

1Gezin1Plan in de praktijk

DE MEERWAARDE VAN DE WERKWIJZE 1GEZIN1PLAN ONDERZOCHT

Rob Gilsing

Marlinda van der Hoff

Lineke van Hal

vertrouwen

zelf het 1G1P voorzitten

zelf onderwerpen
aandragen voor 1G1P

gezamenlijke
doelstelling

probleembesef

motivatie

verantwoordelijkheden
beleggen/afspreken

keuzevrijheid
klant centraal

‘samen’
met de
inwoner

gelijkwaardigheid

voorbereiding

luisteren

inspraak

praten met het gezin

vraag van gezin
uitgangspunt

openheid, transparantie

1Gezin1Plan in de praktijk

DE MEERWAARDE VAN DE WERKWIJZE 1GEZIN1PLAN ONDERZOCHT

Rob Gilsing

Marlinda van der Hoff

Lineke van Hal

Utrecht, januari 2018

Samenvatting

De werkwijze 1Gezin1Plan (1G1P) is erop gericht om multiprobleemgezinnen te helpen door hen actief te betrekken bij hulp. Met deze werkwijze voeren de gezinnen zelf de regie over het proces. De werkwijze richt zich op de krachten van het gezin, op dat wat er goed gaat en op het actief betrekken van de aanwezige hulpbronnen in en om het gezin, zoals het sociale netwerk. De kern van de werkwijze is dat ouders, ondersteund door een hulpverlener, zelf hun eigen specifieke doelen stellen, zelf bepalen welke middelen nodig zijn en welke hulpverleners ingeschakeld worden. Bij multiprobleemgezinnen is vaak een verscheidenheid aan instellingen betrokken. Bij 1G1P wordt er een gezamenlijk plan gemaakt waarin aandacht is voor samenhang en structuur. Met 1G1P wordt integraal, planmatig en doelgericht gewerkt. Belangrijke elementen hierbij zijn het gezinsplan en rondetafelgesprekken met alle betrokkenen.

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de meerwaarde van de werkwijze 1Gezin1Plan ten opzichte van de reguliere hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Het onderzoek hebben we uitgevoerd in drie regio's die al langere tijd met 1G1P werken: Alkmaar, Midden-Holland en Midden-Limburg. Op basis van casuïsonderzoek, enquêtes onder professionals en reflectiebijeenkomsten hebben we informatie over het werken met 1G1P in de praktijk verzameld, getoetst en geanalyseerd. Daarbij kijken we naar de resultaten van 1G1P in termen van versterking van zelfredzaamheid en veerkracht, alsmede naar twee belangrijke pijlers van de werkwijze: regievoering door het gezin en afstemming tussen alle betrokken partijen. Behalve naar de meerwaarde kijken we in het onderzoek ook naar bevorderende en belemmerende factoren voor de drie onderzochte elementen (regievoering gezin, afstemming en resultaten).

Hieronder beschrijven we de belangrijkste conclusies.

Meerwaarde 1G1P

De werkwijze 1G1P biedt volgens professionals op een aantal punten meerwaarde in vergelijking met reguliere hulpverlening. Zowel als het gaat om de resultaten in termen van zelfredzaamheid en veerkracht, regievoering door gezinnen als om afstemming tussen alle betrokkenen, oordelen professionals positief. Aandachtspunt is de geringe mate waarin organisaties die minder vaak met 1G1P werken de visie en uitgangspunten van 1G1P delen. In algemene zin waardeert een aanzienlijk deel van de professionals de werkwijze als een verbetering ten opzichte van eerdere werkwijzen.

De casusanalyse laat zien dat het met 1G1P doorgaans lukt om regievoering grotendeels bij gezinnen te beleggen, om tot goede afstemming tussen alle betrokken te komen en om resultaten te boeken in termen van zelfredzaamheid en veerkracht. Het beleggen van de regie bij het gezin is een belangrijke factor in de versterking van zelfredzaamheid en veerkracht. Hoewel gezinnen verschillen in de mate waarin en de wijze waarop zij regievoeren, worden in vrijwel alle gevallen met het gezin de hulpverleningsvoorstellen besproken en wordt het gezin om instemming voor hulpverleningsbesluiten gevraagd. Het realiseren van een goede afstemming tussen alle betrokkenen is eveneens een belangrijke factor in het bereiken van resultaten. Met name de afstemming tussen gezin en zorgcoördinator aan de ene kant en andere betrokken organisaties aan de andere kant is niet vanzelfsprekend. Dat neemt niet weg dat de ouders die we spraken in het algemeen positief zijn over hun eigen inbreng in het hulpverleningstraject en de wijze waarop ze bejegend worden door professionals.

De uitgangspunten van 1G1P zijn belangrijker dan de concrete tools die de werkwijze kent. Er zijn meerdere manieren om de uitgangspunten in praktijk te brengen. Het onderzoek laat zien dat de omgang met 1G1P aansluit bij het eigene van gezinnen.

De rondetafeloverleggen worden door zowel professionals als gezinnen zeer waardevol geacht. Het maakt het mogelijk om in gezamenlijkheid planmatig en doelgericht werken.

Regievoering

‘Regie bij het gezin’ is het vertrekpunt van 1G1P. Dit vraagt zowel van gezinnen als professionals het sterke besef dat het gezin aan zet is. Gezinnen en professionals moeten daar soms aan wennen. De meeste zorgcoördinatoren realiseren zich dat regievoering bij het gezin om een faciliterende opstelling vraagt. Samenwerkingspartners lijken vaak minder goed te beseffen wat ‘regie bij het gezin’ betekent voor hun handelwijze. Dit werkt belemmerend.

Regie is een situationeel begrip. Regievoering door het gezin vraagt altijd om maatwerk. De mate waarin een gezin regie wil voeren of in staat is regie te voeren verschilt sterk; tussen gezinnen, maar ook binnen gezinssystemen, is afhankelijk van het gezinslid, de actuele situatie, de trajectfase of het leefdomein waar het om gaat. Het ene gezin neemt zelf de

zorgcoördinatie op zich en voor het andere gezin gaat het erom hen op duidelijke wijze te informeren over het traject en hun inbreng serieus te nemen. De passendheid van de regievoering is bepalend voor de mate waarin zij zich betrokken voelen bij de hulpverlening.

Bevorderend voor de regievoering is dat professionals aan weten te sluiten bij de situatie en vaardigheden van het gezin. ‘Zeggenschap hebben’ kan er daarom bij ieder gezin anders uit zien. Cruciale elementen zijn gelijkwaardigheid in de samenwerking en een positieve benadering. Vanuit deze houding kan regievoering vervolgens verschillend ondersteund worden, afhankelijk van de situatie en van de vaardigheden van het gezin.

De regievoering door het gezin staat op scherp wanneer de visie en doelen van het gezin niet overeenkomen met die van hulpverleners. De kans dat dit speelt is groter wanneer het welzijn, of sterker, de veiligheid van de kinderen in het geding is. Dit vraagt om bijzondere inspanning van de professional. Als de veiligheid in het geding is, is het zaak om vanuit rust en duidelijkheid in verbinding te blijven met het gezin en om vanuit een

positieve benadering de kaders aan te geven waarbinnen een gezin wel zeggenschap heeft.

De regievoering door het gezin kan belemmerd worden door te snel voorbij te gaan aan wat regievoering voor gezinnen betekent. Regievoering vraagt veel van gezinnen, onder meer (zelf)inzicht en mondigheid. Dat vraagt bij de doelgroep van 1G1P een goede inschatting van de situatie en vaardigheden en daarbij passende ondersteuning door professionals.

De regelmatig voorkomende verschillen in visie op ‘regie bij het gezin’ tussen professionals van verschillende organisaties kunnen eveneens belemmerend werken. Het leidt tot onduidelijkheid over de ruimte voor het gezin voor het maken van eigen keuzes en over de positie van de zorgcoördinator in relatie tot de regievoering door het gezin.

Het faciliteren van regievoering door gezinnen vraagt veel van professionals. Van belang is dat zij hierin blijvend en voldoende getraind en ondersteund worden.

Afstemming

Adequate afstemming is de smeerolie van 1G1P. Inherent aan de doelgroep van 1G1P is dat veel verschillende partijen zijn betrokken. Professionals waarderen de onderlinge samenwerking positief, maar er zijn (grote) verschillen waar het de afstemming tussen professionals en gezin betreft. De analyse van de casussen laat bovendien zien dat afstemming tussen professionals niet altijd goed verloopt.

Het meest gewaardeerde middel voor afstemming, zowel door professionals als gezinnen, zijn de rondetafeloverleggen. Over het algemeen voelen cliënten zich hierin gezien en gehoord. Ze dragen bij aan overzicht, aan verbinding tussen alle betrokkenen, aan ‘domeinoverstijgend’ werken en aan een breed gedragen plan van aanpak voor het gezin. Voorwaarden daarbij zijn dat de vraag en de doelen van het gezin centraal staan en dat er open en transparant wordt gecommuniceerd. Bevorderend is een voorzitter die een klimaat weet te creëren waarin deelnemers zich veilig en verbonden weten, maar elkaar ook durven aan te spreken. Voor professionals wordt het steeds vanzelfsprekender om gezinnen te vragen om hun sociale netwerk te betrekken. Desalniettemin maakt het sociale netwerk van de gezinnen maar in een klein gedeelte van de

onderzochte casussen deel uit van het gezinsplan. De samenwerking met het sociale netwerk wordt in deze casussen bevorderd door hen de ruimte te geven om op eigen wijze onderdeel te zijn van IG1P.

De verbinding met het gezin - cruciaal in IG1P - wordt belemmerd doordat professionals direct afstemming zoeken met collega-professionals, zonder het gezin hier vooraf over te informeren of hen hierbij te betrekken. Dit is schadelijk voor de samenwerkingsrelaties. Te veel deelnemers aan het rondetafeloverleg – vanuit gezinsperspectief – belemmert adequate afstemming tussen alle betrokkenen. Om dit te voorkomen kan de zorgcoördinator vooraf met het gezin afstemmen met welke mensen zij wanneer om tafel willen.

Afstemmingsissues spelen vooral wanneer de veiligheid in het gezin in het geding is of wanneer IG1P onvoldoende ingebed is in de houding en werkwijze van (medewerkers van) betrokken organisaties. Dit laatste is relatief vaak het geval bij het onderwijs, organisaties uit de (jeugd-)ggz en het veiligheidsdomein.

Resultaten van hulpverlening op basis van IG1P

Wat betekent het werken met IG1P voor de zelfredzaamheid en veerkracht van gezinnen? Het werken met IG1P draagt bij aan versterking van zelfredzaamheid en veerkracht. Professionals zeggen dat IG1P beter ‘werkt’ dan eerdere werkwijzen die ze hanteerden. Vooral regievoering door gezinnen draagt bij aan de algemene doelen die in IG1P altijd voorop staan: versterking van eigen kracht en zelfregulering.

Belangrijke bevorderende factoren voor het realiseren van deze algemene doelen zijn het teweegbrengen van veranderingen in handelings- en gedragspatronen (zoals het structureren van het huishouden) als ook in de houding en het perspectief van gezinsleden: het anders tegen hun situatie en hun mogelijkheden aan gaan kijken. Een positieve benadering van professionals ondersteunt deze processen.

Het sociale netwerk is in theorie een belangrijke hulpbron voor de veerkracht van een gezin en vormt een van de aspecten waaraan met IG1P wordt gewerkt. De inzet van IG1P leidt echter niet per definitie tot een versterking van de betrokkenheid of tot constructieve samenwerking met het netwerk. Het betrekken van het netwerk vereist

tijd en inspanning van zowel het gezin als de professional. Maar ook als dit geleverd wordt, kunnen er factoren zijn die (het vergroten van) de betrokkenheid van het netwerk in de weg staan. Het netwerk kan simpelweg onvoldoende zijn. Ook kan de wens van gezinnen om het netwerk niet te belasten met hun problematiek belemmerd werken.

Het doel van zelfredzaamheid is niet altijd gericht op het realiseren van volledige zelfstandigheid. Er is sprake van gradaties van zelfredzaamheid. Het is belangrijk om samen met het gezin een toekomstperspectief formuleren, anders dan concrete hulpverleningsdoelen.

De werkwijze IG1P heeft planmatig en doelgericht werken als uitgangspunt. Bij planmatig werken behoort logischerwijs ook het evalueren van het traject na afronding. Een gezamenlijke evaluatie met alle betrokkenen kan belangrijke inzichten opleveren waar alle partijen van kunnen leren. In de praktijk zien we dat dit nauwelijks gebeurt.

Het is duidelijk dat het werken met de uitgangspunten van IG1P bij kan dragen aan het versterken van het zelfregulerend vermogen en de eigen kracht van gezinnen. Werken vanuit de uitgangspunten van IG1P doet een appèl op de houding en vaardigheden van alle betrokkenen: gezinsleden, zorgcoördinator, professionele samenwerkingspartners en het sociale netwerk van het gezin. De kracht zit in het gezamenlijk vertrekken vanuit de doelen van het gezin zelf en in het aansluiten bij wat zij nodig hebben om tot herstel van het ‘gewone leven’ te komen. De uitvoeringspraktijk laat zien dat zorgcoördinatoren vaak goed aan weten te sluiten bij het gezin, de rondetafeloverleggen een belangrijk middel zijn om gezamenlijkheid te creëren en dat de overige betrokken professionals sterk verschillen in de mate waarin ze er in slagen vanuit deze uitgangspunten te werken. Het bij alle betrokken partijen blijvend investeren in draagvlak voor en kennis van de werkwijze, en tegelijkertijd het samen blijven leren van het werken met IG1P, van de dilemma's die het oproept en van de successen die geboekt worden: dat zijn de cruciale factoren om met IG1P daadwerkelijk te realiseren dat uiteindelijk de eigen kracht en zelfregulering van gezinnen worden versterkt.

Inhoud

Samenvatting	2	5 Resultaten van hulpverlening op basis van 1G1P	31
1 Inleiding	6	5.1 Zelfredzaamheid en veerkracht	31
1.1 Aanleiding onderzoek	6	5.2 Resultaten enquête	31
1.2 Doel en vraagstelling	7	5.3 Resultaten casuïstiek	33
1.3 Methoden van onderzoek	7	5.4 Concluderend	36
1.4 Leeswijzer	10	6 Conclusies	37
2 De werkwijze 1Gezin1Plan	11	Literatuur	41
2.1 Visie en uitgangspunten	11	Bijlage 1: Format gezinsplan	42
2.2 Instrumenten en tools	13	Bijlage 2: Vragenlijst enquête professionals	44
2.3 1G1P in de drie regio's	14		
3 Regievoering door cliënten	15		
3.1 Regievoering	15		
3.2 Resultaten enquêtes	15		
3.3 Resultaten casuïstiek	17		
3.4 Concluderend	21		
4 Afstemming	23		
4.1 Afstemming	23		
4.2 Resultaten enquête	23		
4.3 Resultaten casuïstiek	24		
4.4 Concluderend	29		

1 Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

De werkwijze 1Gezin1Plan is ontwikkeld door Partners in Jeugdbeleid. De werkwijze is erop gericht om gezinnen met meerdere problemen te helpen door hen actief te betrekken bij de hulp door hen zelf de regie te laten voeren over het proces. De werkwijze richt zich op de krachten in het gezin, op dat wat er goed gaat en op het actief betrekken van de aanwezige hulpbronnen in en om het gezin. De uitgangspunten van de werkwijze 1Gezin1Plan zijn gebaseerd op verschillende theorieën: de empowerment theorie, de community based hulpverlening en het Bronfenbrenner-model.¹

Belangrijk uitgangspunt in de werkwijze 1Gezin1Plan is dat hulpverleners een proces op gang brengen waarbij gezinsleden zelf ervaren dat ze de mogelijkheid hebben hun situatie te veranderen. De verantwoordelijkheid ligt bij het gezin. De kern van de werkwijze 1Gezin1Plan is dat ouders, ondersteund door een hulpverlener, zelf hun eigen specifieke doelen stellen, zelf bepalen welke middelen nodig zijn en welke hulpverleners ingeschakeld worden, waarbij de ontwikkeling en veiligheid van het kind een centrale positie heeft (Van der Zijden & Diephuis, 2011). De gedachte daarachter is dat de hulpverlener niet de alwetende deskundige is die de problemen beoordeelt en voor het gezin bepaalt hoe ze moeten worden opgelost. Om de eigen kracht van gezinsleden te activeren, praat de hulpverlener met het gezin in plaats van over het gezin, staat naast het gezin in plaats van ertegenover en activeert hij in plaats van dat hij het overneemt (Sousam Ribeiro & Rodrigues, 2007; Colijn & Schamhart, 2012).

De werkwijze 1Gezin1Plan is ontwikkeld met het oog op gezinnen met meervoudige problematiek, de zogeheten multiprobleemgezinnen. Deze multiprobleemgezinnen geven vaak meerdere signalen af dat er problemen zijn, die veelal bij een verscheiden-

heid aan instellingen terechtkomen. Het gevolg is vaak dat het gezin niet één cliëntroute volgt, maar meerdere parallelle routes met elk hun eigen uitkomsten (Mehlkopf, 2008). Vaak ontstaan hierdoor geen of elkaar tegenwerkende resultaten. Van groot belang is dat de verschillende hulpverleningstrajecten op elkaar afgestemd worden. De werkwijze 1Gezin1Plan is erop gericht dat er een gezamenlijk plan komt met aandacht voor samenhang en structuur. Het stuurt het veranderingsproces in het gezin (Hermanns et al., 2012).

Door middel van een aantal elementen - het gezinsplan, rondetafelgesprekken, attitude van de hulpverlener, transparantie en de afsprakenlijst - wordt getracht de uitgangspunten te realiseren. De gezinsleden, de betrokken mensen uit het netwerk van het gezin en de betrokken hulpverleners vormen idealiter één team dat het plan gezamenlijk uitvoert. Het plan is integraal en omvat de verschillende domeinen waar het gezin problemen heeft: werk, inkomen en schulden; onderwijs en opvoeding kinderen; sociaalpsychologische vraagstukken; verslaving; huiselijk geweld; en/of criminaliteit en geweld. Daarnaast is de aanpak gericht op de aanwezige hulpbronnen in en om het gezin, enerzijds door gericht te zijn op wat er goed gaat in het gezin en anderzijds door het mobiliseren van sociale steun. Het sociale netwerk van het gezin wordt actief betrokken. Ouders bepalen wie zij nodig hebben om de doelen te realiseren. Dat kan een psychiater zijn, maar ook een buurman of goede vriendin. Tevens is er een vaste contactpersoon voor het gezin en de betrokken hulpverleners, de zogeheten zorgcoördinator (Kriek e.a., 2010). Van de zorgcoördinator wordt verwacht dat hij adequate beslissingen kan nemen over het opschalen of afschalen van de zorgcoördinatie (Van der Zijden, 2010). Dat het gezin de regie voert, betekent niet dat hulpverleners geen aandacht meer besteden aan de problemen waarmee het gezin kampt. Hulpverleners die concreet iets voor het gezin kunnen betekenen, verwerven gemakkelijk vertrouwen en gezag. Daardoor worden zij eerder serieus genomen door de gezinsleden als zij hun visie geven op wat nodig is om het gewone leven te herstellen (Van der Zijden & Diephuis, 2011).

¹ De werkwijze is beschreven in een handleiding gezinsplan (Van der Zijden en Diephuis, 2011) en in een handboek voor de praktijk (Bolt en Van der Zijden, 2015).

1.2 Doel en vraagstelling

De doelstelling van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de meerwaarde van de werkwijze 1Gezin1Plan ten opzichte van de reguliere hulpverlening aan multiprobleemgezinnen als het gaat om de regievoering door gezinnen, de afstemming tussen gezin en alle betrokken hulpverleners en de versterking van de zelfredzaamheid en veerkracht van gezinnen.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

In welke mate lukt het om met de werkwijze 1GIP te bewerkstelligen dat cliënten zelf de regie voeren over hun ondersteuning, om op basis van het gezinsplan te komen tot een adequate afstemming tussen cliënt(systeem) en organisaties die in de ondersteuning betrokken zijn, en resultaten te realiseren, in het bijzonder de versterking van zelfredzaamheid en veerkracht van cliënt(system)en?

Deelvragen:

1. Welke factoren bevorderen of belemmeren op welke wijze de regievoering door cliënten? Hoe kan worden bewerkstelligd dat bevorderende factoren in casussen een rol spelen? Wat zijn manieren om met belemmerende factoren om te gaan?
2. Welke factoren bevorderen of belemmeren de adequate afstemming tussen cliënt(systeem) en organisaties die in de ondersteuning betrokken zijn? Hoe kan worden bewerkstelligd dat bevorderende factoren in casussen een rol spelen? Wat zijn manieren om met belemmerende factoren om te gaan?
3. Welke factoren in de werkwijze 1GIP bevorderen of belemmeren het realiseren van resultaten, in het bijzonder het versterken van zelfredzaamheid en veerkracht van cliëntsystemen? Hoe kan worden bewerkstelligd dat bevorderende factoren in casussen een rol spelen? Wat zijn manieren om met belemmerende factoren om te gaan?

