen met stappen 1 en 2 worden de volgende aandachtspunten benoemd:

- Neem voldoende tijd om de leden van de werkgroep vast te stellen en maak van de onderzoeksopzet daadwerkelijk het plan van de professionals, dit zorgt voor draagvlak én doet recht aan het karakter van het onderzoek.
- Hanteer de scheiding tussen werkgroep en projectmanagement, waarbij het projectmanagement verantwoordelijk is voor de organisatorische inbedding en facilitering
- Werk op zijn minst de volgende onderwerpen uit: organisatiestructuur, inhoud van de werkgroepen, wie neemt deel, instroom cliënten, deskundigheidsbevordering, administratieve ondersteuning, betrekken van studenten en organiseren van draagvlak.
- De overwegingen bij de vragenlijst van de nulmeting, waarin werd gezocht naar aspecten die zichtbaar zijn in de ketensamenwerking bleek zinvol, de hoofdaspecten werden adequaat geoperationaliseerd door de deelaspecten en het gaf een goed inzicht in wat op dit moment prioriteit had.
- De resultaten van de nulmeting boden oriënterend inzicht. Bij de volgende pilot valt te overwegen in welke mate ze van directe invloed zijn op bijvoorbeeld de wijze waarop tijdens het overleg de uitgangspunten/principes worden besproken.

3.5 Stap 4: verloop van de pilot als ontwikkelingsproces

De eerste bijeenkomst vond plaats op 17 maart 2010. In totaal zijn er 17 bijeenkomsten geweest. De aard van de eerste bijeenkomsten was die van kennismaking: kennismaking met de uitgangspunten van wraparound care en met de werkwijze.

In de literatuur wordt gesproken over een begeleidingsteam afkomstig uit het netwerk van de cliënt. Tijdens een van de eerste bijeenkomsten werd gebrainstormd over wat dit zou kunnen betekenen en hoe dit georganiseerd zou kunnen worden. Ook het principe "cliënt kiest" werd uitgebreid besproken: hoe zie je dit als je als toezichthouder verplicht contact moet onderhouden? Staat dit haaks op de uitgangspunten van wraparound care?

De eerste vier bijeenkomsten is geoefend met de voorgestelde werkstructuur. Per onderdeel werden verschillende dilemma's en best practicesesignaleerd. Daarnaast heeft Jo Hermanns tweemaal de werkgroep bezocht om het concept wraparound care verder te concretiseren en te verkennen. Deze bezoeken werden als zeer nuttig ervaren.

Tijdens de bespreking met Jo Hermanns was er sprake van stevige reflectie: over de rol van de professional, wraparound care en de betekenis van het gedwongen kader. Eén van de vragen van de werkgroep ging over de tijdsinvestering voor wraparound care. De principes van wraparound care vragen volgens de medewerkers zeker in het begin om een flinke tijdsinvestering. Er werd in het bezoek van Jo Hermanns onder andere besproken dat om "de golven in iemands leven te volgen" er meer nodig is dan eenmaal per week contact. Iemand is de regie verloren en moet op allerlei vlakken geholpen worden de regie te herwinnen. Dat hoeft niet per se door de professionals als mederegievoerder. Juist een vrijwilliger, een maatje of iemand uit het sociaal netwerk van betrokkene is bij uitstek geschikt om daadwerkelijk mee te lopen met de cliënt en de cliënt de 'samenleving in te trekken' (De Croes & Vogelvang, 2010). De professional kan deze activiteiten mede coördineren, op afstand.

Daarnaast werd gesproken over het gedwongen kader in relatie tot de rol van regievoerder, waarbij vanaf de start van het proces voor iedereen helder moet zijn hoe de (reclasserings)werker hierin staat: bijvoorbeeld je gaat door omdat je vindt dat dat kan en de ruimte ervaart, of je licht toe dat de regie over moet worden gedragen omdat de begeleiding en coördinatie door moet gaan. In paragraaf 3.5.2 wordt hier dieper op ingegaan

3.5.1 Casusbeschrijving

In de oorspronkelijke opzet werd besloten de casus vooraf aan te leveren. In de praktijk werd dit streven vaak niet gehaald en werd ter plekke de casus verteld en genotuleerd. Dit zorgde voor een open sfeer waarin informatie werd gedeeld, tegelijk kostte het veel tijd en was de reflectie op de casus minder gestructureerd.