1.3 Methoden van onderzoek

1.3.1 Casusonderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we een werkwijze gevolgd waarin we een aantal gezinnen waarin de werkwijze 1Gezin1Plan is toegepast grondig in kaart te brengen. Dit hebben we gedaan in drie regio's waarin actief op het hanteren van de werkwijze 1Gezin1Plan in multiprobleemgezinnen is ingezet:

- De regio Alkmaar, bestaande uit 7 gemeenten: Alkmaar, Bergen, Castricum, Heerhugowaard, Heiloo, Langedijk en Uitgeest.
- De regio Midden-Holland, bestaande uit 5 gemeenten: Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Krimpenerwaard, Waddinxveen en Zuidplas.
- De regio Midden-Limburg, bestaande uit 7 gemeenten: Echt-Susteren, Leudal, Maasgouw, Nederweert, Roerdalen, Roermond en Weert.

De opzet was om uit ieder van de drie regio's acht gezinnen in het onderzoek te includeren, in totaal dus 24. Uiteindelijk hebben we 20 gezinnen kunnen includeren: 6 uit zowel de regio Alkmaar als Midden-Holland en 8 uit de regio Midden-Limburg.

Voor iedere casus hebben we casusbeschrijvingen opgesteld, met daarin de focus op de onderzoeksvragen. Daartoe:

- Interviewden we de cliënt, in het bijzonder gericht op zelfregie en resultaten, en de ervaren samenwerking tussen professionals.
- Interviewden we de meest betrokken professional.
- Betrokken we het cliëntdossier.

In de interviews met de cliënten lag de nadruk in de eerste plaats op de door hen ervaren mate van regievoering. In hoeverre hebben zij invloed gehad op de ondersteuning die zij kregen? Op welke wijze is die invloed vorm gegeven? Welke waarde hechtten zij aan die invloed? Wat heeft die invloed voor hen betekend in de ontwikkeling van hun veerkracht? Zijn personen uit hun netwerk ingezet om de invloed van de cliënt vorm te geven? In de tweede plaats vragen we de gezinnen naar de afstemming tussen bij het gezin betrokken andere partijen (zowel professioneel als informeel). Werkten de partijen onderling samen? Was het gezin betrokken bij de afstemming tussen partijen?

Had het gezin een duidelijk aanspreekpunt? In de derde plaats vragen we de cliënt naar de resultaten van de ondersteuning. Waar mogelijk vragen we de cliënt om de ondersteuning te vergelijken met eerdere of andere ondersteuning die niet via de werkwijze IGIP vorm kreeg. De interviews met de cliënten hadden de vorm van licht gestructureerde, open interviews, waarin cliënten op de genoemde punten hun verhaal kwijt konden.

In de interviews met de professionals gingen we in de eerste plaats in op de mate waarin het volgens hen gelukt is om de regie bij cliënten te leggen, als ook op de factoren die dit belemmeren of bevorderen. Concreet vroegen we naar de wijze waarop zij de regie bij cliënten hebben belegd (of dit getracht hebben te doen). Belangrijk punt daarbij was of cliënten het vermogen en de motivatie hadden om die regie te nemen. Ook bij de professionals was de samenwerking tussen verschillende bij het gezin betrokken partijen en in het bijzonder de vormgeving van zorgcoördinatie een belangrijk aandachtspunt. Op beide punten (regie bij cliënten, samenwerking) gaan we ook in op de vraag in hoeverre professionals zich toegerust voelen om aan deze centrale elementen uit de werkwijze IGIP te werken. In hoeverre maken beide zaken deel uit van hun 'basishouding' in de bejegening van cliënten? Tot slot zijn we met professionals ingegaan op de resultaten van de ondersteuning, en vroegen hen in hoeverre deze samenhangen met het al dan niet hanteren van de centrale uitgangspunten van de werkwijze IGIP. De interviews met de professionals waren semigestructureerd van opzet.

De topiclijsten die we gebruikten voor de interviews met cliënten en professionals, waren leidraad voor de interviewers. Interviewers werden grondig geïnstrueerd over het onderzoek en de interviews.

1.3.2 Enquête professionals

Aanvullend hebben we op een meer kwantitatieve manier naar een antwoord op de onderzoeksvragen. Daartoe hebben we een digitale enquête uitgezet onder professionals die in de drie regio's met de werkwijze 1Gezin1Plan werkten. We hebben deze enquête op twee momenten uitgezet: in de periode december 2015/januari 2016, en opnieuw

in juni 2017. In beide gevallen kregen de professionals een unieke code waarmee zij de vragenlijst konden invullen. Non-respondenten zijn één maal gerappelleerd.

Meting 2015/2016

In totaal zijn in de eerste meting 594 professionals benaderd met de vraag om de vragenlijst in te vullen. Tabel 1.1 geeft de verdeling over de regio's en de respons. In totaal heeft iets meer dan de helft van de benaderde professionals de vragenlijst ingevuld. De respons in Midden-Holland was wat lager dan in de andere twee regio's.

Tabel 1.1 Respons enquête professionals 1e meting

	Benaderd	Respons	Respons%
Alkmaar	215	122	57%
Midden-Holland	282	119	42%
Midden-Limburg	97	60	62%
Totaal	594	301	51%

Meting 2017

In totaal zijn in de tweede meting dezelfde 594 professionals nogmaals benaderd met de vraag om de online enquête in te vullen. Tabel 1.2 geeft de verdeling over de regio's en de respons. De respons in de tweede meting was met 20% een stuk lager dan in de eerste meting. Opnieuw was de respons in Midden-Holland wat lager dan in de andere twee regio's.

Tabel 1.2 Respons enquête professionals 2e meting

	Benaderd	Respons	Respons%
Alkmaar	215	45	21%
Midden-Holland	282	46	16%
Midden-Limburg	97	25	26%
Totaal	594	116	20%

Uit telefonische en mailreacties van een aantal professionals blijkt dat er verschillende redenen waren om de vragenlijst niet te willen invullen: het geen ervaring hebben met

het werken met 1Gezin1Plan, twijfel of men wel een geschikte respondent was omdat men alleen wat langer terug of een enkele keer met 1Gezin1Plan gewerkt had, of omdat men een andere baan had. Een enkele professional had vragen over de anonimiteit.

Vragenlijst

De vragenlijst bestond hoofdzakelijk uit gesloten vragen. In Bijlage 1 is de vragenlijst opgenomen. Naast een aantal achtergrondvragen, kwamen in de vragenlijst diverse onderwerpen aan bod:

- Regie bij het gezin.
- Samenwerking met andere organisaties.
- Draagvlak voor en commitment aan de werkwijze 1Gezin1Plan.
- Kwaliteit van de hulpverlening.
- Resultaten en effecten.

Verslaglegging in deze rapportage

In de hoofdstukken 3 t/m 5 rapporteren we de voor dat hoofdstuk relevante uitkomsten van de enquête. Omwille van de leesbaarheid doen we hoofdzakelijk verslag over de meting van 2017. Dit is mogelijk, omdat er in grote lijnen geen belangwekkende verschillen zijn tussen de metingen van 2015 en 2017. In de verslaglegging rapporteren we, waar betekenisvol, statistisch significante verschillen tussen de regio's.

1.3.3 Reflectiebijeenkomsten

Tot slot bespraken we (voorlopige) conclusies met professionals in de drie regio's. Het doel was onze voorlopige conclusies te toetsen en verder te duiden. Dit deden we ook door professionele dilemma's rond de drie deelvragen van het onderzoek te bespreken.

In laatste instantie deden we dat ook met beleidsmakers bij gemeenten. In deze bijeenkomst bespraken we de implicaties van de onderzoeksbevindingen voor het beleid van gemeenten en instellingen.

1.3.4 Reflectie op het onderzoek

Het onderzoek kende aanvankelijk een andere opzet dan de opzet zoals in paragraaf 1.3 beschreven. In de oorspronkelijke opzet zouden 200 gezinnen geïnccludeerd worden, waarvan een deel kwantitatief en een deel kwalitatief zou worden gevolgd. Die opzet hebben we niet kunnen realiseren. In de eerste plaats omdat vrij snel na de start van het onderzoek twee regio's die in de aanvraag hadden toegezegd mee te werken (Kop van Noord-Holland en regio rond Leiden) bij nader inzien afzagen van medewerking. Aan de twee regio's die overbleven (Alkmaar en Midden-Limburg) hebben we daarna een derde regio toe kunnen voegen: Midden-Holland. In de tweede plaats bleek het includeren van gezinnen in de periode 2014 tot en met de eerste helft van 2016 zeer moeizaam en langzaam te verlopen. Dat maakte dat we in overleg met de drie regio's en de opdrachtgever (ZonMw) in de herfst van 2016 hebben besloten het onderzoek over een andere boeg te gooien.

We kozen er toen om pragmatische redenen bewust voor om het onderzoek te beperken tot de 24 gezinnen die toen in het onderzoek waren geïnccludeerd. Dat betekende dat we kozen voor een kwalitatieve benadering van de onderzoeksvraag. Het onderzoek geeft een gedegen, maar indicatief inzicht in de hoofdvraag van het onderzoek, en zal meer diepgaand de belemmerende en bevorderende factoren (deelvragen 1 t/m 3) behandelen. Dat is mede mogelijk doordat (grotendeels) in retrospectief naar de 24 casussen is gekeken, zowel door de gezinnen als door de professionals. Het onderzoek heeft daarmee geleid tot een sterke indicatie voor de werkzaamheid van de werkwijze 1G1P, maar niet tot algemeen geldende uitspraken daarover. De kracht van de werkwijze lag in het benoemen van verklaringen, en daarmee in het benoemen van mogelijke verbeterpunten voor het realiseren van een effectieve praktijk.

Het resultaat van het onderzoek is inzicht in de mate waarin het met de werkwijze 1G1P lukt om zelfregie van gezinnen, samenwerking met en tussen instellingen en de zelfredzaamheid en veerkracht van gezinnen te bewerkstelligen. Daarnaast, en van minstens zo groot belang: inzicht in bevorderende en belemmerende factoren hiervoor, evenals handvatten en aanbevelingen om aan deze zaken te werken.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we nader in op de werkwijze 1G1P. Wat zijn de visie op en uitgangspunten bij de werkwijze en welke instrumenten kunnen professionals inzetten? Ook gaan we kort in op de wijze waarop de drie regio's omgaan met de werkwijze. In de hoofdstukken 3 t/m 5 komen achtereenvolgens de deelvragen van het onderzoek aan bod: naar regievoering door gezinnen, naar afstemming en naar resultaten. In hoofdstuk 6 formuleren we de conclusies.

2 De werkwijze 1Gezin1Plan

2.1 Visie en uitgangspunten

De werkwijze 1Gezin1Plan is gericht op ondersteuning van multiprobleemgezinnen en beoogt bij deze gezinnen het herstel van ‘het gewone leven’ met als kerndoel dat de kinderen in het gezin zich (weer) zonder belemmeringen of bedreiging kunnen ontwikkelen (Kranen, 2012). De werkwijze kent drie doelen: versterken van de zelfregulering van gezinnen, het versterken van het sociale netwerk en het herstel van het gewone leven. Drie (methodische) uitgangspunten staan daarbij centraal: multisystemisch werken, planmatig en doelgericht werken, en continuïteit. Zelfregulatie stimuleert ouders om vindingrijke, onafhankelijke probleemoplossers te worden (Van der Zijden & Diephuis, 2011). Zelfregulering krijgt in de praktijk vorm door de gezinsleden in principe leidend te laten zijn in het opstellen van het gezinsplan. Ouders en jongeren regelen zoveel mogelijk zaken zelf en stellen zelf concrete doelen, acties en termijnen vast, waar nodig met ondersteuning. Het sociale netwerk wordt versterkt door hen actief te betrekken bij het gezinsplan. Hulp uit de eigen omgeving is meer duurzaam dan hulp van instanties en kan terugval na afronding van de zorg voorkomen (Van der Zijden, 2010). Aansluiten bij de leefwereld van cliënten en bij de problemen die voor hen het meest urgent zijn is belangrijk om herstel van het gewone leven te bevorderen. 1Gezin1Plan werkt daarbij multisystemisch, met aandacht voor de verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, inkomen, psychische en fysieke gezondheid en opvoedingsvaardigheden.

Voor de ontwikkelaars van de werkwijze 1Gezin1Plan omvat de werkwijze dus veel meer dan het gangbare adagium ‘een gezin, een plan’ dat duidt op het belang van onderlinge afstemming en samenwerking tussen de bij een gezin betrokken professionals. De werkwijze 1Gezin1Plan zien zij wel als een ‘paradigmashift’ (Bolt & Van der Zijden, 2015). Vernieuwend in deze aanpak is dat het gezin zelf de regisseur is in dit proces. In

de Handleiding Gezinsplan (Van der Zijden & Diephuis, 2013) staat het uitgangspunt van de werkwijze als volgt geformuleerd:

‘Uitgangspunt bij het werken volgens 1Gezin1Plan: gezinsleden, mensen uit hun netwerk en professionals vormen een team. Dit team werkt samen aan het realiseren van de gezinsdoelen. Kerndoel is daarbij dat de kinderen in het gezin zich (weer) zonder belemmering kunnen ontwikkelen. Indien meerdere hulpverleners en instanties betrokken zijn en de ouders de zorg zelf niet kunnen coördineren ondersteunt één van de betrokken professionals hen hierbij. Deze professional wordt daarmee tijdelijk de zorgcoördinator van het gezin.’

Doel van het werken met 1G1P

Het versterken van de ‘eigen kracht’ en de zelfregulering door gezinnen is altijd de doelstelling van de werkwijze 1Gezin1Plan.

Regievoering door gezin

Een van de belangrijkste uitgangspunten van de werkwijze 1Gezin1Plan is dus dat het gezin eigenaar is van het hulpverleningsproces en zelf de regie daarover voert. Het gezin bepaalt in principe zelf de doelen en welke acties worden ondernomen om die doelen te bereiken. Het gezin betreft hulpverleners, en niet andersom. Dat impliceert dat de professional de gezinsleden zien als samenwerkingspartners (Bolt & Van der Zijden, 2015). Professionals betrekken het gezin in alles en overleggen niet over het gezin zonder dat het gezin daarbij aanwezig is - ook niet kort collegiaal telefonisch, om even af stemmen, voorafgaand aan een overleg. De alliantie tussen cliënt en professional is essentieel in hulp. De professional dient een brug te slaan naar de belevingswereld van de cliënt en deze dan te ondersteunen bij het formuleren van doelen, vanuit de perceptie van de cliënt en niet vanuit de invalshoek van de professional.

Door de regie en de verantwoordelijkheid bij het gezin te beleggen, ervaren gezinsleden zelf dat ze de mogelijkheid hebben hun situatie te veranderen. Op die manier is er sprake van empowerment.

Zorgcoördinatie

De werkwijze 1Gezin1Plan maakt onderscheid tussen 'regie bij het gezin' en zorgcoördinatie. Regie gaat over het eigenaarschap over en de zeggenschap in de hulpverlening. Zorgcoördinatie betreft (het regelen van) een aantal praktische zaken en faciliteert regievoering door gezinnen. Dat kan het gezin zelf doen, maar het kan (deels) ook door de professional gebeuren. 'Indien meerdere hulpverleners en instanties betrokken zijn, en de ouders (of iemand uit hun netwerk) de zorg zelf niet kunnen coördineren, dan ondersteunt één van de betrokken professionals hen hierbij. Deze professional wordt daarmee tijdelijk de zorgcoördinator van het gezin.' (Van der Zijden en Diephuis, 2013). Daaruit volgt dat de mate van zorgcoördinatie en de taken waarop deze betrekking heeft, afhankelijk is van de mate waarin het gezin zelf de zorgcoördinatie ter hand neemt of kan nemen.

De Handleiding Gezinsplan geeft een aantal taken en bevoegdheden van de zorgcoördinator:

1. Inventariseren (met gezin):
 - Inventariseren problemen en doelen de gezinsleden willen bereiken.
 - Inventariseren betrokken hulpverleners en mensen uit het netwerk.
 - Inventariseren of, en zo ja welke, extra hulp nodig is om de doelen te realiseren.
 - Indien aan de orde: het bespreken van zorgen over kindermishandeling, waar nodig maken van verplichtende afspraken met ouders.
2. Gezinsplan samenstellen, uitvoeren en toetsen:
 - Op basis van de inventarisatie opstellen gezinsplan.
 - Realiseren van benodigde afstemming met/tussen hulpverleners en netwerkleden.
 - Na deze afstemming met ouders definitief gezinsplan samenstellen en verspreiden.

- Bewaking uitvoering gezinsplan: toetsen of afgesproken zorg wordt geleverd, eventuele indicaties zijn afgegeven en gestelde doelen zijn gerealiseerd.
- Beslissen over afronding van zorgcoördinatie; bij start en einde zorgcoördinatie de JGZ, BJZ, CJG-coördinator of procesregisseur daarover informeren (afhankelijk van regionale afspraken).

3. Opschalen en afschalen:

- Inschakelen van leidinggevenden op het moment dat de uitvoering van het gezinsplan stagneert.

Planmatig en doelgericht werken

Werken met de werkwijze 1G1P betekent dat er planmatig en doelgericht gewerkt wordt. Het gaat om het met het gezin formuleren van concrete doelen, acties en termijnen. Dat schept helderheid over wederzijdse verwachtingen: van het gezin ten opzichte van hulpverleners en ook van hulpverleners onderling. Een gezinsplan is daarin ondersteunend.

Multisystemisch werken

Gezien de doelgroep van de werkwijze 1G1P is het van belang om de problemen van gezinnen op verschillende leefgebieden (wonen, werk, inkomen, psychische en fysieke gezondheid, opvoedingsvaardigheden) in samenhang te bezien en aan te pakken. De doelen van gezin vormen het vertrekpunt, niet het aanbod of de werkwijze van organisaties. Ook multisystemisch werken kan worden bevorderd door met een gezinsplan te werken.

Betrek en versterk het sociale netwerk

Het versterken van de 'eigen kracht' en de zelfregulering door gezinnen is gebaat bij het betrekken en versterken van het sociale netwerk van gezinnen. 'Voor kwetsbare gezinnen met een hoge draaglast en/of een beperkte draagkracht is steun vanuit de omgeving onontbeerlijk. Het versterken van het sociale netwerk vergroot de kans op herstel van het gewone leven en draagt bij aan het voorkomen van terugval na afronding van de zorg.' (Van der Zijden & Diephuis, 2013). Het is van belang om in het hulpverleningsproces na te gaan welke krachten in het sociale netwerk van de gezinsleden kunnen worden versterkt en om deze mensen bij het gezinsplan te betrekken.

2.2 Instrumenten en tools

Gezinsplan

In de werkwijze 1 Gezin1Plan is het gezinsplan een belangrijk hulpmiddel om planmatig en doelgericht te kunnen werken. Het biedt houvast en overzicht, ook aan gezinsleden. Bij het opstellen van het plan zijn de gezinsleden en de in het gezin aanwezige professionals betrokken.

Het gezinsplan is beknopt. Het bevat de gezinsdoelen, een overzicht van de betrokkenen (netwerk en professionals) en de gegevens van de zorgcoördinator. Het is een dynamisch document, dat aangepast wordt indien doelen zijn gerealiseerd of niet meer van toepassing zijn of wanneer acties zijn uitgevoerd of dienen te worden aangepast. Meer gedetailleerde informatie die relevant is voor hun eigen aandeel in de hulpverlening werken professionals uit in hun eigen zorgplannen – denk aan meer gedetailleerde informatie over de gezinsleden, de achtergronden en diagnoses. Het gezinsplan vervangt niet de zorgplannen, maar fungeert als een overkoepelend en verbindend overzicht.

Het gezinsplan bestaat uit vier onderdelen (zie bijlage voor het format):

1. Gezinsdoelen:
 - Gegevens van de gezinsleden en de doelen die zij willen bereiken.
2. Betrokkenen:
 - Gegevens van mensen uit het netwerk, hulpverleners en dienstverleners die samenwerken met het gezin.
 - Gegevens van de zorgcoördinator.
 - Afspraken over de wijze waarop de onderlinge afstemming is geregeld (per mail of telefoon, afstemmingsoverleg of anders).
3. Afsprakenlijst: wie doet wat en wanneer.
4. Evaluatie en vervolgspraken: de kernpunten uit de (tussentijdse) evaluatie en de vervolgstappen aan de hand van de oorspronkelijke, en eventueel nieuw geformuleerde, doelen en acties.

De zorgcoördinator draagt er, samen met de gezinsleden, zorg voor dat er een gezinsplan komt en dat dit plan op periodiek wordt geëvalueerd. Het gezin en alle betrokken professionals beschikken over het gezinsplan. Met de gezinsleden wordt ook besproken met welke leden uit het sociaal netwerk het plan wordt gedeeld.