Vanaf de eerste bijeenkomst werd gezocht naar de beste wijze van vastlegging: notuleren? Steekwoorden? Daarnaast werd geoefend met het inrichten van de 'bloem' per cliënt. Deze bloemen werden digitaal vastgelegd, bij elke bloem werd de voortgang van de casus bijgehouden.

3.5.2 Wie voert de regie

Dit onderwerp zorgde de eerste bijeenkomsten voor veel discussie. Hoewel wraparound care 'de cliënt kiest' als motto heeft bleek dit tijdens de casuïstiek complex. Tijdens deze discussies was de conclusie steeds: in deze context is de reclasseringswerker of de forensisch casemanager de regievoerder samen met de cliënt. Het 'gedwongen kader' werd hiermee een apart en bijzonder onderdeel. Over de reclasseringswerker als regievoerder had één werker twijfels: hoe is dit te combineren met de rol als reclasseringwerker? Hoe zit het met wanneer een toezicht (negatief) wordt afgerond en de bemoeienis van de reclassering ophoudt? Is regie op het proces dan nog wel mogelijk?

Bij Centrum Maliebaan is, in overleg met het projectmanagement, besloten dat de reclasseringswerker alsnog door mag gaan. Dit ondanks het ontbreken van een (financieel) kader. De vraag naar continuïteit en het reclasseringskader zorgde regelmatig voor discussies: wat wil de reclasseringswerker zelf? Hoe zit hij zijn rol en hoe rijmt dit met de uitgangspunten van wraparound care? De werker concludeert: "ik ga eerst duidelijker inventariseren hoe zijn netwerk eruit ziet. Samen met hem ga ik kijken wie hem het best kan helpen of kan ondersteunen. Ik wil hem zelf stappen laten zetten in het contact met instanties en niet alles zelf doen".

3.5.3 Wat zijn de einddoelen van de cliënt

Het vragen en spreken over einddoelen met de cliënt, als een van de ankers van wraparound care, werd door de professionals geïntegreerd in hun werkwijze. Dit betekent dat, gelet op de aard van de problematiek, er vaak in meerdere gesprekken aandacht werd besteed aan de einddoelen. De professionals stellen dat er andere gesprekken ontstaan en maken bijvoorbeeld gebruik van 'de wondervraag'.

Tijdens de bijeenkomsten bleek dat er behoefte was aan ondersteuning op hoe de einddoelen centraal te stellen. Hiervoor is een cursus oplossingsgericht werken gevolgd, waarbij de professionals werden uitgenodigd tot een nieuwe/andere manier van vragen stellen. Dit bleek aan te sluiten bij de behoefte van de professionals, in de praktijk is vaak de neiging om zaken van cliënten over te nemen en tot oplossingen te willen komen.

Ook dit uitgangspunt bracht dilemma's naar boven: hoe zit het wanneer doelen zijn opgelegd (bijvoorbeeld een klinische opname) en de cliënt dit niet als doel heeft? Tijdens de besprekingen werd vastgesteld dat dit de zogenaamde 'niet onderhandelbare doelen' zijn die bij het leven horen.

3.5.4 Uit wie bestaat het netwerk

Voor elke ingebrachte cliënt wordt een bloem gemaakt, waar bij iedereen die een rol speelt in het leven van de cliënt in een bloemblad wordt gezet. Dit omdat iedereen potentieel een rol kan spelen bij het bereiken van de einddoelen. Dit bleek ingewikkeld: regelmatig vallen er vervolgens veel mensen af, zijn er weinig mensen die een rol spelen of zijn de mensen die een rol spelen niet volgens de professional mensen die bijdragen aan een delictvrij bestaan. Na twee bijeenkomsten werd besloten om enkel mensen in de bloem te zetten die een rol spelen bij het bereiken van het einddoel.