Netwerk

Het handboek (Bolt & Van der Zijden, 2015) bevat een aantal tools om het netwerk rond het gezin in beeld te krijgen:

- Het netwerkschema. In dit schema staat het gezin of een gezinslid centraal. Daaromheen kunnen voor verschillende categorieën de betrokkenen worden ingevuld: gezin, familie, vrienden, kennissen, (oude) burens, werk/school, verenigingen, religie, instanties en overig.
- De netwerklijst. Uit het netwerkschema worden voor de belangrijkste personen een aantal zaken in beeld gebracht: of ze praktische hulp en steun verlenen, of ze emotionele steun bieden, of ze het gezin van informatie en advies voorzien, wat de contactfrequentie is, hoe lang er al contact mee is, hoe vertrouwd het contact is, en of en hoe vaak het contact kritiek heeft op het gezin(slid).
- De VIP-lijst. Dit is de versie van de netwerklijst bestemd voor jongeren.

Rondetafelgesprekken

Overleg tussen het gezin, betrokkenen uit het netwerk en betrokken professionals is een instrument om de voortgang in de uitvoering van het gezinsplan te bespreken. Per doel kan worden besproken in hoeverre het is gerealiseerd, of bijstelling nodig is of dat het eventueel kan worden verwijderd uit het gezinsplan. Ook kunnen betrokken elkaar aanspreken op het nakomen van afspraken en kunnen knelpunten ter tafel worden gebracht. Ook kunnen andere relevante zaken worden ingebracht. Het idee is dat alle betrokkenen op een goede manier bij de realisatie van het gezinsplan betrokken worden en blijven.

2.3 1G1P in de drie regio's

In de drie regio's wordt sinds geruime tijd gewerkt met de werkwijze 1Gezin1Plan. Er zijn evenwel verschillen tussen de regio's, die vooral betrekking hebben op de afspraken die gemaakt zijn over het beleggen van zorgcoördinatie. Bovendien is de toegang tot jeugdhulp in de drie regio's op verschillende wijzen georganiseerd. Hieronder presenteren we de belangrijkste verschillen.

Regio Alkmaar

In de regio Alkmaar hebben verschillende gemeenten de toegang tot de jeugdhulp op verschillende wijzen georganiseerd. De gemeente Alkmaar heeft CJG met Jeugd-Gezinscoaches, die ook intensievere vormen van ondersteuning bieden. De Jeugd- en Gezinscoaches werken met 1G1P, waarbij zij in principe de rol van zorgcoördinator op zich nemen. De gemeente Langedijk heeft eveneens een CJG met Jeugd-Gezinscoaches die werken met 1G1P. Hier vindt de keuze van de zorgcoördinator plaats in overleg met het gezin. De BUCH-gemeenten (Bergen, Uitgeest, Castricum en Heiloo) werken met sociale teams, en Heerhugowaard met een sociaal wijkteam. Deze werken niet specifiek voor jeugdigen en gezinnen, maar voor alle inwoners met ondersteuningsvragen rond participatie en redzaamheid. In de jeugdhulp van de gemeenten wordt in principe gewerkt met 1G1P. De zorgcoördinatie kan ook bij andere organisaties dan het sociaal (wijk)team liggen.

Regio Midden-Holland

In Midden-Holland is de toegang tot de jeugdhulp neergelegd bij de sociale teams. In Gouda zijn er afzonderlijke Sociale teams jeugd, in de omliggende gemeenten gaat het om Sociale teams voor alle inwoners. De CJG's vormen het voorportaal voor de sociale teams en richten zich op meervoudige problematiek rond opvoeden en opgroeien. De sociale teams verlenen zelf kortdurende hulp en ondersteuning en regelen de toegang tot specialistische hulp.

Van de organisaties die betrokken zijn in de uitvoering van de jeugdhulp wordt verwacht dat zij werken conform de werkwijze 1G1P. Dit is contractueel vastgelegd. In de regio wordt per casus bekeken welke organisatie de zorgcoördinator levert.

Voor professionals in de regio die werken met 1G1P is er een speciale website: www.1gezin1plan.nu.

Regio Midden-Limburg

In deze regio opereert het CJG Midden-Limburg. Voor dit onderzoek is het relevant om te weten dat het CJG vrij toegankelijke, ambulante jeugdhulp biedt bij eenvoudige én complexe opvoed- en opgroevragen. Bovendien vormt het CJG de toegang tot specialistische jeugdhulp. Indien in gezinnen 1G1P ingezet wordt, vervullen professionals van het CJG in de praktijk de rol van zorgcoördinator. Het CJG kent actieve werk- en intervisiegroepen rond 1G1P. In de contracten met specialistische jeugdhulpaanbieders is een van de kwaliteitseisen dat zij werken met de werkwijze 1G1P.

3 Regievoering door cliënten

3.1 Regievoering

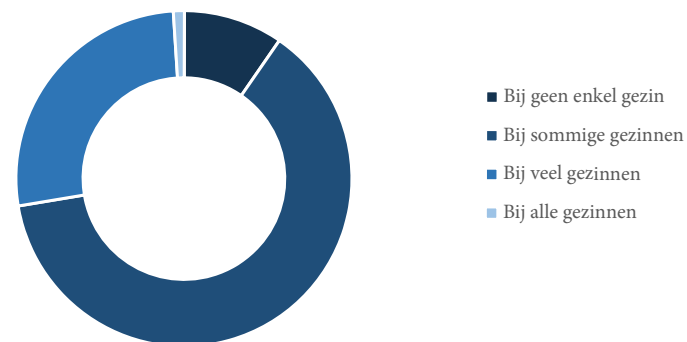
Regievoering door het gezin betekent dat het gezin de zeggenschap heeft over het hulpverleningsproces. In het licht van 1G1P heeft regievoering met name betrekking op het opstellen van de hulpverleningsdoelen en het gezinsplan, het bepalen welke personen en organisaties bij 1G1P betrokken zouden moeten worden, het (inhoudelijk) vormgeven van de hulpverlening, en het afstemmen met de betrokken partijen.

De regievoering door cliënten – doorgaans de ouder(s) in een gezin – kan op verschillende manieren bevorderd en belemmerd worden. De factoren die hierbij een rol spelen, staan in dit hoofdstuk beschreven. Na een uiteenzetting van de uitkomsten van de enquêtes, zijn de bevindingen uit de analyse van de casussen weergegeven. De resultaten op basis van de casuïstiek zijn beschreven aan de hand van vier clusters: vaardigheden en situatie gezin, houding en vaardigheden professionals, organisatie van regievoering en wijze van aanmelding. De conclusie van dit hoofdstuk vat de belangrijkste factoren die samenhangen met regievoering samen en eindigt met een korte reflectie.

3.2 Resultaten enquêtes

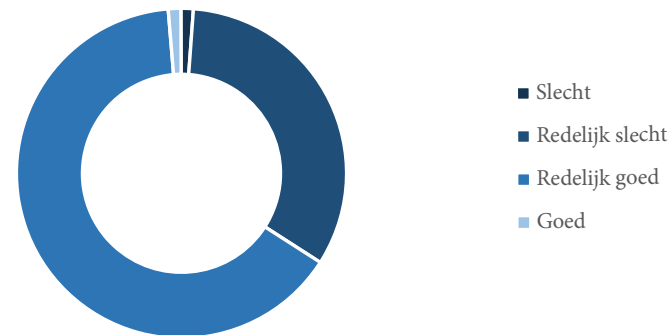
Verreweg het grootste deel van de professionals geeft aan dat het bij veel of alle gezinnen met wie zij werken, lukt om de regie zoveel mogelijk bij het gezin te beleggen (zie figuur 3.1). Het gaat hierbij om het daadwerkelijk zeggenschap geven van het gezin over het gezinsplan van aanpak en over de hulpverleners die daarbij worden ingeschakeld. Of het gezinnen ook daadwerkelijk lukt om regie te voeren, is een andere vraag. Eenderde van de professionals geeft aan dat dit gezinnen in het algemeen (redelijk) slecht lukt (zie figuur 3.2). Een grote meerderheid van professionals geeft aan dat de regie in de praktijk doorgaans deels bij de professional en deels bij het gezin ligt.

Figuur 3.1 In hoeverre lukt het met 1G1P om de regie zoveel mogelijk bij het gezin te beleggen?



Bron: Enquête professionals 1G1P, 2017

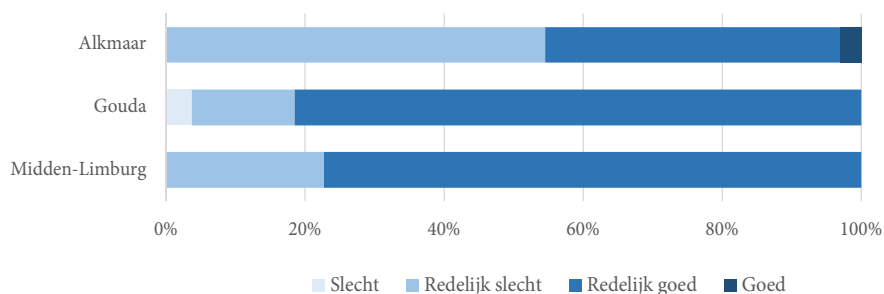
Figuur 3.2 Als de regie (deels) bij gezinnen is belegd, in hoeverre slagen zij er dan in daadwerkelijk de regie te voeren?



Bron: Enquête professionals 1G1P, 2017

Opvallend zijn de (statistisch significante) verschillen tussen de drie regio's in de mate waarin gezinnen er volgens de professionals in slagen om regie te voeren (figuur 3.3). Met name is te zien dat het deel van de professionals dat aangeeft dat het gezinnen in het algemeen redelijk slecht lukt om regie te voeren, in Alkmaar een stuk hoger ligt vergeleken met Gouda en Midden-Limburg. En omgekeerd: het deel van de professionals dat aangeeft dat het gezinnen in het algemeen redelijk goed lukt om regie te voeren, ligt in Alkmaar een stuk lager vergeleken met Gouda en Midden-Limburg.

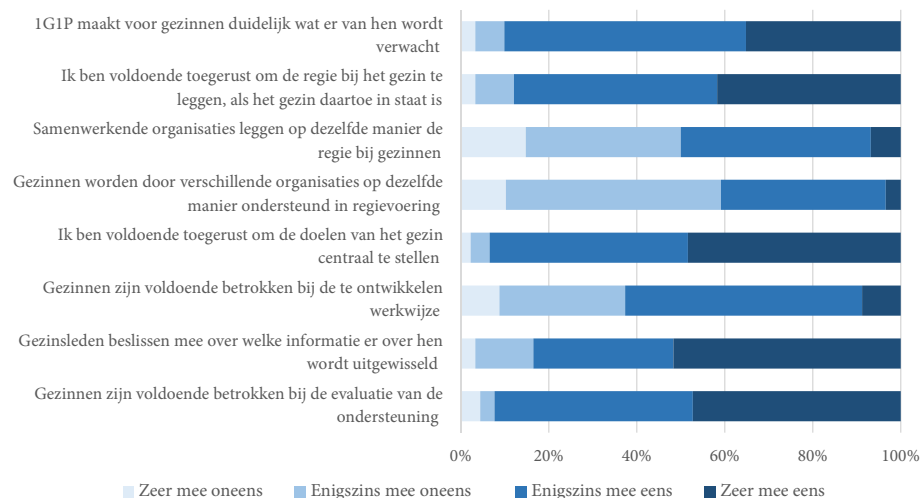
Figuur 3.3 Als de regie (deels) bij gezinnen is belegd, in hoeverre slagen zij er dan in daadwerkelijk de regie te voeren?



Bron: Enquête professionals IG1P, 2017

In het algemeen vinden de professionals dat zij voldoende toegerust zijn om in hun werk de regie daadwerkelijk bij de gezinnen te beleggen – mits de gezinnen daartoe in staat zijn – en om de doelen van het gezin centraal te stellen (zie figuur 3.4). Daarnaast zijn de professionals het overwegend eens met de stelling dat IG1P voor gezinnen duidelijk maakt wat er van hen verwacht wordt, en dat gezinnen voldoende betrokken zijn in de evaluatie van de ondersteuning. Relatief veel professionals zijn van mening dat verschillende organisaties niet op identieke wijze omgaan met het beleggen van de regie bij gezinnen en met het ondersteunen van het gezin in de regievoering.

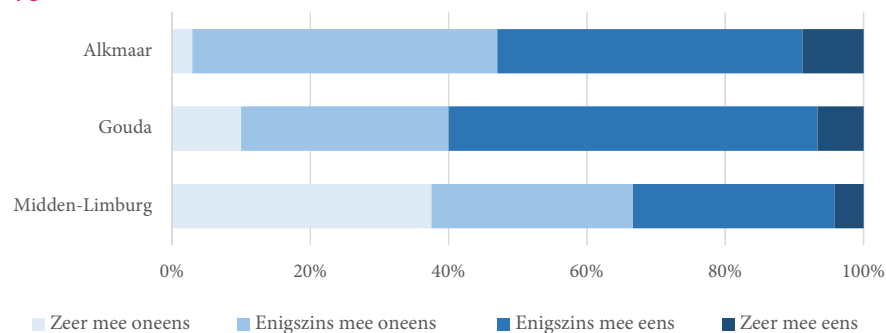
Figuur 3.4 Stellingen regievoering gezinnen



Bron: Enquête professionals IG1P, 2017

In Midden-Limburg zien we professionals relatief vaak van mening zijn dat verschillende organisaties op verschillende wijzen de regie bij gezinnen beleggen (figuur 3.5).

Figuur 3.5 De in het kader van IG1P samenwerkende organisaties leggen op dezelfde manier de regie bij gezinnen



3.3 Resultaten casuïstiek

3.3.1 Vaardigheden en situatie gezin

Vanuit het uitgangspunt van regie bij het gezin krijgt het gezin een bepalende positie in de hulpverlening. Dit kan zowel voor professionals als voor gezinnen wettend zijn. Zoals een van de professionals (reflectiebijeenkomst Midden-Limburg) verwoordt: 'gezinnen zijn het niet gewend. In eerste instantie ervaren veel gezinnen het als ongemakkelijk [om het zelf voor het zeggen te hebben]. Ik gebruik soms de wondervraag: hoe ziet het ideale plaatje er voor jou uit? Dan zie je bij mensen de knop omgaan. Ouders zien wel beren op de weg, maar dan zeg ik: het gaat er niet om dat het volgende week meteen wordt opgelost, maar vooruitgang werkt in kleine stapjes'. Regievoering door het gezin is dus niet vanzelfsprekend. Het vraagt dan ook van professionals dat zij gezinnen expliciet uit te nodigen om regie te nemen, bijvoorbeeld door hen te laten verwoorden hoe hun ideale situatie eruitziet en ook door te expliciteren welke ondersteuning ze daarin van de hulpverlening kunnen verwachten. In de reflectiebijeenkomst in Alkmaar kwam naar voren dat dit niet vanzelfsprekend gebeurt, hetgeen samen blijkt te hangen met onduidelijkheid over wat regievoering door het gezin nu precies behelst.

Het voeren van regie over de hulpverlening vereist van een gezin een aantal zaken. Er is een zekere mate van (zelf)inzicht en mondigheid nodig om te bepalen en te verwoorden hoe men een goed leven voor zich ziet en welke stappen er nodig zijn om dit te bereiken. Vanuit dit inzicht kan een gezin vorm en richting geven aan de hulpverleningsdoelen en het gezinsplan, in overleg met de zorgcoördinator en andere betrokkenen. De praktijk leert dat gezinnen in grote mate verschillen wat betreft (zelf)inzicht en mondigheid. In een deel van de gezinnen is (vermoedelijk) sprake van psychische problematiek of licht verstandelijke beperkingen bij de ouder(s) en/of de kind(eren). Psychische of verstandelijke aandoeningen van gezinsleden zijn medebepalend voor de mate waarin gezinnen in staat zijn om regie te voeren. Ook de complexiteit van de situatie waarin gezinnen verkeren, speelt een grote rol bij mogelijkheden voor regievoering. Als er bijvoorbeeld meerdere problemen spelen bij verschillende gezinsleden en er veel hulpverleners en organisaties betrokken zijn bij het gezin, kan het zijn dat cliënten door de bomen het bos niet meer zien of zich overbelast voelen. Deze complexiteit maakt het voor cliënten

lastiger om hun ondersteuningsbehoeften en doelen helder te hebben en overzicht te houden op hun situatie en de hulpverlening.

De motivatie van een gezin is een andere belangrijke voorwaarde voor regievoering. Motivatie is geen eigenschap van het gezin, maar krijgt vorm in interactie tussen gezin en hulpverleners. Ook wat betreft motivatie zijn er grote verschillen tussen gezinnen zichtbaar. Waar het ene gezin expliciet veel eigen inbreng wenst, vindt het andere gezin dit lastig of maakt deze behoefte niet expliciet. Wanneer de probleemanalyse van een zorgcoördinator (en overige hulpverleners) over de benodigde hulpverlening niet overeenkomt met de opvattingen en verwachtingen van het gezin, heeft dit invloed op de motivatie van het gezin. In het geval waarin een cliënt niet wil meewerken aan de hulpverlening die volgens de hulpverleners noodzakelijk is – bijvoorbeeld omdat de veiligheid in het geding komt – kan het gebeuren dat de cliënt hulpverlening gaat mijden.

Een belangrijk uitgangspunt van 1G1P is dat wordt samengewerkt met mensen die voor het gezin zelf van betekenis zijn. Dit houdt in dat het gezin aangeeft wie bij 1G1P betrokken zou moeten zijn. Gezinnen verschillen sterk in de mate waarin zij mensen uit hun sociale netwerk bij 1G1P (willen) betrekken. Er zijn gezinnen die er liever geen naasten bijvragen omdat ze 'de vuile was niet buiten willen hangen', anderen niet willen belasten met hun problemen of omdat hun naasten zelf problemen hebben. Een aantal gezinnen geeft aan sociaal geïsoleerd te zijn en niet te weten wie ze zouden kunnen vragen. Naast de gezinnen die het netwerk niet actief (willen) betrekken, zijn er gezinnen die duidelijk voor ogen hebben welke naasten betrokken moeten worden bij de hulpverlening. Bij een deel van de gezinnen is ondersteuning van de zorgcoördinator van belang om duidelijk te krijgen wie die betekenisvolle naasten zouden kunnen zijn. Wat betreft de regievoering van gezinnen bij het betrekken van hulpverleners geven vrijwel alle gezinnen aan dat zij het belangrijk vinden dat er een 'klik' is met deze hulpverlener en dat ze zich gesteund willen voelen door de hulpverlener.²

2 In hoofdstuk 4 besteden we meer aandacht aan de wijze van afstemming tussen de verschillende be-trokkenen bij 1G1P.

De mate van regievoering door het gezin - in het opstellen van hulpverleningsdoelen, het bepalen welke personen en organisaties bij IGIP betrokken zouden moeten worden en het (inhoudelijk) vormgeven van de hulpverlening - hangt dus samen met de vaardigheden en de motivatie van de gezinsleden en de situatie waarin het gezin verkeert. Dit vraagt van professionals om adequaat in te kunnen spelen op die vaardigheden en situatie. In de volgende paragraaf beschrijven we wat dat voor de houding en vaardigheden van professionals betekent.

3.3.2 Houding en vaardigheden professionals

Professionals zien het *vanuit gelijkwaardigheid met gezinnen samenwerken* als een essentieel ingrediënt voor regievoering door het gezin: 'dat je elkaar op een respectvolle en waardige manier behandelt, net zoals in elke andere relatie. Dat je cliënten behandelt zoals jij zelf in die situatie behandeld zou willen worden' (reflectiebijeenkomst Alkmaar). Gelijkwaardige samenwerking vraagt dat gevoelens van ongelijkheid overbrugd worden: 'ouders hebben vaak een gevoel van ongelijkheid. Ik wil op zo'n manier met ouders in gesprek gaan dat ze echt het gevoel hebben dat ze wat in te brengen hebben' (reflectiebijeenkomst Limburg). Hulpverleners in het gezin hebben een belangrijke rol in het ondersteunen van de regievoering door gezinnen. Zoals uit bovenstaande paragraaf blijkt, vraagt het faciliteren van regievoering om voortdurend in te schatten wat het gezin op dat moment aan kan en waar het gezin toe in staat is. Professionals (reflectiebijeenkomst Gouda) benadrukken dat het aansluiten bij het gezin van hen vraagt dat zij 'steeds weer een andere houding aan moeten nemen en moeten schakelen'.

Aansluiting vinden bij gezinnen vraagt een *positieve benadering*: 'dat zelfs bij gezinnen met een heftige problematiek niet alleen wordt genoemd wat er niet goed gaat, maar ook wat er wél goed gaat' (professional Alk07). Of, zoals een cliënt (Lim03) aangeeft: 'ze hebben het over het gezin en niet over ons als probleem'. Zowel professionals als gezinnen benadrukken het belang van het werken vanuit een positieve benadering, waarbij aandacht is voor wat er wel goed gaat.

Naast een positieve houding, vraagt het ondersteunen van de regievoering door het gezin *het durven loslaten van eigen verwachtingen* en het geven van vertrouwen aan de

cliënt om bijvoorbeeld hulpverleningsdoelen op eigen wijze vorm te geven, ook als die niet overeenkomen met hoe de professional de doelen zou formuleren. Dit 'loslaten' is zeker niet eenvoudig. Zo geeft een professional (Lim06) aan dat het lastig is om met cliënten in verbinding te blijven die alles op hun eigen manier willen doen. Daar toch ruimte voor bieden en, in dit geval, 'moeder haar eigen koers te laten varen', zorgde ervoor dat moeder met de hulpverlening in contact bleef: 'de cliënt wil alles op haar manier doen, op eigen initiatief, zoals zij denkt dat nodig is. Soms rees de vraag of het nog wel verantwoord was. Maar wat dat betreft heeft het geholpen dat ze haar eigen koers heeft mogen blijven houden; anders had ze misschien wel de hulpverlening helemaal weggedaan'. Te sterk aan de hulpverleningskoers vasthouden, had het contact met moeder mogelijk in gevaar gebracht. Ruimte geven aan het gezin is geen individuele exercitie, maar vraagt afstemming met de andere professionals die bij het gezin betrokken zijn (zie ook hoofdstuk 4). Door professionals (reflectiebijeenkomst Gouda) wordt namelijk aangegeven dat wanneer zij ruimte geven aan het gezin, deze ruimte snel ingenomen wordt door andere professionals die bij het gezin betrokken zijn.

Facilitering van regievoering door het gezin vraagt dus het voortdurend aansluiten bij het gezin vanuit een positieve basishouding, eigen 'professionele' doelen en verwachtingen los durven laten en afstemmen met andere betrokken professionals. Het gaat hierbij niet alleen om het hebben van vertrouwen in de cliënt, maar ook om vertrouwd te worden door cliënten. Cliënten verwoorden dat ze professionals vertrouwen als deze duidelijk benoemen wat er gedaan wordt met dat wat cliënten signaleren of aangeven en dit ook waarmaken. Professionals geven aan dat het werken aan regievoering door het gezin tijd kost: 'Als je het druk hebt, is het soms fijner om iets zelf te doen. Dan kan de neiging ontstaan om het stukje regie over te slaan' (reflectiebijeenkomst Alkmaar). In de hierop volgende paragraaf benoemen we manieren waarop professionals aan weten te sluiten bij het gezin en zo regievoering door het gezin mogelijk maken.

Aansluiten bij vaardigheden en situatie van het gezin

Volgens de professionals met wie we hebben gesproken, gaat het er bij IGIP niet om zoveel mogelijk regie bij het gezin te leggen, maar om regievoering op een zo passend mogelijke wijze met het gezin vorm te geven. Dit vraagt om maatwerk van de zorgco-

ordinatoren; zij dienen de vaardigheden en de situatie van het gezin voortdurend in te schatten en hierbij aan te sluiten, om op passende wijze de regievoering te ondersteunen.

De mogelijkheden om regievoering af te stemmen op de vaardigheden en situatie van het desbetreffende gezin worden zichtbaar in de *verschillende wijzen waarop hulpverleningsdoelen geformuleerd worden*. In de meeste gevallen worden de doelen door gezin en zorgcoördinator samen opgesteld. Het komt ook voor dat gezin en hulpverlener de doelen los van elkaar formuleren en die vervolgens met elkaar vergelijken. In die gevallen waarin de doelen (sterk) van elkaar afwijken, komt het regelmatig voor dat de doelen van het gezin doorslaggevend zijn. Een belangrijke reden om mee te gaan met de doelen van het gezin, is om het gezin eigenaar te laten zijn van het gezinsplan. Eén van de professionals (Lim03) vertelt hierover verder: ‘het gaat om de motivatie die een cliënt heeft om ergens aan te werken. En hiermee heeft het gezin ook meer verantwoordelijkheid voor de dingen die ze doen’. Andere professionals bevestigen dit; zij adviseren om in zo’n situatie de doelen van het gezin over te nemen, ‘ook als de doelen niet zoveel zeggen, maar dan is het toch van de ouders. En als andere hulpverleners dan zeggen: ‘deze doelen zeggen niets’, dan zeg ik: ‘ja, maar dit heeft het gezin geformuleerd’ (reflectiebijeenkomst professionals Gouda). In die gevallen dat gezinnen moeite (lijken) te hebben met het formuleren van doelen, neemt de zorgcoördinator vaak de lead. Een voorbeeld van deze laatst aanpak: een professional (Lim11) stelde zelf voor om de regie te nemen gezien de beperkte vaardigheden van het desbetreffende gezin. De gezinswerker gaf de aanzet tot de hulpverleningsdoelen en legde in gesprek met het gezin uit waarom zij deze doelen belangrijk vond. Het gezin besloot uiteindelijk of de voorgestelde doelen in het plan zouden komen. Terugkijkend op deze aanpak gaf het gezin aan zich op deze wijze gehoord te voelen in het opstellen van het gezinsplan.

Naast het inzetten van verschillende aanpakken bij het formuleren van hulpverleningsdoelen, noemen professionals een aantal andere strategieën om de regievoering door cliënten te versterken. Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop de *keuze voor hulpverleners* tot stand komt. De zorgcoördinator kan een lijstje maken met mogelijke hulpverleners en aan de cliënt vragen om zelf via internet meer informatie over deze hulpverleners op te zoeken, om vervolgens te bepalen wat hij/zij ervan vindt. Meer ruimte voor

regievoering door het gezin ontstaat ook wanneer de zorgcoördinator de cliënt vraagt om zelf te zoeken naar hulpverleners. Bij beide aanpakken kan een zorgcoördinator erop aansturen dat de cliënt zelf naar de hulpverlener(s) belt voor een kennismakingsgesprek.

Zorgcoördinatoren ondersteunen gezinnen doorgaans bij de *voorbereiding op rondetafeloverleggen*, zodat cliënten weten wat zij kunnen melden en/of vragen en hoe zij kunnen reageren. Op deze manier heeft het gezin meer overzicht en eigenaarschap in de casus. Ook als een cliënt zelf minder mondig is, kan de zorgcoördinator hem/haar stimuleren om zijn/haar visie te delen. Eén van de professionals (Lim11) zegt hierover: ‘ik check altijd bij de ouders: hebben jullie nog wat toe te voegen, is er nog wat blijven liggen?’

De regievoering door gezinnen kan versterkt worden door gezinnen (deels) een sturende rol te geven in de *verslaglegging*. Als er bijvoorbeeld een gezinsplan met doelen of een verslag van een overleg wordt opgesteld, kan het document eerst naar het gezin gestuurd worden voordat het breder wordt gedeeld. Zo kan het gezin er zelf rustig naar kijken en eventueel vragen stellen of aanpassingen voorstellen.

Om goed aan te blijven sluiten bij het gezin, is het van belang dat de zorgcoördinator met het gezin communiceert. Door gezinnen op een passende manier aan te spreken en ze de juiste vragen te stellen, worden gezinnen beter in staat gesteld om hun gedachten te formuleren – bijvoorbeeld over hun hulpverleningsdoelen of over de voorgestelde hulpverlening. Dit vereist van zorgcoördinatoren dat zij spreken ‘in de taal van de ouders’ (Alk03) en dat zij steeds duidelijkheid geven over wat er gedaan wordt met dat wat cliënten signaleren of aangeven.

Regievoering door het gezin versterken, betekent niet altijd met het gezin meebeewegen, maar vraagt ook om het *gezin aan te spreken* op de situatie waarin zij verkeren. Bijvoorbeeld in gevallen waarin de visies van het gezin en hulpverlening sterk van elkaar afwijken en ‘de casus’ in een impasse is geraakt. De regievoering door het gezin kan dan versterkt worden door gezinsleden vanuit een nieuw perspectief naar hun leven te laten kijken, zodat zij scherper krijgen wat zij belangrijk vinden in hun leven en wat zij graag anders zouden zien of doen.

Als de veiligheid in het geding is, of als er sprake is van tijdsdruk, gebeurt het dat hulpverleners *besluiten nemen die afwijken van de wensen van het gezin*. Maar ook in deze situaties kunnen aan het gezin keuzes voorgelegd worden, om zo met het gezin in gesprek te blijven. Een professional (Lim01) benoemt bijvoorbeeld dat een moeder zich onmachtig voelde omdat ze geen opties zag, terwijl er die wel waren. Het is dan aan de hulpverlener om die opties inzichtelijk te maken. Dit wordt bevestigd tijdens door andere professionals (reflectiebijeenkomst Alkmaar): ‘ernstige situaties worden altijd besproken met het gezin, waarbij er een keuze is: als dit, dan dat’. In dit laatste voorbeeld wordt de regievoering van een gezin beperkt tot het maken van een door professionals geregisseerde keuze.

Er is altijd een spanning aanwezig tussen regievoering door het gezin en sturing door professionals. De mate van regievoering van een gezin krijgt vorm in het samenspel tussen vaardigheden en situatie van het gezin en de houding en vaardigheden van de betrokken professionals. Hoe dit ‘samenspel’ uitwerkt, kan niet los gezien worden van de organisationele context van IGIP. In de volgende paragraaf wordt daarom ingegaan op de organisatie van regievoering.

3.3.3 Organisatie van regievoering

Positionering zorgcoördinator

Uit de analyse van casussen en reflectiebijeenkomsten komt naar voren dat er bij professionals onduidelijkheid is over de positie en rol van de zorgcoördinator in relatie tot regievoering door het gezin. Hoewel vanuit de werkwijze IGIP een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen ‘regie bij het gezin’ en zorgcoördinatie (zie ook de toelichting hierop in paragraaf 2.1), worden deze concepten in de hulpverleningspraktijk met elkaar verward. Dit zorgt voor verkeerde verwachtingen van zorgcoördinatie bij professionals en soms ook bij gezinnen.

Uit de analyse van de casuïstiek komt naar voren dat de zorgcoördinator een belangrijke rol heeft in de ondersteuning van regievoering door gezinnen. Een zorgcoördinator is vaak het eerste aanspreekpunt voor gezinnen en betrokken professionals en bereidt zo nodig met gezinnen de rondetafeloverleggen voor. Met het oog op regievoering

door gezinnen is het van belang dat de zorgcoördinator goed weet aan te sluiten bij de vaardigheden en situatie van de desbetreffende gezinnen. Zorgcoördinatie kost tijd en wordt regelmatig als moeilijk ervaren. Volgens zorgcoördinatoren ligt hun taak in het faciliteren van regievoering door het gezin. Zij proberen hierbij steeds weer voor ogen te houden dat de geformuleerde hulpverleningsdoelen zinvol zijn voor het gezin, dat de mensen om tafel zitten die voor het gezin van betekenis zijn en de besluiten met het gezin genomen worden. ‘Het gaat om het faciliteren van wat het gezin wil. Bijvoorbeeld ter voorbereiding op het rondetafeloverleg vraag ik aan het gezin wie ze willen uitnodigen en waar het overleg plaats zou moeten vinden.’ Om de regievoering door het gezin te faciliteren zoekt de zorgcoördinator zowel aansluiting met het gezin (wat is voor hen belangrijk?) als met de andere professionals waar binnen IGIP mee samengewerkt wordt (wat hebben professionals nodig om aan te sluiten bij het gezin?).

Het gezin verwacht soms dat de zorgcoördinator de regie voert en stelt zich afhankelijk van de zorgcoördinator op. Zoals een professional (reflectiebijeenkomst Limburg) vertelt: ‘ik heb een casus waarbij geprobeerd is om de regie bij het gezin te leggen, maar moeder legt het bij mij neer. Ik probeer haar steeds weer uit te nodigen om regie te voeren, maar ze legt het steeds weer bij mij terug. Ik heb dit met haar besproken, maar dat lijkt niet te helpen.’

Ook voor zorgcoördinatoren zelf is het soms zoeken (reflectiebijeenkomst Limburg): ‘aanvankelijk was ik na alle overleggen de verslagen aan het typen. Dat gaf veel administratief werk. Toen leerde ik van iemand anders dat ik ook alle gespreksdeelnemers kon vragen een stukje in het verslag te schrijven’. Zorgcoördinatie betekent dus niet dat al het werk bij de coördinator ligt. Het gaat er om dat alle samenwerkingspartners bijdragen aan IGIP. Vanuit de aanname van professionals dat de regie bij de zorgcoördinator ligt (in plaats van bij het gezin) verwachten samenwerkingspartners echter dat de zorgcoördinator bepaalt: ‘soms wordt er van [de zorgcoördinatoren van het] CJG een pet verwacht die we niet hebben; bijvoorbeeld dat je knopen moet doorhakken. We benoemen dan dat de uiteindelijke beslissing bij de ouders ligt. [...] [In de gevallen dat we er niet uitkomen] is het wel logisch dat mensen naar CJG kijken. De oplossing is dan om het zoveel mogelijk gezamenlijk te bespreken’ (reflectiebijeenkomst Limburg). Deze

‘verkeerde’ verwachtingen vragen van zorgcoördinatoren dat zij zich duidelijk positioneren ten opzichte van de regievoering door het gezin en de gezamenlijke taken van alle betrokken professionals.

3.3.4 Wijze van aanmelding

Regievoering door het gezin kan versterkt worden bij de start van het hulpverlenings-traject. De wijze waarop de aanmelding voor 1G1P verloopt, is namelijk bepalend voor de houding van het gezin ten aanzien van hun eigen rol in de hulpverlening. Wanneer een gezin zichzelf aanmeldt, kan er natuurlijker vertrokken worden vanuit de vraag van het gezin zelf. Op het moment dat de aanmelding door een instantie (zoals een school of een huisarts) wordt gedaan, is het minder vanzelfsprekend dat de vragen en wensen van het gezin het vertrekpunt vormen. Dit wringt met het uitgangspunt dat de regie bij het gezin ligt.

In een illustratief voorbeeld (Lim04) werd de aanmelding niet door het gezin gedaan, maar door Veilig Thuis. Moeder wilde niet aangemeld worden en er was bij haar veel weerstand. Ze gaf aan dat ze het gevoel had geen controle te hebben over wat er met haar kinderen gebeurt. De werkrelatie was hiermee eigenlijk al bij aanvang verstoord. Professionals geven dat dat er in dit soort gevallen ‘vanzelf sprake is van wantrouwen, waardoor je als zorgcoördinator al 1-0 achter staat’ (reflectiebijeenkomst professionals Alkmaar). Volgens de professionals met wie we hebben gesproken, zou het beter zijn als organisaties ‘stimuleren dat ouders zelf [naar ons] bellen, eventueel met iemand ernaast’, om ervoor te zorgen dat het daaropvolgende traject vanuit de behoeften van het gezin start (reflectiebijeenkomst professionals Gouda).

3.4 Concluderend

‘Regie bij het gezin’ is het vertrekpunt van 1G1P. Professionals moeten werk verzetten om dit vertrekpunt te realiseren, zo laat dit onderzoek zien. Regievoering door het gezin vraagt zowel van gezinnen als professionals het sterke besef dat het gezin aan zet is. Gezinnen moeten daaraan wennen (zeker als ze al (lange) ervaring hebben met ‘paternaliserende’ hulpverlening), maar professionals ook. De meeste zorgcoördinatoren die

aan dit onderzoek hebben deelgenomen, zijn zich er van bewust dat regievoering bij het gezin om een faciliterende wijze van hulpverlening vraagt. De onderzoeksresultaten laten ook zien dat samenwerkingspartners minder goed lijken te beseffen wat ‘regie bij het gezin’ betekent voor de manier waarop zij hulp verlenen. Daar valt dus nog winst te behalen.

Het faciliteren van de regievoering door het gezin is een interactief proces tussen gezin, betrokken professionals en eventueel het sociale netwerk van het gezin. Bevorderend voor de regievoering is dat professionals aan weten te sluiten bij de situatie en vaardigheden van het gezin. Dit betekent dat ‘zeggenschap hebben’ er bij ieder gezin anders uit kan zien. Cruciaal is in elk geval dat er vanuit gelijkwaardigheid met gezinnen wordt samengewerkt. Het vraagt van professionals een positieve benadering waarbij zij eigen verwachtingen los durven te laten en cliënten het vertrouwen geven om eigen keuzes te maken. Vanuit deze houding kan regievoering vervolgens verschillend ondersteund worden, afhankelijk van de situatie en vaardigheden van het gezin. Er zijn verschillen zichtbaar tussen de wijze waarop hulpverleningsdoelen tot stand komen, de wijze waarop de rondetafeloverleggen voorbereid worden en de wijze van verslaglegging hiervan.

De regievoering door het gezin staat op scherp wanneer de visie en doelen van het gezin niet overeenkomen met die van hulpverleners. In veel gevallen wordt meegegaan met de doelen van het gezin, om het eigenaarschap bij het gezin te laten. Wanneer professionals de inschatting maken dat dit niet verstandig is (bijvoorbeeld omwille van het welzijn van de kinderen) dan zoekt een deel van de professionals manieren om de regie toch zoveel mogelijk bij het gezin te laten. Dit gebeurt bijvoorbeeld door ze uit te dagen hun situatie vanuit een ander perspectief te bekijken of door te benoemen welke opties het gezin heeft. In deze voorbeelden is de spanning tussen regie bij het gezin en sturing door professionals voelbaar.

Wanneer de veiligheid in het geding is of de problematiek toeneemt, komt regievoering door het gezin onder druk te staan. Hulpverlening moet bijvoorbeeld op korte termijn opgeschaald worden en er lijkt dan minder ruimte voor inbreng van het gezin. Dit kan leiden tot weerstand bij cliënten of gevoelens van machteloosheid. Dit vraagt

van professionals om vanuit rust en duidelijkheid in verbinding te blijven met het gezin en om vanuit een positieve benadering de kaders aan te geven waarbinnen een gezin wel zeggenschap heeft.

Zoals al eerder is aangegeven, vraagt regievoering nogal wat van gezinnen, onder meer (zelf)inzicht en mondigheid. Gaan professionals te snel voorbij aan wat regievoering voor gezinnen betekent, dan voelen gezinnen zich te weinig ondersteund in hun regierol en stellen zij zich mogelijk sterk afhankelijk of afwijzend op. Ook verschillen in visie op 'regie bij het gezin' tussen professionals van verschillende organisaties kunnen belemmerend werken voor de regievoering door gezinnen. Uit de enquête blijkt dat deze verschillen in visie nogal eens voorkomen. De zorgcoördinator kan dan wel de keuze maken om het gezin veel ruimte te geven in het maken van eigen keuzes, andere betrokken professionals kunnen deze regieruimte beperken door hun eigen doelen voorop te stellen of keuzes van ouders niet te volgen. Onduidelijkheid over de positie van de zorgcoördinator in relatie tot regievoering door het gezin kan ervoor zorgen dat de zorgcoördinator te veel zeggenschap (toebedeeld) krijgt. Al met al vraagt het faciliteren van regievoering door gezinnen nogal wat van de houding en vaardigheden professionals. Het is van belang dat zij hier voldoende in getraind en ondersteund worden. Dit vraagt (voortdurende) investering.

Uit de enquête komt vanuit het perspectief van professionals een diffuus beeld van regievoering door gezinnen naar voren. Professionals benoemen dat zij zich voldoende toegerust voelen om de regie bij het gezin te leggen als het gezin daartoe in staat is en dat de doelen van het gezin centraal worden gesteld. Tegelijkertijd geeft een aanzienlijke minderheid aan dat ze moeilijkheden ervaren bij het zeggenschap geven van gezinnen over het plan van aanpak. Op basis van analyse van de casussen werd zichtbaar hoe regievoering door het gezin in de praktijk vorm krijgt en wordt ervaren door gezinnen en zorgcoördinatoren. In veel gevallen wordt aan belangrijke voorwaarden van regievoering voldaan: in vrijwel alle gevallen worden met het gezin de hulpverleningsvoorstellen besproken en wordt het gezin om instemming voor hulpverleningsbesluiten gevraagd. De meeste gezinnen geven aan dat ze het gevoel hebben dat de zorgcoördinator en andere betrokken professionals hen goed begrijpen.

Als we verder inzoomen wordt duidelijk dat regievoering altijd om maatwerk vraagt en dat de mate waarin een gezin regie wil voeren en/of in staat is regie te voeren sterk verschilt. Er is als het ware sprake van een spectrum aan regievoering: de mate en vorm van regievoering verschilt tussen gezinnen en binnen gezinnen. En ook op het niveau van individuele cliënten kan de mate en vorm van regievoering verschillen, afhankelijk van de actuele situatie van de cliënt, de trajectfase of het leefdomein waar regievoering betrekking op heeft. In de interviews met professionals wordt deze variatie in regievoering door gezinnen onderkend. De professionals geven aan dat dit van hen vraagt dat ze hierover voortdurend blijven afstemmen met de gezinnen die zij begeleiden. Een aangepaste versie de horizontale participatieladder (Smit, van der Valk en Wever, 2011) illustreert de verschillende rollen die cliënten kunnen hebben als het regievoering betreft:

Object ('het probleemgeval') – informatieverstrekker – adviseur – beoordelaar – medebepaler – drijvende kracht (eigenaar van de oplossing?)