“Het bleek dat er niet veel mensen een rol spelen in het leven van Peter. Aanvankelijk dacht ik dat zijn zus belangrijk was. Tot ik wat meer doorvroeg en bleek dat dit niet zo was, zeker niet zelfs. De bloem pakte dus anders uit dan ik vooraf had gedacht”

3.1 Leerpunten stap 3 en 4

De ervaringen eerste maanden hebben verschillende leerpunten opgeleverd:

- De inrichting van de bespreking in de werkgroep moet constructief zijn, dat wil zeggen: gericht op het ontwikkelen en versterken van goede praktijken. De verschillende principes centraal stellen kan voor verwarring zorgen waarbij het doel (versterken van goede praktijken en continuïteit) op de achtergrond komt te staan.
- Het werken met ‘de bloem’ werkt ondersteunend in het denken over netwerken en mogelijkheden
- Denk goed na over de wijze waarop de besprekingen worden vastgelegd, als dit op een gestructureerde wijze gebeurd kan het proces beter gevolgd worden
- De structuur van de bijeenkomsten is van wezenlijk belang, denk na over welke structuur aansluit bij de behoeften van de professionals én bij het doel van het onderzoek
- Het streven is om vanaf de start met een de multiple casestudy te beginnen. Dit is niet gebeurd omdat de zoektocht naar wat de principes inhouden voorop leken te staan.

3.2 Stap 4 – het vervolg: een nieuwe structuur

Na vijf maanden bezig te zijn geweest heeft er wederom een evaluatie plaatsgevonden onder de leden van het wraparound care team. Hierin zijn een viertal vragen voorgelegd. Deze vragen waren gericht op wat er goed gaat bij het werken volgens de wraparound care principes, wat er nodig is om dit (nog) beter te doen, wat er minder goed gaat bij het werken met wraparound care en welke mogelijke oplossingen ze daarvoor zien. In bijlage 2 is een overzicht van de antwoorden van de werkers. Samengevat bleek dat de focus van de bijeenkomsten te veel lag op onduidelijkheden rondom de (betekenis van de) principes van wraparound care en minder op ‘best practices’ of het achterliggende gedachtegoed van wraparound care.

Op grond van de uitkomst van de evaluatie hebben er aanpassingen plaatsgevonden in de samenstelling van de werkgroep ,de wijze waarop de casuïstiek werd besproken en de agendavoering van de bijeenkomsten.

In plaats van een casus inbrengen, einddoelen formuleren, netwerk zoeken, bloemen maken etc. is het accent komen te liggen op casuïstiek waarvan de professional vindt dat het goed is gegaan, waar hij trots

op is. Deze casuïstiek had betrekking op de gehele caseload van de professionals, dus strekte zich uit tot buiten de deelnemende pilotcliënten. Resultaat was dat bleek dat er meer werd gewerkt volgens wraparound care dan werd verondersteld, bijvoorbeeld met oog voor eigen kracht:

“Ik ben er voor de cliënt, bijvoorbeeld door een paar keer per week bij hem langs te gaan merkt dat hij zich gesteund voelt en niet zo snel opgeeft. Door een veelheid van tegenslagen geven ze vaak op.”

“Ik geef mijn cliënt veel positiefs terug. Vol goede moed vertrekt hij dan weer”

Daarnaast werden de bijeenkomsten van de werkgroep georganiseerd rondom de principes van wraparound care. De bijeenkomst rondom het netwerk bijvoorbeeld leverde het volgende op:

“Uitgangspunt is hulpverlening misbaar maken, daarom organiseren we een netwerkberaad. Eerst met cliënt, moeder en oom Kees, daarna kijken we wie er verder nog nodig zijn. Het uitgangspunt is haalbaarheid en veiligheid.”

Door op deze wijze te werken bleken we in staat om de succesverhalen te relateren aan de principes van wraparound care en andersom. Naast de verandering van werkwijze gedurende de werkgroepbijeenkomsten is de samenstelling van de werkgroep gewijzigd. Uiteindelijk bleek deze groep te groot om effectief te kunnen zijn. Opmerkingen gemaakt tijdens de evaluatie onderschrijven dit: te weinig cliënten(voor iedereen), discussie bij het proces houden, te detaillistisch en te weinig kijken naar het grote geheel. Uiteindelijk werd het aantal inhoudsdeskundigen teruggebracht van acht naar vijf, twee reclasseringswerkers en drie forensisch casemanagers. De werkgroepleden die afvielen blijven als feedbackgroep aanwezig.