Uit de analyse van de casussen wordt duidelijk dat niet de regierol die cliënten innemen bepalend is voor de mate waarin zij zich betrokken voelen bij het hulpverleningstraject, maar de mate waarin de rol die zij innemen aansluit op hun vaardigheden en situatie. In sommige gevallen betekent dit dat gezinnen aangeven zich voldoende betrokken te voelen bij het hulpverleningstraject wanneer zij op duidelijke wijze over hun traject geïnformeerd worden en hun inbreng serieus genomen wordt. Dit mechanisme verklaart mogelijk het enigszins diffuse beeld dat uit de enquêtes naar voren komt: er is niet alleen sprake van regievoering door gezinnen als zij medebepaler of drijvende kracht zijn. Ook zonder volledige zeggenschap geven zij de hulpverlening mede vorm. De mate waarin gezinnen hun regievoering waarderen hangt bovendien samen met de kwaliteit van de werkrelatie met de zorgcoördinator en andere hulpverleners. De gezinnen die hun relatie met hulpverlening positief duiden, geven aan zich ook prettig te voelen bij de hulpverleningsdoelen en de vorm van ondersteuning.

4 Afstemming

4.1 Afstemming

Bij IGIP is er altijd sprake van een situatie waar, naast het gezin en de zorgcoördinator, ook andere personen betrokken zijn. Dit kunnen mensen uit het sociale netwerk van het gezin zijn en professionals van verschillende organisaties. Om de samenwerking binnen IGIP goed te laten verlopen, is het van belang dat de verschillende partijen met elkaar afstemmen. Het gaat dan om 'het onderling op elkaar afstemmen van belanghebbenden in gesprekken, waarbij de gesprekspartners naar overeenstemming streven over het waarom en het hoe van hun samenwerking' (van Hattum & van Hal, 2015).

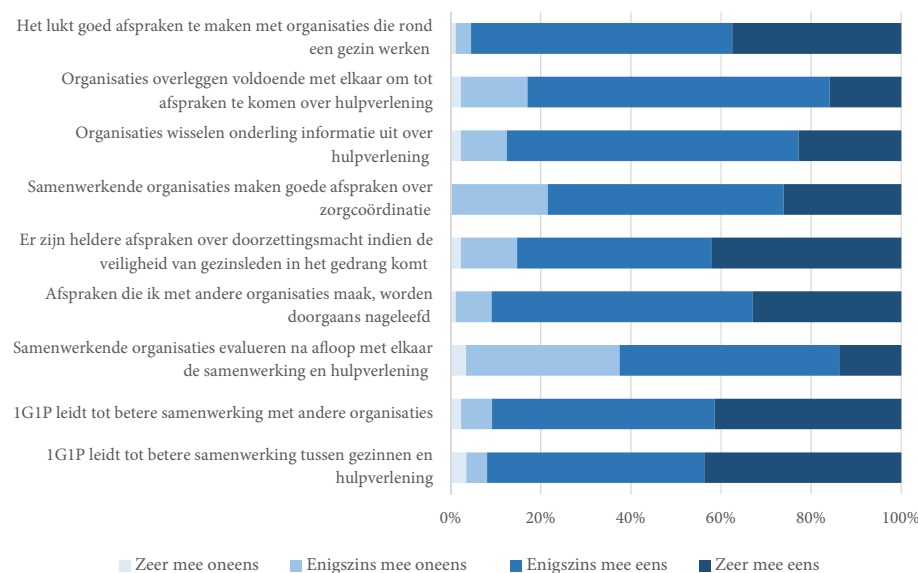
Een adequate afstemming tussen alle partijen die bij IGIP betrokken zijn (gezin, hulpverleners van verschillende organisaties, sociale netwerk) kan op verschillende manieren bevorderd en belemmerd worden. De factoren die hierbij een rol spelen staan in dit hoofdstuk beschreven. Na een uiteenzetting van de uitkomsten van de enquêtes, zijn de bevindingen uit de analyse van de casussen weergegeven. De resultaten op basis van de casuïstiek zijn beschreven aan de hand van vier clusters: afstemming vanuit gezinsperspectief, afstemming door rondetafeloverleggen, afstemming met het sociale netwerk en randvoorwaarden voor adequate afstemming.

4.2 Resultaten enquête

In het algemeen zijn de professionals positief over de afstemming tussen organisaties met betrekking tot IGIP. Het gaat hierbij om de mate waarin er met betrokken partijen afspraken worden gemaakt over de hulpverlening in een gezin en om de mate waarin deze afspraken worden nageleefd. De professionals vinden dat het werken met IGIP leidt tot betere samenwerking met betrokken organisaties en tussen gezinnen en hulpverleners. Een punt van samenwerking waarvan relatief veel (ruim eenderde) professionals vinden dat het niet goed loopt, is de gezamenlijke evaluatie na afronding van

de hulpverlening. Verder verwacht een overgrote meerderheid van de professionals verbetering van de samenwerking tussen organisaties door het werken met IGIP (niet in figuur).

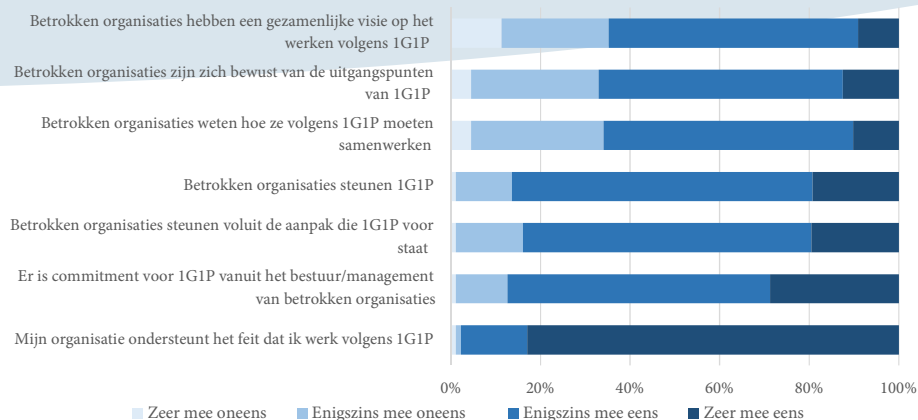
Figuur 4.1 Stellingen afstemming tussen organisaties



Bron: Enquête professionals IGIP, 2017

Over het algemeen geven de professionals aan dat er commitment is voor het werken volgens de werkwijze IGIP, zowel binnen de eigen organisatie als bij de overige organisaties die betrokken zijn bij het werken met IGIP (figuur 4.2). Dat neemt niet weg dat aanzienlijke minderheden (steeds rond eenderde) van de professionals signaleren dat er tussen organisaties geen gedeelde visie is op het werken met IGIP, dat er niet bij alle betrokken organisaties voldoende bewustzijn is van de uitgangspunten van

Figuur 4.2 Stellingen draagvlak IG1P



Bron: Enquête professionals IG1P, 2017

4.3 Resultaten casuïstiek

4.3.1 Afstemming vanuit gezinsperspectief

Eén van de uitgangspunten van IG1P is dat de gezinsleden een centrale positie hebben in de afstemming met de in de hulpverlening betrokken partijen. Kenmerkend voor IG1P is het uitgangspunt dat het gezin de hulpverleners betreft - alhoewel we in hoofdstuk 3 gezien hebben dat dit niet altijd het geval is. Gezinnen bestaan uit meerdere personen. Uit de casussen komt naar voren dat verschillende gezinsleden mogelijk om een andere wijze van afstemming vragen. In een van de gezinnen stelt moeder zich mondig op, om de dingen voor elkaar te krijgen die ze wil bereiken, en is vader verbaal veel minder sterk en heeft behoefte heeft om alle gemaakte afspraken eerst rustig na te lezen voor hij reageert. Naast afstemming met ouders is een passende afstemming met de kinderen uit het gezin ook van belang. Een van de cliënten (Lim05) complimenteert 'haar' zorgcoördinator met het op speelse wijze met de kinderen in gesprek gaan. Dit bleek goed te werken.

Vanuit IG1P worden verschillende middelen ingezet om de afstemming met het gezin te faciliteren. Hieronder bespreken we de afstemming tussen gezin en zorgcoördinator; bilaterale afstemming tussen gezinnen en andere organisaties; afstemming met het sociale netwerk; het gebruik van het online dossier en de inzet van rondetafeloverleggen.

De *afstemming tussen gezin en zorgcoördinator* lijkt in de meeste gevallen goed te verlopen. Veel gezinsleden geven aan zich gehoord voelen door de zorgcoördinator. Het wordt gewaardeerd dat het contact met de zorgcoördinator laagdrempelig is. Tijdens een overleg met professionals in Alkmaar werd bevestigd dat het belangrijk is voor het gezin om een klik te hebben met de zorgcoördinator; is deze er niet, dan kan worden overwogen om van zorgcoördinator te veranderen. Daarnaast geven zowel gezinsleden als professionals aan het belangrijk te vinden om een afsluitend en evaluatief moment te hebben wanneer IG1P stopt. Uit de analyse van de casuïstiek blijkt dat een dergelijk moment in de praktijk er vaak niet is (zie ook paragraaf 5.3.4). Zo vertelt een van de cliënten (Gousta09) dat de zorgcoördinator opeens weg was. Dit vond ze vreemd. Volgens de cliënt had dit beter kunnen worden gecommuniceerd. Het ontbreken van een afrondend overleg geeft zowel voor gezinnen als professionals onduidelijkheid: 'je komt er bijvoorbeeld achter dat een beschikking is afgelopen. Dan mis je het laatste stukje, en kan het onduidelijk zijn voor het gezin' (reflectiebijeenkomst Gouda). In een Middenlimburgse casus werd een gezin een OTS-maatregel opgelegd en werd IG1P zonder overleg met de zorgcoördinator gestopt.

De wijze waarop de *bilaterale afstemming tussen gezinnen en organisaties* verloopt, verschilt per gezin. Een deel van de cliënten geeft aan dat de zorgcoördinator namens hen het contact met organisaties onderhoudt.³ Het gaat hier om complexe casussen waarbij veel organisaties betrokken zijn en waarbij cliënten aangegeven dat ze niet zelf het contact met organisaties willen onderhouden. In een van de casussen (Lim01) geeft de zorgcoördinator aan: 'moeder vond het onderhouden van contact met organisaties

³ Bij onderling overleg tussen zorgcoördinator en een andere partij over een casus moet om goedkeuring van het gezin worden gevraagd.

veel gedoe, en had liever dat een professional dat deed.' In veel andere casussen onderhielden gezinnen wel zelf het contact met betrokken organisaties.

Alle betrokkenen bij 1G1P kunnen in het online dossier van het gezin, waarin zij onder meer het gezinsplan kunnen inzien. Uit de analyse van de casuïstiek blijkt dat, hoewel de gezinnen doorgaans de inloggegevens voor het *online dossier* toegestuurd krijgen, de gezinsleden hier meestal niet in kijken. Een veelgehoorde reactie van cliënten was dat ze nog nooit in het dossier hadden gekeken en de inloggegevens niet (meer) wisten. Cliënten leken geen behoefte te hebben om in het dossier te kijken. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat gezinsleden op andere manieren – bijvoorbeeld via de mail – op de hoogte worden gehouden van de stand van zaken van het hulpverleningstraject, en het online dossier daarom geen meerwaarde heeft voor hen.

4.3.2 Afstemming door rondetafeloverleggen

In vrijwel alle casussen is er gemiddeld eens in de twee à drie maanden een rondetafeloverleg. In deze overleggen wordt besproken hoe het ervoor staat met het gezin en worden er eventueel nieuwe stappen geformuleerd en afspraken gemaakt. Vanuit het gezin zijn in ieder geval de ouder(s) betrokken, en soms ook een of meer kinderen – afhankelijk van de leeftijd en de situatie. In enkele casussen is er ook iemand binnen het sociale netwerk van het gezin (af en toe) aanwezig bij de rondetafeloverleggen, bijvoorbeeld een zus of opa. Bij de meeste gezinnen worden de rondetafeloverleggen gecoördineerd door de zorgcoördinator; deze nodigt de betrokken partijen uit en zit de overleggen voor.

Veel gezinnen staan positief tegenover de rondetafeloverleggen. Het merendeel van de cliënten geeft aan goed hun verhaal te kunnen doen en dat er geen besluiten genomen worden zonder hun toestemming. Dat alle betrokken professionals tegelijk aan tafel zitten, kan voor rust en overzicht zorgen. Een cliënt (Lim05) illustreert dit als volgt: 'doordat alle partijen bij elkaar komen hoef je niet steeds heen en weer te communiceren over wat de partijen zeggen, en dat neemt veel stress en gedoe weg'.

Er zijn ook factoren die de afstemming tijdens rondetafeloverleggen belemmeren. Zowel professionals als cliënten noemen voorbeelden van situaties waarin er vanuit

gezinsperspectief te veel gesprekspartners deelnemen. In deze gevallen voelen gezinsleden zich overvraagd. In een van de casussen (Lim01) waar veel verschillende partijen betrokken waren, werd het voor moeder te veel. Tijdens een rondetafeloverleg zette zij alle partijen de deur uit. In dit voorbeeld ligt de regie duidelijk bij moeder, maar lijkt er onvoldoende afstemming plaatsgevonden te hebben wat betreft het aantal deelnemers aan het overleg. Professionals proberen het overvragen van gezinsleden te voorkómen door samen met hen te kijken wie zij om tafel willen voor het rondetafeloverleg, door het gesprek vooraf met het gezin voor te bereiden, en door regelmatig te checken of het voor het gezin nog te doen is. Zoals een van de professionals (Lim11) verwoordt: 'het is van belang om ouders goed in het vizier te houden. Begrijpen zij alles, wat betekenen hun gezichtsuitdrukkingen? Dat is hard werken. Ook check ik altijd bij de ouders: hebben jullie nog wat toe te voegen, is er nog wat blijven liggen?'. Een andere professional (Lim12) voegt toe dat zij bij de cliënt controleert of alles duidelijk is. Daardoor lukte het de cliënt uiteindelijk beter om concrete vragen te stellen en antwoorden te geven.

Een ander punt van aandacht betreft de agendasetting en 'tafelschikking' van rondetafeloverleggen – dit hangt ook nauw samen met de in hoofdstuk 3 besproken regievoering door gezinnen. Een deel van de cliënten geeft aan dat zij niet willen dat iedereen op de hoogte gehouden wordt van alle aspecten van het gezinsplan. Een van de casussen (Lim06) liet zien dat de cliënt niet wil dat school van alles op de hoogte is. De zorgcoördinator stemde daarom telkens af met de cliënt over wat er teruggekoppeld moest worden naar school. Een van de professionals (Gousta01) geeft als voorbeeld een gezin met gescheiden ouders waarbij een van de ouders individuele begeleiding ontvangt en niet wil dat de andere ouder dat weet. Ook dit vraagt extra zorgvuldigheid in de afstemming. Wanneer meerdere gezinsleden problemen hebben, kan de aandacht tijdens een rondetafeloverleg al snel uitgaan naar het gezinslid bij wie de problematiek het meest urgent is. Eén van de cliënten (Lim05) beschrijft: 'de focus ligt meestal bij het oudste kind omdat die de grootste problematiek heeft. Maar er zijn ook doelen voor het jongste kind; die worden dan overschaduwd, net zoals thuis gebeurt'. Wanneer een casus bestaat uit twee samengestelde gezinnen, zoals het geval was bij Alk01, is het de vraag rond welke gezinsleden 1G1P het beste kan worden vormgegeven. Enkele cliënten geven aan dat zij het niet nodig vinden om het gehele gezin onderdeel te laten zijn van 1G1P als

de problematiek bij één gezinslid (kind) ligt. Eén van de cliënten (Gousta07) beschrijft dit als volgt: ‘het beeld is dan: één gezinslid heeft iets, dus de rest moet dan ook worden besproken. Dat hoeft van mij niet; ik geef het zelf wel aan als er iets is’. Gezinnen en professionals kiezen er soms voor om het rondetafeloverleg in delen op te splitsen. Zo hoeft een school of organisatie die zich alleen met het ene kind bezighoudt, niet aanwezig te zijn bij het overleg dat over het andere kind gaat. Of is bijvoorbeeld een organisatie die het gezin liever niet om tafel heeft er alleen het eerste kwartier bij.

Naast de gezinnen zijn ook de professionals overwegend positief over de rondetafeloverleggen. Deze overleggen nodigen de betrokken partijen uit om te vertrekken vanuit de situatie en de doelen van het gezin. De overleggen maken zichtbaar dat de kwesties die in het gezin spelen meerdere levensterreinen raken. Dit vraagt van professionals dat ze over hun ‘professionele schotten’ heen kijken en bevordert zo het multisystemisch werken. Zoals een professional (Gousta12) het verwoordt: ‘je begint in een overleg al meteen op verschillende domeinen van het leven’. Deze gezamenlijkheid wordt door cliënten gewaardeerd, zoals het volgende citaat (Gousta 12) laat zien: ‘De organisaties kijken naar wat het beste is voor mijn zoon en ze komen er altijd uit, ook al hebben ze soms verschillende visies of ideeën’ (cliënt Gousta12).

Door met elkaar in gesprek te gaan, wordt tijdens rondetafeloverleggen actief aan samenwerkingsrelaties gewerkt. De betrokken partijen leren elkaar beter kennen. Wat er bijvoorbeeld toe kan leiden dat zij ‘meer gebruik gaan maken van elkaars expertise’ (professional Lim05). Deze casus illustreert dit gebruik maken van elkaars expertise: ‘vanuit de GGZ kon er niets worden gedaan aan het eetgedrag van het oudste kind. Dit kwam ter sprake tijdens een overleg met de organisatie die het jongste kind begeleidt. Deze organisatie kon hier wel iets in betekenen. Het viel zo mooi in elkaar; dingen worden eerder in context gezien’.

De rondetafeloverleggen scheppen overzicht, zowel voor het gezin als voor de overige partijen. Eén van de professionals (Alk05) legt uit dat ‘het feit dat je verschillende betrokken partijen bij elkaar hebt tijdens een rondetafeloverleg, helpt om de partijen op de hoogte te houden’. Een andere professional (Alk02) verwoordt het als volgt: ‘je bespreekt alle zaken met elkaar, zodat je weet wat de doelen zijn en zodat iedereen weet

wat er speelt. Dit zorgt voor meer duidelijkheid, en hierdoor weet je beter wat er moet gebeuren en wie de juiste spelers voor de gezinsleden zijn’. Deze duidelijkheid draagt bij aan de samenwerking tussen de verschillende partijen. Een van de professionals (Alk07) licht dit toe: ‘doordat alle partijen structureel bijeenkomen, weet iedereen van de onderliggende problematiek en waar de verschillende hulpverleners mee bezig zijn. Doe je dit niet, dan kunnen de partijen langs elkaar heen werken’.

Rondetafeloverleggen vormen een podium waarop verschillen in visie, verwachtingen en aanpak zichtbaar worden. Zo kan tijdens deze overleggen duidelijk worden dat er vanuit deelnemende instanties anders naar IGIP gekeken wordt en professionals hun rol hierin verschillend invullen. Of dat een gezin het toch niet eens is met de doelen die bij aanvang van het traject geformuleerd zijn. Het is belangrijk dat deze zaken besproken worden. De casussen leren dat onbesproken misverstanden en verschillen in verwachtingen kunnen leiden tot escalatie in de samenwerking. Rondetafeloverleggen vragen dan ook een voorzitter (vaak de zorgcoördinator) die oog en oor heeft voor verschillen en weerstand, die een klimaat weet te creëren waar deelnemers elkaar aan kunnen spreken op hun handelen en die deelnemers weet te verbinden op basis van gezamenlijke doelen waar in de hulpverlening naartoe wordt gewerkt. Zo kan er door een rondetafeloverleg ook ‘rust’ in de casus gebracht worden, die nodig is om gezamenlijk tot een gedeelde probleemdefiniëring en daaruit volgend plan van aanpak te komen. Er wordt tijdens rondetafeloverleggen niet vanzelfsprekend ruimte gemaakt voor deze afstemming tussen alle betrokkenen: ‘Iedere partij had een mening over wat er moest gebeuren en wilde snel van start willen gaan’ (Lim01). Een andere professional vond achteraf dat ze het verschil van mening dat zij had met het gezin beter in het rondetafeloverleg had kunnen bespreken, zodat de andere partijen ook hun visie konden geven.