Vanuit de werkgroep kwam de kritiek over het gebrek aan structuur tijdens de bijeenkomsten. We proberen dit op te lossen door duidelijker in onze rol te gaan zitten; de voorzitter die de agendavoering bewaakt en de onderzoeker die in de rol van de kritische vraagstelling zit. Daarnaast bleek dat het faciliteren van de pilot meer werk was dan in eerste instantie werd gedacht. Om de ondersteuning van de pilot uit te breiden maken sinds enige maanden twee tweedejaars stagiaires van de opleiding Integrale Veiligheidskunde (IVK) deel uit van de werkgroep.

Een wijziging van een geheel andere orde is het wijzigen van de instroomcriteria. Inmiddels hebben we de leeftijdsgrens van 18 tot 24 jaar losgelaten. Tijdens de duur van de pilot bleek dat er weinig jongeren instroomden. Om die reden hebben we besloten ook oudere cliënten deel te laten uitmaken van de pilot.

4 De (tussen)balans opgemaakt

4.1 Fase 4: de tweede meting

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

Tabel 6

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

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

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

4.1.1 Cliënt spreekt zich uit

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

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

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

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

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

4.1.2 Gebaseerd op teamwerk

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

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

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

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

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

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

4.1.3 Netwerkondersteuning

Dit element van wraparound care richt zich erop dat het team zoekt en actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van de cliënt motiveert. In het plan zijn activiteiten en interventies opgenomen om aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aan te trekken. Gemiddeld genomen wordt het principe netwerkondersteuning beoordeeld als belangrijk (gemiddeld 4). Hiervoor werden ongeveer dezelfde argumenten genoemd als bij het principe 'gebaseerd op teamwerk'. Een werker zegt hierover *"Ik denk wel dat het belangrijk is, omdat op het moment dat de cliënt het niet meer ziet zitten, het netwerk hem kan motiveren. In de huidige situatie wordt dit wel toegepast, maar als ik het over motiveren heb dan niet. Dan doe ik dat zelf en dan denk ik er niet aan om er familie bij te halen. Wel met bijvoorbeeld een woonbegeleider. Dan overleg ik met hem wat het beste is om de cliënt te helpen"*.

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

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

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

4.1.4 Samenwerking

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

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

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

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

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

4.1.5 In de wijk/outreaching

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

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

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

4.1.6 Cultureel bekwaam

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

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

daar aan gaat zitten en daarover in discussie gaat, dan ben je een cliënt natuurlijk kwijt. En terecht. En dan geef je hem ook niet die eigen regie. Dat maakt iemand tot wie hij is En waar hij uiteindelijk mee verder moet.

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

Op de vraag naar ontwikkelpunten antwoordt een professional:

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

4.1.7 Op maat

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

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

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

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

4.1.8 Eigen kracht als basis

Als we kijken hoe belangrijk de medewerkers het principe 'eigen kracht als basis' vinden, dan wordt dit met een gemiddelde van 4,4 als belangrijk gezien. Volgens de literatuur gaat dit principe over dat het begeleidingproces en het plan zicht richten op het, identificeren, opbouwen en vergroten van de

bekwaamheid, kennis, vaardigheden en eigen kracht van de cliënt en netwerk. Een medewerker zegt hierover:

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

Een andere medewerker vertelt:

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

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

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

4.1.9 Doorzettingsvermogen

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

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

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

4.1.10 Resultaatgericht

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

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

In de huidige situatie worden er door verschillende instanties (begeleidings)plannen opgesteld. De geïnterviewde gaven aan dat de afstemming tussen de verschillende organisaties niet altijd even soepel

verloopt. In de huidige situatie werd dit principe vooral vanwege het bovenstaande beoordeeld met een 2,6 (weinig tot redelijk).

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

4.2 Bespreking meting in het team

De resultaten van de tussenevaluatie zijn op 8 maart 2012 met de leden van de best practice unit besproken. De resultaten werden door de werkers herkend. Tijdens de interviews en de bespreking van de resultaten werd duidelijk dat de veelheid aan principes soms voor verwarring zorgt en er sprake is van overlap in de principes. Op basis van deze tussentijdse meting én eerder onderzoek is gekomen tot een voorlopige (her)ordering van de principes. Dit wordt in het volgende, afsluitende, hoofdstuk besproken.