4.3.3 Afstemming met het sociale netwerk van gezinnen

De professionals met wie we hebben gesproken, vinden het over het algemeen belangrijk om het sociale netwerk van het gezin te betrekken. Mensen uit het sociale netwerk weten vaak goed wat er in het gezin speelt. Dit besef leeft niet altijd bij de gezinsleden zelf (professional Lim04). Inzichten uit het netwerk kunnen een verhelderend perspec-

tief bieden op de gezinssituatie en op wat er in het gezin nodig is. Ook kan het sociale netwerk meedenken over mogelijkheden voor hulp en ondersteuning.

In de praktijk zijn er grote verschillen in de mate en wijze waarop het sociale netwerk van het gezin betrokken is bij (de afstemming binnen) het hulpverleningstraject. Bij sommige casussen vindt er op informele wijze afstemming plaats tussen de zorgcoördinator en het sociale netwerk van het gezin, zonder dat de personen in het netwerk ‘op papier’ deel uitmaken of een rol hebben in het gezinsplan. Bij andere casussen neemt de afstemming met het sociale netwerk een meer formele vorm aan, bijvoorbeeld wanneer andere familieleden van het gezin bij rondetafeloverleggen aanschuiven. In enkele casussen zien we dat het samenwerkingsproces zich in de loop der tijd ontwikkelt dankzij de betrokkenheid van een familielid. Zo vertelt een van de professionals (Lim03): ‘eerst mopperde opa maar mee, maar laten kwamen er ook momenten waarop hij tegengas gaf aan moeder, en dan accepteerde zij dat’. In een andere casus draagt de betrokkenheid van een familielid van het gezin bij aan het ‘bewust maken van moeder dat zij niet alles in het bijzijn van kind moet bespreken; dit zorgt namelijk voor angst bij kind’ (professional Lim11). Deze voorbeelden laten zien dat bepaalde inzichten soms makkelijker van mensen uit het eigen netwerk aangenomen worden dan van professionals. Het komt echter regelmatig tot vaak voor dat gezinsleden hun sociale netwerk niet willen of kunnen betrekken bij IGIP. Ze willen bijvoorbeeld hun netwerk en de hulpverlening gescheiden houden (professional Gousta12), of hebben geen sociaal netwerk in de buurt.

De professionals met wie we hebben gesproken, benoemen dat zij, dankzij het werken vanuit IGIP, meer vanzelfsprekend en gestructureerd afstemming zoeken met het sociale netwerk. Eén van de professionals (Lim03) vertelt dat het werken vanuit IGIP iets heeft veranderd, en zegt over de casus: ‘het is normaal geworden dat opa aansluit bij de rondetafeloverleggen en zijn zegje kan doen. Anders zou je er niet aan denken om zo’n iemand mee te nemen in een gesprek, en moeder ook niet’. Wel heeft ruimte geven aan het sociale netwerk als gevolg dat professionals soms hun eigen ideeën over het hulpverleningsproces (tijdelijk) moeten parkeren. Eén van de professionals (Lim11) legt over de casus uit: ‘de betrokkenheid van oma werkte het hulpverleningsproces in

eerste instantie tegen, maar zij gaf wel steun aan het gezin. Dat was dus een reden om haar wel te betrekken’.

Overigens zien we dat de tools die in de handleiding IGIP zijn opgenomen (zie hoofdstuk 2) in de praktijk weinig worden gebruikt om de betrokkenheid van het netwerk in beeld te brengen en te versterken.

4.3.4 Randvoorwaarden voor adequate afstemming

Afstemming blijkt niet altijd adequaat te verlopen. Idealiter staan de vraag en de doelen van het gezin centraal en is er sprake van open en transparante communicatie, waarbij de betrokken partijen – inclusief het gezin zelf – bereid zijn om hun visie te delen en naar de visies van anderen te luisteren. Uit de analyse van de casuïstiek komen meerdere voorbeelden naar voren waarin een of beide van deze elementen ontbreken. In casus Alk04, waar de zorgcoördinatie bij de enige betrokken jeugdinstelling ligt, zijn de ouders ontevreden over de hulpverlening. Volgens de organisatie zou het goed gaan met hun kind, terwijl de ouders zich zorgen maken. Maar, zo geven de ouders aan: ‘de hulpverleners voeren uit wat ze zelf in gedachten hebben, zonder dat ze kijken naar wat ons kind nodig heeft’ (cliënt Alk04). Er zijn in deze casus geen rondetafeloverleggen met de ouders; zij benoemen hun zorgen weliswaar bij de betrokken organisatie, maar krijgen vervolgens geen terugkoppeling. In deze casus is er nauwelijks sprake van afstemming tussen professionals en gezin, wat volgens de ouders de voortgang van de hulpverlening belemmert.

Het centraal stellen van de *hulpvraag en de doelen van het gezin* kan belemmerd worden door de doelen die professionals zelf voor ogen hebben. Het is in dergelijke gevallen nodig dat professionals hierop aangesproken worden. Zoals ook bij het thema ‘regievoering’ (hoofdstuk 3) al naar voren kwam, willen professionals graag snel aan de slag. Vanuit deze ‘actiegerichte’ dynamiek kunnen zij voorbijgaan aan de vraag en doelen van het gezin. Professionals benoemen dat het werken met het online dossier kan bijdragen aan het centraal stellen van de hulpvraag en de doelen van het gezin: ‘wanneer alle betrokken partijen in hetzelfde dossier werken – in beheer van het gezin – helpt dit om het hulpverleningstraject van het gezin als een gezamenlijke opdracht te zien’ (reflec-

tiebijeenkomst professionals Gouda). In de praktijk blijkt het gebruik van het online dossier echter zeer beperkt te zijn. Als het gaat om het delen van de geformuleerde doelen, gemaakte afspraken en verslagen van overleggen, dan gebeurt dit vooral per mail. Meerdere professionals vinden het online dossier namelijk niet gebruiksvriendelijk; het invullen van formats kost op den duur erg veel tijd (professional Alk07), en scholen en een deel van de hulpverleningsinstellingen hebben geen toegang tot het online dossier. Bovendien werken veel organisaties al met een eigen registratiesysteem, en willen ze niet ook nog gegevens invoeren in het online dossier. Tot slot is het online dossier onvolledig omdat er ruimte ontbreekt om de gestelde indicaties in te voeren (reflectiebijeenkomst professionals Alkmaar).

Tijdens de reflectiebijeenkomsten werd benoemd dat de uitgangspunten van IG1P – mede op het gebied van open en transparante communicatie – niet altijd bekend zijn bij of nageleefd worden door voor de andere betrokken organisaties. Voor de zorgcoördinator is het daarom van belang om van tevoren deze uitgangspunten te bespreken met de betrokken partijen zodat er vanuit een gedeelde werkwijze gewerkt wordt, en dat alle betrokkenen elkaar hierop blijven aanspreken gedurende het IG1P-traject.

De open en transparante communicatie wordt belemmerd in casussen waarin organisaties óver het gezin praten, in plaats van mét het gezin. Deze afstemmingsissues zijn zichtbaar in casus Lim04. Moeder vertelt dat ze zich niet gehoord voelt door de professionals die bij haar gezin betrokken zijn. De zorgcoördinator benoemt dat ‘de partijen hebben aangegeven waar zij zich zorgen om maakten en geprobeerd hebben te kijken wat moeder wilde’. De houding van moeder was volgens de zorgcoördinator ‘passief-agressief’: ‘ze kwam wel opdagen, maar ze zou het ook goed gevonden hebben om te stoppen’. Het blijkt dat de professionals onderling dingen met elkaar bespreken en niet met moeder. Net als uit dit voorbeeld werd ook uit andere casussen duidelijk dat professionals soms ‘om het gezin heen werken’. Een professional geeft aan dat ‘het gebeurt dat partijen contact met mij opnemen over iets zonder dat dit met moeder besproken is. Ik leg altijd alles terug bij moeder. Overigens wordt er nu wel beter overlegd en afgestemd’ (prof Lim01). Ook komt het voor dat zorgen van hulpverleners niet worden besproken met ouders of niet worden gedeeld tijdens het rondetafeloverleg.

Volgens professionals is dit schadelijk voor de samenwerkingsrelatie en daarmee ook voor de motivatie van het gezin. Open communicatie wordt met name belemmerd als de veiligheid van het gezin in het geding is. Een professional (Lim04) illustreert dit als volgt: ‘partijen zijn heel bang dat, als zij iets zeggen, de kinderen dan uit huis worden geplaatst. De communicatie is daarom niet altijd even open. Ik heb soms gehad dat partijen achteraf naar mij toekwamen om iets te zeggen wanneer moeder er niet bij was. Dat vind ik lastig’. Van zorgcoördinatoren vraagt dit dat ze hun collega’s hierop aanspreken en aangeven dat afstemming met het gezin plaats moet vinden.

In het bijzonder ervaren de professionals in onze casussen moeilijkheden in de afstemming met partijen uit het veiligheidsdomein. Professionals benoemen dat deze partijen de neiging hebben om de regie over een casus op zich te nemen en al voor het rondetafeloverleg een oordeel over ouders gevormd hebben. Dit belemmert de afstemming met het gezin: ouders gaan in verzet tegen de gang van zaken of zijn bang om open te zijn. De lastige samenwerking met partijen uit het veiligheidsdomein komt volgens een professional (Alk02) doordat de veiligheidsplannen voor een gezin losstaan van het gezinsplan op basis van IG1P. Volgens deze professional zou het veiligheidsdomein geïntegreerd moeten worden in IG1P, om zo tot betere afstemming te komen. Professionals voegen hieraan toe dat er nog maar weinig samenwerking met wijkagenten plaatsvindt; dit terwijl zij veel over de gezinnen in een wijk weten en van toegevoegde waarde kunnen zijn voor IG1P. Zo zou er beter kunnen worden afgestemd over welke stappen moeten worden ondernomen als een situatie uit de hand loopt (reflectiebijeenkomst professionals Gouda).

Afstemming vindt in mindere mate plaats in urgente situaties waarin (volgens gezin, dan wel professionals) snel gehandeld moet worden. De paradox is dat juist in deze situaties afstemming cruciaal is, terwijl er geen tijd voor lijkt te zijn. Het vereist dat de professional een *juiste inschatting maakt van de noodsituatie* en wat er nodig is om deze op te lossen, en dit doet in afstemming met het gezin. Uit de analyse van de casuïstiek blijkt dat dit niet altijd lukt. Eén van de cliënten (Gousta07) legt uit dat zij, toen er een crisissituatie ontstond, er bovenop moest zitten om vaart achter de hulpverlening te zetten. Uiteindelijk leidde dit ertoe dat Veilig Thuis moest ingrijpen. De cliënt had het

fijn gevonden als er eerder was ingegrepen, zodat het niet nodig was geweest om Veilig Thuis erbij te halen. In een andere casus (Lim07) was de cliënt erg ontevreden tijdens het eerste rondetafeloverleg; zij vond dat het allemaal te lang duurde en dat er allang ingegrepen had moeten worden. De professionals waren voorbijgegaan aan de acute vraag van het gezin. In dit voorbeeld wordt de spanning zichtbaar tussen enerzijds de tijd nemen om naar het gezin te luisteren en een samenwerkingsrelatie op te bouwen, en anderzijds de (gevoelde) noodzaak om snel te handelen.

Professionals uit alle drie de regio's benoemen dat de afstemming met scholen vaak moeizaam verloopt en dat de uitgangspunten van IGIP nog niet goed geland zijn bij scholen. Zo gebeurt het bijvoorbeeld regelmatig dat een school een afspraak met de ouder(s) plant zonder de zorgcoördinator in te lichten, terwijl een zorgcoördinator als schakelfunctionaris juist uitleg kan geven (reflectiebijeenkomst Gouda). Of een school wil haar zorgen over ouder(s) niet kenbaar maken, en vraagt aan de zorgcoördinator om de 'vervelende' communicatie op zich te nemen (reflectiebijeenkomst professionals Alkmaar). Een goede zorgstructuur bij scholen kan volgens de professionals de afstemming verbeteren. Zo zijn sommige jeugdteams of wijkteams gekoppeld aan een school, zodat er sprake is van structureel contact. Dit bevordert de afstemming.

Afstemming levert veel op en kost tijd. Dit tijdsaspect kan een adequate afstemming parten spelen. Uit de analyse van de casuïstiek komt naar voren dat met name de (jeugd-)GGZ aangeeft met tijdgebrek te kampen. Dit maakt het vaak lastig om de (jeugd-)GGZ deel te laten nemen aan de rondetafeloverleggen en überhaupt mee te krijgen in het werken met IGIP. Door bezuinigingen en lange wachtlijsten, lijken professionals geen tijd en ruimte te hebben om breder te kijken dan het 'GGZ-stuk' in een gezin en heeft IGIP een lage prioriteit, zo luidt de analyse van professionals tijdens de reflectiebijeenkomsten.

Tot slot zijn er een aantal andere *organisatorische knelpunten* die volgens gezinnen en professionals de afstemming belemmeren. Allereerst *personeelswisselingen* bij organisaties: opgebouwde samenwerkingsrelaties worden verbroken, nieuwe professionals moeten zich verdiepen in het gezin en er moet een nieuwe samenwerkingsrelatie ontwikkeld worden. Dit kan het hulpverleningstraject vertragen. Zoals een van de

cliënten (Gousta07) verwoordt: 'door bezuinigingen moesten er steeds hulpverleners weg, waardoor mijn kind steeds met nieuwe hulpverleners in contact kwam, wat lastig is. Op een gegeven moment kon mijn kind ook bepaalde activiteiten niet meer volgen'. Daarnaast is de huidige werkwijze doorgaans zo ingericht dat zorgcoördinatoren veel tijd kwijt zijn met administratieve zaken. Volgens professionals zijn de *administratieve lasten* hoog. Een laatste punt is dat huisartsen nog onvoldoende worden betrokken bij hulpverlening op basis van IGIP. Het belang van betere samenwerking met huisartsen is, volgens professionals in Gouda, tweeledig. Ten eerste hebben sommige gezinnen een goede vertrouwensrelatie met de huisarts en zou diens betrokkenheid bij de IGIP-casus ondersteunend kunnen werken voor de gezinnen. Ten tweede lopen doorverwijzingen naar specialistische zorg via de huisarts administratief gemakkelijker dan via het jeugdteam of wijkteam.

4.4 Concluderend

Adequate afstemming vormt de smeerolie voor samenwerkingsrelaties: de motor van IGIP. Inherent aan IGIP is dat veel verschillende partijen zijn betrokken. Enquête-resultaten laten zien dat professionals de samenwerking tussen professionals positief waarderen, maar dat er (grote) verschillen zijn als het de afstemming tussen professionals en gezin betreft. De analyse van de casussen onderschrijft deze bevinding en laat bovendien zien dat afstemming tussen professionals ook niet altijd goed verloopt.

Het meest gewaardeerde middel voor afstemming zijn de rondetafeloverleggen. Deze worden zowel door professionals als gezinnen positief gewaardeerd. Over het algemeen voelen cliënten zich gezien en gehoord in deze overleggen. Deze overleggen dragen over het algemeen bij aan overzicht, aan verbinding tussen alle betrokkenen, aan 'domeinoverstijgend' werken en aan een breed gedragen plan van aanpak voor het gezin. Voorwaarden zijn daarbij dat de vraag en de doelen van het gezin centraal staan en dat er open en transparant wordt gecommuniceerd. Bevorderend daarbij is een voorzitter die een klimaat weet te creëren waarin deelnemers zich veilig en verbonden weten, maar elkaar ook aan durven te spreken. Professionals geven aan dat het voor hen steeds vanzelfsprekender wordt om aan gezinnen te vragen om hun sociale netwerk te

betrekken. Desalniettemin maakt het sociale netwerk van het gezinnen maar in een klein deel van de onderzochte casussen deel uit van het gezinsplan. De samenwerking met het sociale netwerk wordt in deze casussen bevorderd door hen de ruimte te geven op om eigen wijze onderdeel te zijn van 1G1P.

De verbinding met het gezin - cruciaal in 1G1P - wordt belemmerd doordat professionals direct afstemming zoeken met collega-professionals, zonder het gezin hier vooraf over te informeren of hen hierbij te betrekken. Dit 'om ouders heen werken' is schadelijk voor de samenwerkingsrelaties. Te veel deelnemers aan het rondetafeloverleg – vanuit gezinsperspectief – belemmert adequate afstemming tussen alle betrokkenen. Om dit te voorkomen kan de zorg coördinator vooraf met het gezin afstemmen welke mensen zij wanneer om tafel willen.

Afstemmingsissues komen vooral wanneer de veiligheid in het gezin in het geding is of wanneer 1G1P onvoldoende ingebed is in de houding en werkwijze van (medewerkers van) betrokken organisaties. Dit laatste is, zo leren we op basis van de casussen en de reflectiebijeenkomsten, relatief vaak het geval bij het onderwijs, organisaties uit de (jeugd-)ggz en huisartsen.

5 Resultaten van hulpverlening op basis van 1G1P

5.1 Zelfredzaamheid en veerkracht

Het versterken van de zelfredzaamheid van gezinnen is een van de belangrijkste onderliggende doelen van hulpverlening en zeker ook van de werkwijze 1G1P. Zelfredzaamheid kan begrepen worden als ‘het met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden’ (Boer & Van der Lans, 2011). Bij zelfredzaamheid gaat het niet alleen om het denkvermogen van gezinnen, maar is het ‘doenvermogen’ minstens zo belangrijk (WRR, 2017). Hierbij gaat het om ‘een doel stellen, in actie komen, volhouden en om kunnen gaan met verleiding en tegenslag’ (WRR, 2017). Zelfredzaamheid doet daarmee een appel op de ‘veerkracht’ van gezinnen. Veerkracht kan begrepen worden als: “The ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event (...) to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning, as well as the capacity for generative experiences and positive emotions”. (Bonanno & Mancini, 2008). Vanuit deze definitie gaat het bij veerkracht niet alleen om het om kunnen gaan met tegenslag en het hervinden van balans en gezondheid, maar ook om de ontwikkeling die doorgemaakt wordt op basis van nieuwe ervaringen en het ervaren van positieve emoties. Veerkracht is echter geen individuele aangelegenheid, maar hangt in belangrijke mate af van de toegang tot hulpbronnen (PON, 2014). Het sociale netwerk van gezinnen kan dan ook een belangrijke voorwaarde voor veerkracht vormen.

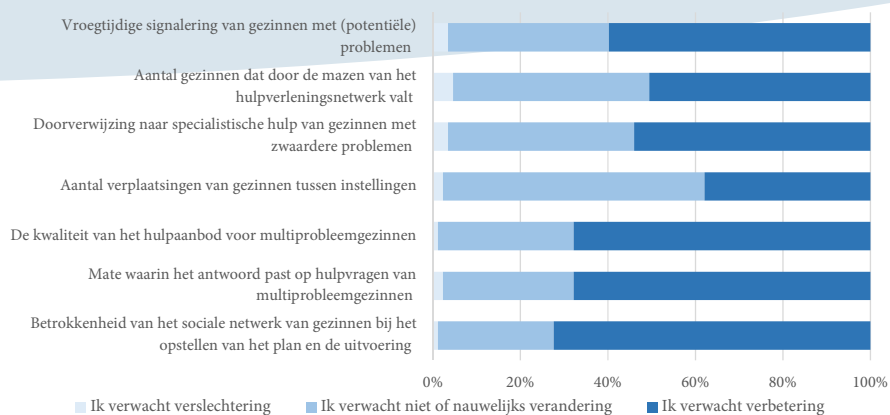
In dit hoofdstuk wordt het realiseren van resultaten in gezinnen beschreven, in het bijzonder het versterken van de zelfredzaamheid en de veerkracht van gezinnen. De factoren die hierbij een rol spelen, staan hieronder benoemd. Na een beschrijving van de resultaten van de enquêtes, zijn de bevindingen uit de analyse van de casussen weergegeven. Deze resultaten zijn beschreven aan de hand van de volgende clusters: uitgangssituatie van gezinnen, resultaten van het hulpverleningstraject, rol van het sociale netwerk en de afsluiting van 1G1P-hulptrajecten. De conclusie van dit hoofd-

stuk vat de belangrijkste factoren die samenhangen met de gerealiseerde doelen, zelfredzaamheid en veerkracht samen en eindigt met een korte reflectie.

5.2 Resultaten enquête

Wat vinden professionals van het werken met 1G1P? In de enquête hebben we van een aantal aspecten gevraagd of ze daarop verbetering of verslechtering verwachten door het werken met 1G1P. Steeds een ruime meerderheid (tweederde of meer) van de professionals verwacht een verbetering in de kwaliteit van het hulpaanbod, in de mate waarin de hulp aansluit op de hulpvraag en in de betrokkenheid van het sociaal netwerk in de hulpverlening (zie figuur 5.1). Steeds 50 tot 60% van de professionals verwacht verbetering in de vroegtijdige signalering van probleemgezinnen, de doorverwijzing naar specialistische hulp en in het aantal gezinnen dat door de mazen van het hulpverleningsnetwerk valt. Het aspect waar het kleinste aandeel professionals een verbetering verwacht, is het aantal verplaatsingen tussen gezinnen in de regio: ongeveer een derde. Op alle aspecten is het aandeel van de professionals dat een verwaarlozing verwacht te verwaarlozen.

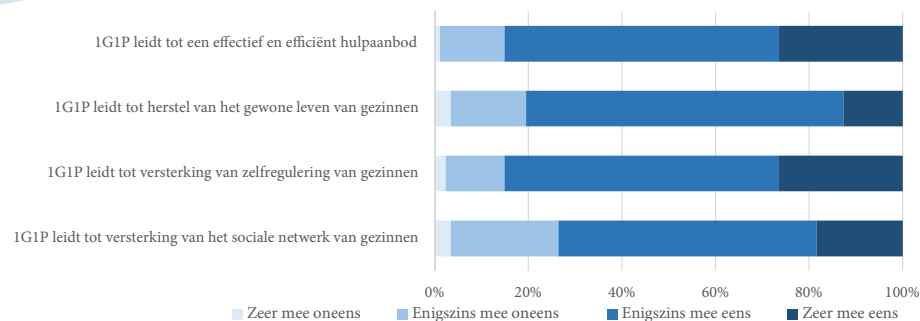
Figuur 5.1 Stellingen verbetering/verslechtering door 1G1P



Bron: Enquête professionals 1G1P, 2017

In lijn met deze bevindingen vindt een overgrote meerderheid van de professionals dat het werken met 1G1P leidt tot een effectief en efficiënt hulpaanbod, tot herstel van het gewone leven van gezinnen en tot versterking van zelfregulering bij gezinnen (zie figuur 5.2). Een iets kleiner deel, maar nog steeds ruim 70%, van de professionals denkt dat het werken met 1G1P leidt tot versterking van het sociale netwerk van gezinnen. Op de laatste twee punten – versterking zelfregulering en versterking sociale netwerk – zijn de professionals in Midden-Limburg gemiddeld wat positiever dan in de regio's Alkmaar en Gouda.

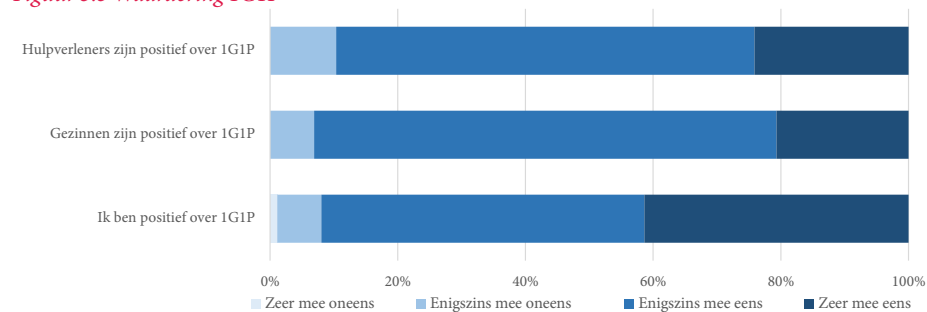
Figuur 5.2 Stellingen resultaten 1G1P



Bron: Enquête professionals 1G1P, 2017

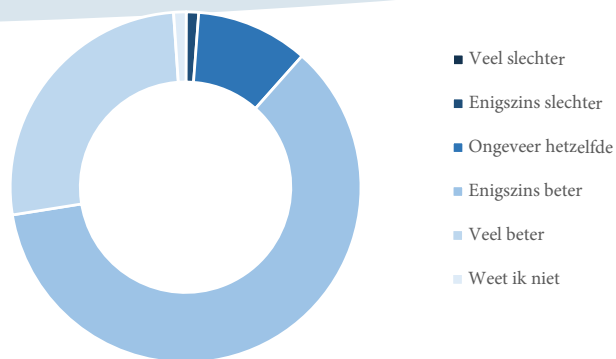
Het verrast dan ook niet dat een overgrote meerderheid van de professionals aangeeft dat zowel hun collega's, gezinnen en zij zelf positief zijn over de werkwijze 1G1P (zie figuur 5.3). Bovendien vindt een groot deel van de professionals de werkwijze 1G1P beter in vergelijking met de manier waarop voorheen werd gewerkt (zie figuur 5.4).

Figuur 5.3 Waardering 1G1P



Bron: Enquête professionals 1G1P, 2017

Figuur 5.4 Waardering IGIP in vergelijking met andere werkwijzen



Bron: Enquête professionals IGIP, 2017

5.3 Resultaten casuïstiek

5.3.1 Uitgangssituatie van gezinnen

In een groot deel van de casussen die we hebben bestudeerd, hebben een of meerdere kinderen in het gezin te maken met psychische aandoeningen of verstandelijke beperkingen. Deze kinderen hebben bijvoorbeeld last van woedeaanvallen, ervaren moeilijkheden op het gebied van sociale interacties, of hebben moeite met andere dagelijkse activiteiten. Soms is er reeds een diagnose gesteld voordat IGIP gestart wordt; in andere gevallen vindt een onderzoek vanuit de jeugd-GGZ pas plaats tijdens het IGIP-traject. De aandoeningen van de kind(eren) kunnen in meer of mindere mate invloed hebben op de gezinssituatie. In ongeveer de helft van de casussen die we hebben bestudeerd, lijken de ouder(s) overbelast te zijn. Enkele ouders hebben aangegeven geen controle meer te hebben over hun kind(eren). In een klein aantal casussen maakt de problematiek van een jongere dat deze begeleid woont.

Uit de analyse van de casussen blijkt dat er grote verschillen tussen gezinnen bestaan in de problematiek die ouder(s) ervaren. Ouders voelen zich om verschillende redenen belemmerd in de opvoeding van hun kind(eren). Sommige van hen hebben bijvoorbeeld te kampen met lichamelijke, psychische of verstandelijke aandoeningen, waardoor zij minder energie hebben voor de opvoeding. Dit is bijvoorbeeld het geval bij depressies en spierziekten. Bij een klein aantal casussen is er sprake van een verslavingsproblematiek. Ook zijn er casussen waarin echtscheidingsproblemen een versterkend effect lijken te hebben op de problematiek van de kind(eren). Bij een klein aantal casussen ervaren ouders zware problemen in de opvoeding van hun kinderen. Het gaat bijvoorbeeld om gezinnen waarbij er sprake is van (licht) verstandelijke beperkingen of posttraumatische stress-stoornis bij de ouder(s). In de meest extreme gevallen worden uiteindelijk een of meerdere kinderen (tijdelijk) uit huis geplaatst.

5.3.2 Resultaten van het hulpverleningstraject

In vrijwel alle casussen is professionele hulpverlening ingezet, zowel voor de kinderen als voor de ouders. Deze hulp kan diverse vormen aannemen: van (algemene) psychische hulp – bijvoorbeeld via (jeugd-)GGZ – en ondersteuning door intern begeleiders op school of maatschappelijk begeleiders tot specifieke begeleiding bij jeugdhulpinstellingen, waaronder ook dagbehandeling – bijvoorbeeld via een zorgboerderij. In ongeveer de helft van de casussen krijgen de ouder(s) tevens opvoedondersteuning, met als doel dat de opvoeding meer gericht wordt op wat het beste werkt voor het kind.

Hulpverlening kind(eren)

In de onderzochte casussen blijkt dat in gezinnen waar een of meerdere kinderen hulpverlening ontvangen, de ouder(s) en de zorgcoördinator tevreden zijn over de resultaten van de hulpverlening voor de kinderen. In een van de casussen (Alk01), waarbij een van de kinderen begeleiding krijgt in het omgaan met ASS en een ander kind begeleiding krijgt in het omgaan met echtscheiding, vertelt de moeder: ‘de kinderen hebben meer inzicht in hun krachten en zwaktes’. Over de begeleiding in casus Alk02 zegt de professional: ‘het kind heeft nog wel last van paniekaanvallen, maar kan er nu beter mee

omgaan'. Bij een andere casus (Gousta09) vertelt de cliënt: 'ons kind heeft meer zelfvertrouwen en kent zichzelf beter'.

Dat er resultaten geboekt worden, betekent niet per se dat de situatie in termen van eigen kracht – het centrale doel van 1G1P – optimaal is. Zoals in een van de casussen (Lim03) de professional beschrijft: 'met het kind gaat het wel beter, maar het zelfvertrouwen blijft een aandachtspunt'. In een andere casus (Gousta12) zegt de professional: 'het kind krijgt weliswaar begeleiding, maar het is nog maar de vraag wat haalbaar de is. De groei van het kind is heel minimaal'. De ernst en complexiteit van de problematiek is medebepalend voor de mate waarin de hulpverlening de zelfredzaamheid van cliënten versterkt.

In sommige casussen zijn de cliënten níet tevreden over (de resultaten van) de hulpverlening. Dit is het geval wanneer de geboden hulpverlening onvoldoende aansluit op wat de gezinnen nodig hebben en wat voor de gezinnen werkt. In casus Alk04, die in hoofdstuk 4 van dit rapport reeds is toegelicht, wordt er volgens de ouders onvoldoende aandacht besteed aan wat het gezin nodig heeft en voeren hulpverleners hun eigen plan uit. In een andere casus (Lim07) ontving het gezin intensieve thuisbegeleiding. Deze thuisbegeleiding was voor moeder dermate intens dat het voor moeder reden was deze begeleiding te beëindigen. In casus Lim12 vertelt de professional dat de gezinsleden weinig inbrachten tijdens gesprekken. Wanneer de zorgcoördinator bijvoorbeeld een bepaalde vorm van begeleiding voorstelde, dan kwam er weinig reactie van de gezinsleden. 'Zij wilden heel graag weer naar de oude zorgboerderij. Ik probeerde ze dan uit te leggen dat een andere behandeling beter zou passen' (professional Lim12). Moeder geeft aan: 'we werken nu ongeveer anderhalf jaar met 1G1P en zijn nog steeds op zoek naar een goede plek. We wachten nog op uitslagen van de psychiater. Het duurt allemaal lang, ook voordat we iedereen weer rond de tafel hebben' (cliënt Lim12). In deze casus lijken professional en gezin een ander doel voor ogen te hebben. Er wordt niet toegewerkt naar het resultaat dat het gezin wil bereiken (plaatsing op de zorgboerderij) en vanwege lange wachttijden is het onduidelijk naar welk doel er wel toegewerkt wordt.

Uit de analyse van de casussen blijkt dat verschillende factoren van invloed zijn op de resultaten die bereikt worden. Belangrijk daarbij zijn de mate waarin de belangrijkste

uitgangspunten van 1G1P gerealiseerd worden: regievoering door het gezin en adequate afstemming. Zowel bij het gezin als bij de zorgcoördinator moet er inzicht en overeenstemming zijn over welke vorm(en) van begeleiding geschikt is in de situatie van het gezin. Hiervoor is het van belang dat professionals luisteren naar de gezinsleden en de betrokken partijen, op basis hiervan een inschatting maken van wat het gezin nodig heeft en wat voor het gezin werkt, en samen met het gezin besluiten nemen over de hulpverlening. In sommige situaties kan het nodig zijn dat de zorgcoördinator bij het gezin doorvraagt om te achterhalen wat het gezin nodig heeft en wat voor het gezin werkt, of dat hij/zij aan het gezin uitlegt waarom een bepaalde keuze wel of niet verstandig is. Daarnaast is het belangrijk dat óók de hulpverleners – in het kader van 1G1P – (blijven) luisteren naar het gezin en de hulpverlening afstemmen op de specifieke context van het gezin en het gezinsplan dat is opgesteld.

Begeleiding voor ouder(s)

In veel gevallen is er sprake van opvoedondersteuning voor ouders. Vaak vindt deze begeleiding plaats door de zorgcoördinator van 1G1P. In het algemeen zijn de ouders en professionals tevreden over (de resultaten van) de opvoedondersteuning; het biedt de ouders de inzichten die zij nodig hebben om op een juiste manier met de kinderen om te gaan. De ouders hebben het gevoel dat ze meer controle hebben in de gezinssituatie dankzij de handvatten die ze van de gezinscoach of hulpverlener hebben ontvangen. Zo lukt het ze bijvoorbeeld om rustig te blijven en positief te handelen als het kind bijvoorbeeld een woedeaanval heeft. Een ouder zegt (Alk01): 'We hebben nu meer inzicht op het gebied van de opvoeding'. Een professional stelt het in een andere casus (Alk05) als volgt: 'Moeder is sterker geworden en heeft meer inzicht in hoe te handelen als er bijvoorbeeld thuis ruzie ontstaat. Ze volgt netjes de stappenplannen die ze geleerd heeft, en blijft rustiger'. Soms gaat het om kleine stapjes: 'Moeder heeft weer lichtelijk controle over de kinderen, en probeert positief te handelen als bijvoorbeeld de kinderen boos zijn' (professional Gousta10).

Wanneer de ouders meer inzicht en controle op de (gezins)situatie hebben, neemt ook het vertrouwen van ouders in hun eigen handelen toe. Zo legt een van de professionals (Lim03) uit: 'ouders hebben meer overzicht en meer controle; ook pikken ze zelf dingen

op als er iets moet gebeuren. Dit heeft te maken met een stuk inzicht en zelfvertrouwen, dat ze weten wat ze kunnen doen'. Daarnaast kan de veerkracht van ouders toenemen dankzij de hulpverlening die de kind(eren) ontvangen. Eén van de professionals (Gousta10) legt uit: 'doordat de kinderen naar de zorgboerderij gingen, had moeder meer tijd om uit haar dip geholpen te worden en helder te denken'. Het ontlasten van de thuissituatie, eventueel aangevuld met gerichte ondersteuning van de ouder(s) kan de veerkracht van gezinnen (in ieder geval tijdelijk) versterken.

Volgens de professionals met wie we hebben gesproken, speelt het inzicht dat ouders hebben in (de effecten van) hun handelen een belangrijke factor bij verbeteringen in de opvoeding. Het gaat om bewustwording van de ouders – niet alleen over hoe zij anders met hun kinderen kunnen omgaan, maar soms ook hoe zij als ouders onderdeel vormen van de problematiek van hun kind(eren). Diverse casussen laten zien dat vooral het laatste erg lastig kan zijn. In een van de casussen (Alk07) legt de professional uit: 'moeder heeft onvoldoende vermogen tot zelfreflectie. Soms komt ze met irreële voorstellen. Ze reageert in het algemeen heel primair en kan lastig omgaan met onvoorspelbare situaties. Ze ziet niet in dat zij een deel van het probleem is'. Eerder in dit rapport is ook casus Lim04 toegelicht, waarbij de moeder zich tegen de hulpverlening verzet, terwijl alle overige betrokken partijen de gezinssituatie als ernstig beschouwen. In beide voorbeelden is het niet gelukt om het gedrag van de kinderen te verbeteren, hetgeen in het uiterste geval tot een OTS-maatregel kan leiden.

5.3.3 Rol van het sociale netwerk van gezinnen

Een van de elementen van de werkwijze 1G1P is het betrekken van het sociale netwerk van gezinnen – niet alleen bij de afstemming rondom 1G1P, maar ook in de vorm van het bieden van (toegevoegde) ondersteuning aan gezinnen. De professionals vinden het in het algemeen belangrijk dat het sociale netwerk een rol speelt in de ondersteuning van een gezin: 'als professional ben je voor een bepaalde periode betrokken bij het gezin, en het netwerk altijd' (Alk05). De professional dient, indien nodig, ook de gezinsleden bewust te maken van de belangrijke rol van het sociale netwerk voor het gezin. Zo legt een van de professionals (Lim07) over de casus uit: 'er is meer besef gekomen bij moeder

dat ze het niet alleen kan en, naast professionele zorgaanbieders, ook mensen uit haar netwerk nodig heeft'.

De ondersteuning van het gezin door het sociale netwerk kan verschillende vormen aannemen. Soms helpen familieleden of vrienden in de buurt door bijvoorbeeld kinderen te brengen of te halen, of door kinderen te laten logeren. Een aantal cliënten geven aan dat ze deze ondersteuning prettig vinden, aangezien het kan zorgen voor meer ontlasting van de situatie.

In de praktijk wordt het sociale netwerk van gezinnen doorgaans in kaart gebracht. Er zijn gezinnen waar ondersteuning door het sociale netwerk al aanwezig is; in deze gevallen leidt 1G1P niet tot veranderingen in de ondersteuning. In gezinnen waar de zorgcoördinator mogelijkheden voor ondersteuning door het sociale netwerk bespreekt met het gezin, leidt dit meestal niet tot concrete acties. Zodoende vindt in ongeveer de helft van de casussen geen ondersteuning door het sociale netwerk plaats. Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn. Soms heeft het gezin geen netwerk (familieleden of vrienden) in de buurt. In andere gevallen vermoeden cliënten en/of professionals dat het betrekken van familieleden bij de ondersteuning van het gezin tot risicovolle situaties leidt (bijvoorbeeld in het kader van veiligheid). Soms komt het voor dat de situatie van het gezin dermate ernstig en complex is dat het sociale netwerk het als belastend ervaart om betrokken te zijn

5.3.4 Afsluiting van 1G1P in gezinnen

In ongeveer de helft van de casussen geven professionals en/of gezinnen aan dat enige vorm van hulpverlening altijd nodig zal blijven, meestal door de ernst of complexiteit van de problematiek. Een psychische of verstandelijke beperking van een kind kan er bijvoorbeeld toe leiden dat er in elke levensfase een nieuwe hulpvraag ontstaat. In sommige gevallen zou de hulpverlening (voor het kind) in de toekomst langzaam kunnen worden afgebouwd, maar zal er waarschijnlijk altijd wel een hulpvraag blijven. Illustratief is wat een professional over een casus (Gousta12) zegt: 'Zoon krijgt begeleiding, maar het is nog maar de vraag wat haalbaar is. Zijn groei is heel minimaal, ondanks dat er wel wat vooruitgang is. Hij zal altijd wel begeleiding nodig hebben, maar

het zou in de toekomst mogelijk afgebouwd kunnen worden. Een moeder zegt (Alk04): 'Mijn zoon zal nooit zonder hulpverlening kunnen. Al is het maar om af en toe bij een psycholoog of psychiater langs te gaan.'

Bij casussen waar de hulpverlening stopt, bijvoorbeeld als het gezin in staat is tot voldoende zelfregulering, is het de bedoeling dat IGIP wordt afgesloten. Professionals worstelen soms met de vraag wat het goede moment is om een IGIP-traject af te ronden. Zij ervaren in deze gevallen een spanning tussen het toewerken naar zelfredzaamheid en de afhankelijkheid van het gezin van hulpverlening. Tijdens de reflectiebijeenkomst in Midden-Limburg geven de professionals aan dat sommige cliënten het bijvoorbeeld moeilijk vinden om de zorgcoördinator los te laten. 'Je trekt samen op, maar dan is het de bedoeling dat je weggaat. Sommige cliënten komen dan met een nieuwe hulpvraag' (reflectiebijeenkomst professionals Midden-Limburg). Volgens deze professionals is het belangrijk om het gezin stapsgewijs los te maken, door gezinsleden zelf bepaalde zaken te laten regelen, zoals afspraken maken. Sommige cliënten vinden het niet leuk om deze dingen te doen, en vinden het prettig om een zorgcoördinator te hebben die een bevestiging geeft of ze het al dan niet goed doen. Zodra je als zorgcoördinator bij het gezin en bij de omgeving ziet dat ze dingen zelf kunnen en minder vragen hebben, kun je beginnen met loslaten (reflectiebijeenkomst professionals Midden-Limburg).

Zowel gezinsleden als professionals geven aan het belangrijk te vinden om, wanneer IGIP stopt, een afsluitend en evaluatief moment te hebben. Uit de analyse van de casuïstiek blijkt dat een dergelijk moment in de praktijk geen onderdeel van IGIP vormt. In de gevallen waar de hulpverlening eindigde – doorgaans vanwege het aflopen van een beschikking – stopte IGIP automatisch en vond er geen afsluitmoment plaats. 'Er is in IGIP geen afsluit- en evaluatiemoment ingebouwd. Je komt er als professional bijvoorbeeld achter dat een beschikking is afgelopen. Maar dan mis je het 'laatste stukje', en kan het onduidelijk zijn voor het gezin' (overleg professionals Gouda). Eén van de cliënten (Gousta09) bevestigt dit; ze vond het vreemd dat de zorgcoördinator opeens wegging. Hierover was niet met het gezin gecommuniceerd; dit had beter gekund.

5.4 Concluderend

Wat betekent het werken met IGIP voor de zelfredzaamheid en veerkracht van gezinnen? Zowel uit de enquête als op basis van de casussen kunnen we de conclusie trekken dat het werken met IGIP bijdraagt aan versterking van zelfredzaamheid en veerkracht. Professionals zeggen dat IGIP beter 'werkt' dan eerdere werkwijzen die ze hanteerden. De casusanalyse maakt duidelijk dat vooral het uitgangspunt dat gezinnen de regie voeren bijdraagt aan de algemene doelen die in IGIP altijd voorop staan (versterking van eigen kracht en zelfregulering).