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

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

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

5 Conclusie: de (voorlopige) essentie(s) van wraparound care

Tijdens de bespreking van de tussentijdse meting met de best practice unit is aan de professionals gevraagd te komen tot een zekere ordening (clustering) van de principes. Dit door de werkers te vragen afzonderlijk de principes (als kaarten op tafel gelegd) te ordenen op basis van hun ervaringen in de best practice unit. Vervolgens zijn de verschillende ordeningen vergeleken, waarbij overeenstemming werd bereikt over een mogelijke ordening die ondersteunend kan werken in zowel het handelen van de professional als in de casuïstiekbespreking. De voorgestelde ordening wordt weergegeven in tabel 7

Tabel 7

De principes herzien volgens de best practice unit

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

De ervaring van de professionals vertoont overeenkomsten met zowel de eerder geformuleerde hoofdaspecten waarop het werken volgens wraparound care zichtbaar kan zijn in de ketensamenwerking (eigen regie, duidelijkheid, teamgerichtheid, creativiteit en continuïteit) als met eerder onderzoek in de Utrechtse jeugdzorg (Colijn & Schamhart, 2012). Waar uit een factoranalyse bleek dat het onderscheidend vermogen van de principes beperkt is en meer dan 80% van de variatie in de antwoorden verklaard kon worden door een combinatie van drie basisconcepten: 'empowerment/eigen kracht', 'samenwerking' en 'monitoren/evalueren' (Colijn & Schamhart, 2012, p. 40). Deze drie basisconcepten vertonen conceptueel overeenkomsten met de toelichting van de professionals op de hoofdprincipes uit tabel 7. De toelichting vertoont ook overeenkomsten met de eerder geschetste fundamentele uitgangspunten (gepositioneerd als paradigmawisseling) in hoofdstuk twee.

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

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

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

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

Wanneer met de pilot bij een andere organisatie wordt gestart kan in de monitoring van de voortgang (bijvoorbeeld middels tussenmetingen) nog gebruik gemaakt worden van de principes, dit maakt vergelijking mogelijk én zorgt voor volledigheid. In het werken in de best practice unit ligt het voor de hand uit te gaan van de omschreven clustering, als ankerpunten en paraplu voor het duiden van (en reflecteren op) handelen, afwegen van handelingsperspectieven en het introduceren van het wraparound care gedachtegoed. De clustering is hiermee, afhankelijk van de voorkeuren van de professionals, mogelijk direct een structuur om het overleg vorm te geven.

Met deze voorlopige (en voorzichtige) schets van de essenties heeft het onderzoek een stap gezet in de richting van het beantwoorden van de onderzoeksvraag, dat wil zeggen: het heeft uitgangspunten geformuleerd waarmee verder geëxperimenteerd kan worden om zo voortdurend te komen tot een aanscherping van de wijze waarop de uitgangspunten van wraparound care het handelen van de professionals en de continuïteit in de begeleiding kunnen versterken. In bijlage 4 is op basis van deze nieuwe clustering een nieuw voorstel voor een inrichting van de casuïstiek te vinden, dit format wordt in overleg met de professionals uitgetoetst en bijgescherpt.

Literatuur

- Ben-ari, A & R. Strier (2010): Rethinking Cultural Competence: What Can We Learn from Levinas? *British Journal of Social Work* 40, 2155-2167.
- Bruns, E., Supter, J. & Leverentz-Brady, K. (2006): Relations between program and system variables and fidelity to the wraparound process for children and families. *Psychiatric Services* 57 (11), 1586-1593.
- Bruns, E.J., Suter, J.C. & Leverentz-Brady, K. (2008). Is It Wraparound Yet? Setting Quality Standards for Implementation of the Wraparound Process. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, (35)3, 240-252.
- Carney, M., & Buttell, F. (2003). Reducing juvenile recidivism: evaluating the Wraparound Services Model. *Research on Social Work Practice*, 13(5), 551-568.
- Colijn, J. & Schamhart, R. (2012). *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse Jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Croes, L.X. de & Vogelvang, B.O. (2010). *Vrijwilligers binnen Reclassering Nederland. Een (beleids)studie naar de grenzen, mogelijkheden en betekenisvolle verhalen*. Den Bosch: Avans Hogeschool Expertisecentrum Veiligheid
- Epstein, M., Jayanti, M., McKelvey, J., Frankenberry, E., Hardy, R., Dennis, K., et al. (1998). Reliability of the wraparound observation form: an instrument to measure the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, 7(2), 161-170.
- Geuijen, K., Bos, A.I., Krechtig, L. & van Horn, J (2010): *Hoe neem je ruimte? Hoe regel je ruimte? Evaluatie van de pilot Motie van Velzen bij de reclassering in Eindhoven*. USBO/KSI.
- Heinrich, J.P. (1995). *Particuliere reclassering en overheid in Nederland sinds 1823* (academisch proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen / Juridische faculteit.
- Hermanns, J., & Menger, A. (2008). *Walk the line; Continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie.

- Hermanns, J. (2009). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? *Proces*, (88)3, 147-154.
- Hermanns, J. & Menger, A. (in press). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? In *Samenleven is geen privezaak.*, Den Haag, BJu
- Kenis, P.N. (2006). Waiting lists in Dutch health care: An analysis from an organisation theoretical perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 20(4).
- Malysiak, R. (1997). Exploring the Theory and Paradigm Base for Wraparound. *Journal of Child and Family Studies*, (6)4, 399-408
- Malysiak, R. (1998). Deciphering the Tower of Babel: Examining the Theory Base for Wraparound Fidelity. *Journal of Child and Family Studies*, (7)1, 11-25
- Menger, A. & J.A. van Vliet. (in press) Professionalisering van reclasseringswerkers in ontwikkeling. In Vliet, J.A., van, Andreas A., Keuning, B. & W. Zandbergen (red.). *Verbinden in de keten. Forensisch psychiatrisch toezicht bekeken*. Amsterdam: SWP.
- Menger, Bosker en Heij (in press) Verslaafden en reclassering. In: Handboek forensische verslavingszorg
- Nordess, P., & Epstein, M. (2003). Reliability of the Wraparound Observation Form- Second Version: an instrument designed to assess the fidelity of the wraparound approach. *Mental Health Services Review*, 5(2), 89-96.
- Oerlemans, L.A.G. & Kenis, P.N. (2007). Netwerken en innovatieve prestaties. *M&O, tijdschrift voor management en Organisatie*, 61(3/4), 36-54
- Thomas, W. I., & Thomas, D. S. (1928). *The child in america: Behavior problems and programs*. New York: Knopf.
- Vries, S. de (2010). *Basismethodiek psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Yperen, T. van & Veerman, J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon Uitgeverij.

Bijlage 1: vragenlijst nulmeting

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

1. Inleiding

Beste respondent,

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

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

2. Algemene vragen

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

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

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

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

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

3. Specifieke vragen

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

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

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

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

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

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

De ketenpartners luisteren
goed naar elkaars
standpunten

De zorgketen lijdt aan
remmende bureaucratie

De cliënt wordt van het
kastje naar de muur
gestuurd

De cliënt wordt
aantoonbaar benaderd als
een lerend individu

De administratie rondom
een cliënt wordt centraal
bijgehouden

De ketenpartners
vertrouwen elkaar
onderling

De ketenpartners denken
actief mee om de zorg te
verbeteren

De zorg voor verslaafde
justitiabelen is een
geïntegreerd geheel

4. Opmerkingen en suggesties

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

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

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

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

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

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

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

5. Achtergrondvragen

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

1. Wat is uw leeftijd in jaren?

2. Bent u een man of een vrouw?

☐ Man

☐ Vrouw

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

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

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

4. Hoeveel jaren ervaring heeft u in deze sector?

5. In welke rol werkt u nu?

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

Vragenlijst Continuïteit voor Verslaafde Justitiabelen

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

- ☐ zeer veel
- ☐ behoorlijk veel
- ☐ redelijk
- ☐ niet zo veel
- ☐ zeer weinig

6. Slot

Wij danken u hartelijk voor uw deelname aan deze enquête!

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

1. Uw emailadres:

Bijlage 2: antwoorden eerste evaluatie in team

1. Wat gaat er goed bij het werken volgens de wraparound care principes?

- De bijeenkomsten, iedereen is actief en enthousiast
- Beamer is prettig, de bloem, de afspraken, het proces is zo zichtbaar
- Oplossingsgericht werken cursus
- De wil om op de Wrap manier te werken is er
- Uitzoeken wat Wrap nu precies inhoudt
- Uitzoeken of wij wel zo kunnen gaan werken
- Betrokken medewerkers
- De cl. Laten nadenken wie er belangrijk zijn uit zijn omgeving en voor zijn leven. De bloem is daarvoor een goed middel om te visualiseren
- Andere benadering, biedt ruimte voor nieuwe ontwikkeling, zowel voor de hvl als de cl. en zijn omgeving
- Betrokkenheid, positieve insteek
- Ontwikkeling, stilstaan bij het proces, veel twijfels onduidelijkheden ook waardoor je erover na blijft denken
- Nieuwsgierigheid
- Discussie bij proces houden, kijken naar het grote geheel ipv individueel/detaillistisch

2. Wat heb je nog nodig/wat kan je verder helpen om dit(nog) beter te doen?

- Meer tijd
- Cursus herhalen
- Teambuilding gericht op onze persoonlijke rol, Who Works uitwerken en toepassen, persoonlijke waarden delen
- Moet gedragen gaan worden door de leidinggevenden
- Een vaste collega (WAC) die vooral de 1^e gesprekken met cl. Meeloopt en mee voorbereid. Dit ook om elkaar feedback te geven en te bevragen. Na elk gesprek een terugkoppeling geven aan deze collega.
- Tijd om meer en beter te ontwikkelen
- Meer kennisoverdracht zoals netwerk ontwikkeling, de WRAP aanpak in Amersfoort CMB, ketenpartners. Dus een werkbezoek opbouwende discussie met hen voeren over de werkwijze etc.
- Overleg en kennisoverdracht WRAP bij bijv. multiprobleem in Zuilen(bestaat WRAP al een aantal jaar in Utrecht), Ondiep, met het JAT, CJG, wijkwelzijn, gg&gd etc. Waar wij ook aansluiting kunnen vinden mbt Jeugd en Jongvol aanpak.
- De bloem verbeteren
- Meer cliënten nodig
- Elkaars proces kunnen blijven volgen in een systeem, dus buiten de overleggen elkaar ook digitaal op de hoogte houden bijv. via de bloem.
- Tijd
- Socratisch dialoog
- Ervaringsdeskundigen betrekken bij de thema's

3. Wat gaat er minder goed bij het werken met WAC? Loop je tegen bepaalde dingen aan?

- Structuur in de bijeenkomsten
- Gebrek aan kennis
- Hoe combineren we Wrap met gedwongen kader
- Hoe combineren we Wrap met ACT team

- Waar staan wij binnen de bloem?
- Ja! Reclassering, heeft vaste opdracht, meldplichten, aanwijzing of andere voorwaarden! We moeten ook risico's bewaken. Duidelijke rol die we hebben naar de cl. hoe kun je dan ook de persoon zijn die de cl. 3 keer per week ziet en meebeweegt in de doelen van de cl. Misschien dat het kan? Uitproberen, hoe, begeleiding in hebben, klankbord.
- Ontbreken breekijzer
- Verplichtingen inhv toezicht met mogelijke gevolgen voor de continuïteit
- Blijft geneigd om te denken in problemen en oplossingen, kost veel moeite om dit om te keren
- Minder bekend zijn met het betrekken cq onderhandelen van het sociale systeem
- Uitwisselen van info
- Bloem zelf bijhouden en bijwerken

4. Welke mogelijke oplossingen zie je daarvoor?

- Cursus
- Theorie; studenten HKU
- Toezicht Wrap opstarten met 2 toezichthouders
- Ondersteuning van de HU, duidelijker beeld neerzetten hoe zij kunnen helpen in mede ontwikkeling van Wrap onder justitiabelen.
- Is de Wrap methode eigenlijk 'heilig'? De knelpunten waar we tegen aanlopen waardoor we de Wrap methode niet als de methode uitvoeren. Is dat dan erg?
- Je manier van werken bespreekbaar durven maken
- Mogelijke cursussen/trainingen
- Over de drempel stappen om het anders te doen dan je gewend bent
- Uitgaan van je mogelijkheden ipv je beperkingen

Bijlage 3: vragenlijst tussenmeting

- **Cliënt spreekt zich uit en kiest**

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

- **Gebaseerd op team(werk)**

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

- **Netwerkondersteuning**

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

- **Samenwerking**

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

- **In de wijk**

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

- **Cultureel bekwaam**

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

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

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

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

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

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

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

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

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

2. Gebaseerd op team(werk)

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☺
- zeer belangrijk
- ☺
- belangrijk
- ☺
- redelijk
- ☺
- niet belangrijk
- ☺
- zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☺
- zeer veel
- ☺
- veel
- ☺
- redelijk
- ☺
- weinig
- ☺
- zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

- ☺
- zeer veel
- ☺
- veel
- ☺
- redelijk
- ☺
- weinig
- ☺
- zeer weinig

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

3. Netwerkondersteuning

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☺
- zeer belangrijk
- ☺
- belangrijk
- ☺
- redelijk
- ☺
- niet belangrijk
- ☺
- zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☺
- zeer veel
- ☺
- veel
- ☺
- redelijk

- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

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

4. Samenwerking

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

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

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

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

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

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

5. In de wijk/outreaching

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

- ☐ zeer belangrijk
- ☐ belangrijk
- ☐ redelijk

- ☐ niet belangrijk
- ☐ zeer onbelangrijk

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

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

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

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

6. Cultureel bekwaam

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

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

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

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

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

- is dit principe aan de orde geweest?

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

7. Op maat

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

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

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

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

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

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

8. Eigen kracht als basis

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

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

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

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

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

9. Doorzettingsvermogen

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

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

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

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

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

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

10. Resultaatgericht

In hoeverre vind je dit principe belangrijk?

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

In hoeverre wordt het nu al toegepast?

- ☐ zeer veel
- ☐ veel

- ☐ redelijk
- ☐ weinig
- ☐ zeer weinig

In hoeverre wordt het binnen wraparound care toegepast?

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

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

Ordering aanbrengen in de principes van belangrijk naar onbelangrijk

Bijlage 4: voorstel casuïstiek

Voorstel model casuïstiekbepreking

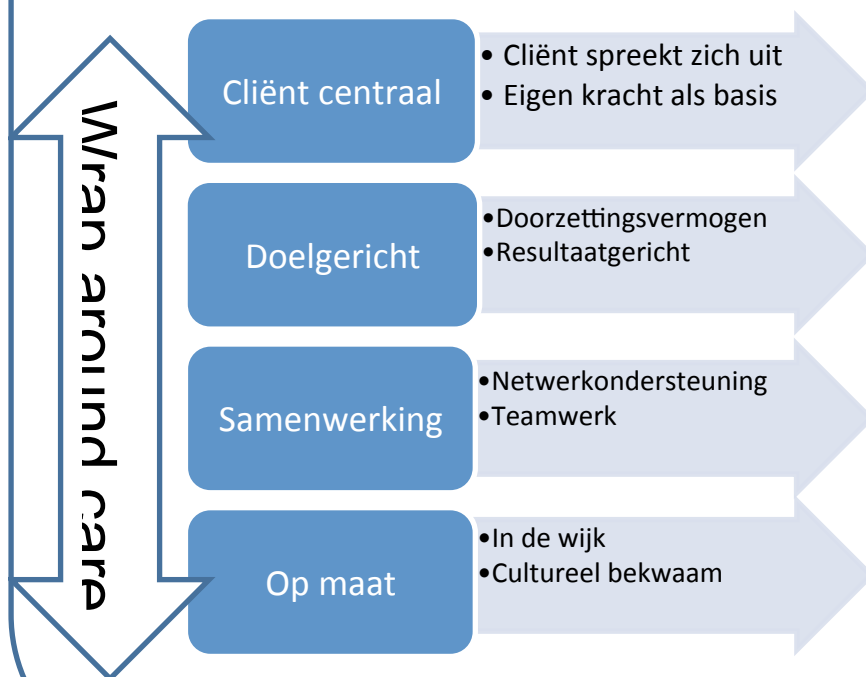
Formulier: inbrenger

1. Hoe gaat het met de doelen?

2. Hoe gaat het met de samenwerking?

3. Hoe gaat het met jou?

Continuïteit in de justitieketen



-In welke mate heb je dit principe herkend (1- 5) en hoe?
-Hoe kan dit principe verder toegepast worden?
-Hoe bruikbaar vind je dit principe in deze casus?