Belangrijke bevorderende factoren voor het realiseren van deze algemene doelen zijn het teweegbrengen van veranderingen in handelings- en gedragspatronen (zoals het structureren van het huishouden) als ook in de houding en het perspectief van gezinsleden: het anders tegen hun situatie en mogelijkheden aan gaan kijken. Een positieve benadering van professionals ondersteunt deze processen.

Het sociale netwerk is in theorie een belangrijke hulpbron voor de veerkracht van een gezin en vormt een van de aspecten waaraan met IGIP wordt gewerkt. De inzet van IGIP leidt echter niet per definitie tot een versterking van de betrokkenheid van of tot constructieve samenwerking met het netwerk. Het betrekken van het netwerk vereist tijd en inspanning van gezin en professional. Maar ook als deze geleverd worden, kunnen er factoren zijn die (het vergroten van) de betrokkenheid van het netwerk in de weg staan.

Het onderzoek maakt duidelijk dat het doel van zelfredzaamheid niet altijd gericht is op het realiseren van volledige zelfstandigheid van het gezin. Er is sprake van gradaties van zelfredzaamheid. Het is belangrijk om samen met het gezin een toekomstperspectief formuleren, anders dan concrete hulpverleningsdoelen.

De werkwijze IGIP heeft planmatig en doelgericht werken als uitgangspunt. Bij planmatig werken behoort logischerwijs ook het evalueren van het traject na afronding. Een gezamenlijke evaluatie met alle betrokkenen (wat ging goed en wat kon beter?) kan belangrijke inzichten opleveren waarvan samen geleerd kan worden. In de praktijk zien we dat dit nauwelijks gebeurt.

6 Conclusies

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de meerwaarde van de werkwijze 1Gezin1Plan ten opzichte van de reguliere hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Daarbij kijken we naar de resultaten van 1G1P in termen van versterking van zelfredzaamheid en veerkracht, alsmede naar twee belangrijke pijlers van de werkwijze: regievoering door het gezin en afstemming tussen alle betrokken partijen. Behalve naar de meerwaarde kijken we in het onderzoek ook naar bevorderende en belemmerende factoren voor de drie onderzochte elementen (regievoering gezin, afstemming en resultaten).

In deze conclusies gaan we eerst in algemene zin in op de meerwaarde van de werkwijze 1G1P. Daarna beschrijven we bevorderende en belemmerende factoren voor de drie onderzochte elementen en gaan we in op mogelijke verbeterpunten.

Meerwaarde 1G1P

Uit het onderzoek blijkt dat de werkwijze 1G1P volgens professionals op een aantal punten meerwaarde biedt, in vergelijking met reguliere hulpverlening. Als het gaat om de resultaten in termen van zelfredzaamheid en veerkracht, regievoering door gezinnen en afstemming tussen alle betrokkenen, oordelen professionals positief. Een aandachtspunt is de geringe mate waarin organisaties die minder vaak met 1G1P werken, de visie en uitgangspunten van 1G1P delen. In algemene zin waardeert een aanzienlijk deel van de professionals de werkwijze als een verbetering ten opzichte van eerdere werkwijzen.

Alhoewel de casusanalyse niet toelaat om de werkwijze 1G1P te vergelijken met eerder gevolgde werkwijzen, maakt deze wel duidelijk dat het met de werkwijze doorgaans lukt om regievoering grotendeels bij gezinnen te beleggen, om tot goede afstemming tussen alle betrokken te komen en om resultaten te boeken in termen van zelfredzaamheid en veerkracht, bij ouders en/of bij kinderen. Het beleggen van de regie bij het gezin is een belangrijke factor in de versterking van zelfredzaamheid en veerkracht. Hoewel

gezinnen verschillen in de mate waarin en de wijze waarop zij regie voeren, worden in vrijwel alle gevallen met het gezin de hulpverleningsvoorstellen besproken en wordt het gezin om instemming voor hulpverleningsbesluiten gevraagd. Het realiseren van een goede afstemming tussen alle betrokkenen is eveneens een belangrijke factor in het bereiken van resultaten. Met name de afstemming tussen gezin en zorgcoördinator aan de ene kant en andere betrokken organisaties aan de andere kant is niet vanzelfsprekend. Dat neemt niet weg dat de cliënten met wie we hebben gesproken, in het algemeen positief zijn over hun eigen inbreng in het hulpverleningstraject en de wijze waarop ze bejegend worden door professionals.

Het onderzoek maakt duidelijk dat de uitgangspunten van 1G1P belangrijker zijn dan de concrete tools die de werkwijze kent. Er zijn meerdere manieren om de uitgangspunten in praktijk te brengen. Het onderzoek laat zien dat het er om gaat dat de wijze waarop 1G1P vorm krijgt, aansluit bij het desbetreffende gezin. De rondetafeloverleggen vormen als tool een uitzondering: deze worden door zowel professionals als gezinnen zeer waardevol geacht in het vanuit gezamenlijkheid planmatig en doelgericht werken en daarmee in de afstemming tussen alle betrokkenen.

Regievoering

‘Regie bij het gezin’ is het vertrekpunt van 1G1P. Dit vertrekpunt vraagt zowel van gezinnen als professionals het sterke besef dat het gezin aan zet is. Gezinnen moeten daaraan soms wennen, maar professionals ook. De meeste zorgcoördinatoren zijn zich er van bewust dat regievoering bij het gezin om een faciliterende wijze van hulpverlening vraagt. Samenwerkingspartners lijken vaak minder goed te beseffen wat ‘regie bij het gezin’ betekent voor de manier waarop zij hulp verlenen. Dit is een belemmerende factor, waar nog winst te behalen valt.

Regie is een situationeel en geen absoluut begrip. Regievoering door het gezin vraagt altijd om maatwerk. De mate waarin een gezin regie wil voeren en/of in staat is regie te voeren, verschilt sterk; tussen gezinnen, maar ook binnen gezinssystemen, afhankelijk van het gezinslid, de actuele situatie, de trajectfase of het leefdomein waar regievoering betrekking op heeft. De mate waarin de rol die zij innemen aansluit op hun vaardigheden en situatie, is bepalend is voor de mate waarin zij zich betrokken voelen bij het hulpverleningstraject. Dit betekent bijvoorbeeld voor het ene gezin dat zij zelf de zorgcoördinatie op zich nemen, en voor het andere gezin dat het erom gaat hen op duidelijke wijze informeren over het traject en hun inbreng serieus te nemen.

Bevorderend voor de regievoering is dat professionals aan weten te sluiten bij de situatie en vaardigheden van het gezin. 'Zeggenschap hebben' kan er daarom bij ieder gezin anders uitzien. Cruciale elementen daarbij zijn gelijkwaardigheid in de samenwerking met gezinnen, een positieve benadering waarbij zij eigen verwachtingen los durven te laten, en cliënten het vertrouwen geven om eigen keuzes te maken. Vanuit deze houding kan regievoering vervolgens verschillend ondersteund worden, afhankelijk van de situatie en vaardigheden van het gezin.

De regievoering door het gezin staat op scherp wanneer de visie en doelen van het gezin niet overeenkomen met die van hulpverleners. De kans dat dit speelt, is groter wanneer het welzijn, of sterker, de veiligheid van de kinderen in het geding is. Dit vraagt om bijzondere inspanning van de professional. Als de veiligheid in het geding is, is het zaak om vanuit rust en duidelijkheid in verbinding te blijven met het gezin en om vanuit een positieve benadering de kaders aan te geven waarbinnen een gezin wel zeggenschap heeft.

De regievoering door het gezin kan belemmerd worden als professionals te snel voorbijgaan aan wat regievoering voor gezinnen betekent. Regievoering vraagt nogal wat van gezinnen, onder meer (zelf)inzicht en mondigheid. Dat vraagt bij de doelgroep van IGIP een goede inschatting van de situatie en vaardigheden en van de daarbij passende ondersteuning door professionals.

Ook de regelmatig voorkomende verschillen in visie op 'regie bij het gezin' tussen professionals van verschillende organisaties kunnen belemmerend werken voor de

regievoering door gezinnen. Het leidt tot onduidelijkheid over de ruimte voor het gezin voor het maken van eigen keuzes en tot onduidelijkheid over de positie van de zorgcoördinator in relatie tot de regievoering door het gezin.

Het faciliteren van regievoering door gezinnen vraagt veel van de inzet, houding en vaardigheden professionals. Het is van belang dat zij hier voldoende in getraind en ondersteund worden. Dit vraagt (voortdurende) investering.

Afstemming

Adequate afstemming vormt de smeeroil voor samenwerkingsrelaties: de motor van IGIP. Inherent aan de doelgroep van IGIP is dat veel verschillende partijen zijn betrokken. De enquêteresultaten laten zien dat professionals de samenwerking tussen professionals positief waarderen, maar dat er (grote) verschillen zijn als het de afstemming tussen professionals en gezin betreft. De analyse van de casussen onderschrijft deze bevinding en laat bovendien zien dat afstemming tussen professionals ook niet altijd goed verloopt.

Het meest gewaardeerde middel voor afstemming zijn de rondetafeloverleggen. Deze worden zowel door professionals als gezinnen positief gewaardeerd. Over het algemeen voelen cliënten zich gezien en gehoord in deze overleggen. Deze overleggen dragen over het algemeen bij aan overzicht, aan verbinding tussen alle betrokkenen, aan 'domein-overstijgend' werken en aan een breed gedragen plan van aanpak voor het gezin. Voorwaarden daarbij zijn dat de vraag en de doelen van het gezin centraal staan en dat er open en transparant wordt gecommuniceerd. Bevorderend is een voorzitter die een klimaat weet te creëren waarin deelnemers zich veilig en verbonden weten, maar elkaar ook aan durven te spreken. Professionals geven aan dat het voor hen steeds vanzelfsprekender wordt om aan gezinnen te vragen om hun sociale netwerk te betrekken. Desalniettemin maakt het sociale netwerk van het gezinnen maar in een klein deel van de onderzochte casussen deel uit van het gezinsplan. De samenwerking met het sociale netwerk wordt in deze casussen bevorderd door hen de ruimte te geven op om eigen wijze onderdeel te zijn van IGIP.

De verbinding met het gezin - cruciaal in IGIP - wordt belemmerd doordat professionals direct afstemming zoeken met collega-professionals, zonder het gezin hier vooraf over te informeren of hen hierbij te betrekken. Dit 'om ouders heen werken' is schadelijk voor de samenwerkingsrelaties. Te veel deelnemers aan het rondetafeloverleg – vanuit gezinsperspectief – belemmert adequate afstemming tussen alle betrokkenen. Om dit te voorkomen, kan de zorgcoördinator vooraf met het gezin afstemmen welke mensen zij wanneer om tafel willen.

Afstemmingsissues komen vooral wanneer de veiligheid in het gezin in het geding is of wanneer IGIP onvoldoende ingebed is in de houding en werkwijze van (medewerkers van) betrokken organisaties. Dit laatste is, zo leren we op basis van de casussen en de reflectiebijeenkomsten, relatief vaak het geval bij het onderwijs, organisaties uit de (jeugd-)ggz en het veiligheidsdomein.

Resultaten van hulpverlening op basis van IGIP

Wat betekent het werken met IGIP voor de zelfredzaamheid en veerkracht van gezinnen? Zowel uit de enquête als op basis van de casussen kunnen we de conclusie trekken dat het werken met IGIP bijdraagt aan versterking van zelfredzaamheid en veerkracht. Professionals zeggen dat IGIP beter 'werkt' dan eerdere werkwijzen die ze hanteerden. De casusanalyse maakt duidelijk dat vooral het uitgangspunt dat gezinnen de regie voeren bijdraagt aan de algemene doelen die in IGIP altijd voorop staan (versterking van eigen kracht en zelfregulering).

Belangrijke bevorderende factoren voor het realiseren van deze algemene doelen zijn het teweegbrengen van veranderingen in handelings- en gedrag patronen (zoals het structureren van het huishouden) als ook in de houding en het perspectief van gezinsleden: het anders tegen hun situatie en hun mogelijkheden aan gaan kijken. Een positieve benadering van professionals ondersteunt deze processen.

Het sociale netwerk is in theorie een belangrijke hulpbron voor de veerkracht van een gezin en vormt een van de aspecten waaraan met IGIP wordt gewerkt. De inzet van IGIP leidt echter niet per definitie tot een versterking van de betrokkenheid van of tot constructieve samenwerking met het netwerk. Het betrekken van het netwerk

vereist tijd en inspanning van gezin en professional. Maar ook als deze geleverd worden, kunnen er factoren zijn die (het vergroten van) de betrokkenheid van het netwerk in de weg staan, zoals dat het netwerk simpelweg onvoldoende is of de wens van gezinnen om het netwerk niet te belasten met hun problematiek.

Het onderzoek maakt duidelijk dat het doel van zelfredzaamheid niet altijd gericht is op het realiseren van volledige zelfstandigheid van het gezin. Er is sprake van gradaties van zelfredzaamheid. Het is belangrijk om samen met het gezin een toekomstperspectief formuleren, anders dan concrete hulpverleningsdoelen.

De werkwijze IGIP heeft planmatig en doelgericht werken als uitgangspunt. Bij planmatig werken behoort logischerwijs ook het evalueren van het traject na afronding. Een gezamenlijke evaluatie met alle betrokkenen (wat ging goed en wat kon beter?) kan belangrijke inzichten opleveren waarvan samen geleerd kan worden. In de praktijk zien we dat dit nauwelijks gebeurt.

Tot slot

We hadden verwacht dat, naarmate professionals langer zouden werken met IGIP, hun oordeel daarover zou wijzigen. We moeten echter vaststellen dat de resultaten van de twee enquêtes onder professionals, die met een tussenpoze van anderhalf jaar zijn uitgevoerd, nauwelijks verschillen laten zien. In dit kader is het relevant om de bevinding eruit te lichten dat, volgens de geënquêteerde professionals, de wijze waarop andere professionals afstemmen met het gezin beter kan. Dit oordeel verandert niet over de tijd en lijkt daarmee te bevestigen dat extra inspanning nodig is om samenwerkingspartners vanuit de uitgangspunten van IGIP te laten werken.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat het werken met de uitgangspunten van IGIP kan bijdragen aan het versterken van het zelfregulerend vermogen en de eigen kracht van gezinnen. Tegelijkertijd vraagt het werken met deze uitgangspunten het nodige van professionals en zeker van de zorgcoördinatoren. Het is duidelijk dat het succesvol in praktijk brengen van de uitgangspunten van IGIP voortdurend aandacht vraagt, bij alle betrokken organisaties en professionals. Alhoewel geen object van dit onderzoek, lijkt het erop dat, wat dat betreft, de regio's van elkaar kunnen leren. In Midden-Limburg

onderhoudt het CJG actieve werkgroepen en intervisie met samenwerkingspartners om de werkwijze voortdurend onder de aandacht te houden en om van elkaar te leren. De regio Midden-Holland kent een uitgebreide website, waarop veel informatie over de werkwijze 1G1P bijeen is gebracht (www.1gezin1plan.nu).

Werken vanuit de uitgangspunten van 1G1P doet dus een appél op de houding en vaardigheden van alle betrokkenen: gezinsleden, zorgcoördinator, professionele samenwerkingspartners en het sociale netwerk van het gezin. De kracht zit in het gezamenlijk vertrekken vanuit de doelen van het gezin zelf en het aansluiten bij wat zij nodig hebben om tot herstel van het 'gewone leven' te komen. De uitvoeringspraktijk laat zien dat zorgcoördinatoren vaak goed aan weten te sluiten bij het gezin, de rondetafeloverleggen een belangrijk middel zijn om gezamenlijkheid te creëren en dat de overige betrokken professionals sterk verschillen in de mate waarin ze er in slagen vanuit deze uitgangspunten te werken. Het bij alle betrokken partijen blijvend investeren in draagvlak voor en kennis van de werkwijze, en tegelijkertijd het samen blijven leren van het werken met 1G1P, van de dilemma's die het oproept en van de successen die geboekt worden: dat zijn de cruciale factoren om met 1G1P daadwerkelijk te realiseren dat uiteindelijk de eigen kracht en zelfregulering van gezinnen worden versterkt.

Literatuur

- Boer, N. de, & Lans, J. van der (2011). *Burgerkracht. De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO.
- Bolt, A. & Zijden, Q. van der (2015). *1Gezin1Plan. Handboek voor de praktijk*. Amsterdam: SWP.
- Bonanno, G. & Mancini, A. (2008). *The human capacity to thrive in the face of potential trauma*. *Pediatrics*, 121, pp. 369–375.
- Colijn, J. & Schamhart, R. (2012). *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Haarmann, W. et al. (2014). *'Sociale Veerkracht' als ontwikkelingsperspectief. Met een toepassing op West-Brabant*. Tilburg: Telos.
- Hattum, M. van, & Hal L. van (2015). *Meervoudig. Samenwerking tussen hulpverleners in gezinnen met meervoudige problemen*. *Maatwerk*, 16(6), pp. 31-33.
- Hermanns, J. et al. (2012). *Wraparound Care in de jeugdzorg & implementatie van Intensieve Pedagogische Thuishulp*. Amsterdam: SWP.
- Kranen, J. (2012). *Een onderzoek naar 1Gezin1Plan in theorie en praktijk. De wens om samen te werken aan samenwerken*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Kriek, F. e.a. (2010). *De CJG-vorming begin 2010*. Amsterdam: Regioplan beleidsonderzoek.
- Mehlkopf, P. (2008). *Een kwestie van goed regelen: Over multiprobleemgezinnen, coördinatie van zorg en gezinscoaching. Handreiking bij implementatie*. Gouda: JSO Expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Opvoeding.
- Sousa, L., Ribeiro, C. & Rodrigues, S. (2007). *Are practitioners incorporating a strengths-focused approach when working with multi-problem poor families?* *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17(1), pp. 53-66.
- WRR (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR-rapport nr. 97.
- Zijden, Q. van der (2010). *Samenwerking JGZ en Jeugdzorg. Praktijkonderzoek*. Hoogmade: Partners in Jeugdbeleid.
- Zijden, Q. van der, & Diephuis, K. (2011). *Handleiding Gezinsplan & integrale indicaties Noord-Kennemerland. Samenwerken volgens de principes van 1Gezin1Plan*. Hoogmade: Partners in Jeugdbeleid.
- Zijden, Q. van der, & Diephuis, K. (2013). *Handleiding Gezinsplan: samenwerken volgens de principes 1Gezin1Plan*. Hoogmade: Partners in Jeugdbeleid.

Bijlage 1 : Format gezinsplan

Gezinsplan

1Gezin1Plan

start datum:

Toelichting:

Dit gezinsplan is een middel om samen te werken met gezinnen waarbij meerdere instanties betrokken zijn.

Het gezinsplan biedt houvast en overzicht aan de gezinsleden, de mensen uit hun netwerk en de betrokken hulpverleners en dienstverleners.

De zorgcoördinator zorgt er samen met de gezinsleden voor dat het gezinsplan wordt ingevuld.

1. Algemene informatie gezin: Gegevens van alle gezinsleden. Met ruimte om informatie die belangrijk is voor alle betrokkenen te noteren.
2. Betrokkenen: gegevens van mensen uit het netwerk, hulpverleners en dienstverleners die samenwerken met het gezin. En ook: de gegevens van de zorgcoördinator en afspraken over de wijze waarop de onderlinge afstemming is geregeld (per mail of telefoon, afstemmingsoverleg of anders).
3. Doelenlijst: wat zijn de belangrijkste doelen van het gezin (kunnen veranderen tijdens de uitvoering van het plan).
4. Afspraken: wie doet wat?
5. Eind evaluatie: volgens afspraak vindt bij afsluiting van de zorgcoördinatie altijd een evaluatie met het gezin plaats. Deze is vast opgenomen op de afsprakenlijst.

Het gezin en alle andere betrokkenen krijgen een exemplaar van het ingevulde gezinsplan (per mail of uitgeprint).

Alle 1Gezin1Plan documenten zijn te vinden op het professionaldeel van de CJG website ([home - CJG Professionals](#)).

Algemene informatie gezin

Gezinsleden en geboortedata:		Belangrijke informatie voor alle betrokkenen:
Adres en Woonplaats		
Telefoon		
Mail		

Betrokkenen

Naam:	Relatie tot het gezin en/of werkzaam bij welke instantie:	Mailadres:	Telefoonnummer:	Op welke dagen goed bereikbaar:
Zorgcoördinator:				
Afspraken over afstemming:				

Doelen

Nr.	Doel:	Startdatum:	Geplande einddatum:	Doel bereikt op:

Afspraken

Nr.	Over doel:	Wie doet:	Wat:	Startdatum:	Geplande einddatum:	Actie afgerond op:
1	Eindevaluatie	Zorgcoördinator met gezin	Met elkaar bespreken hoe onze samenwerking is gegaan en wat het heeft opgeleverd voor het gezin			
2	Afspreken wie er verder geïnformeerd moet worden (bv huisarts, JGZ, BJZ, school)	Zorgcoördinator met gezin	Afspreken wie wie informeert en waarover			

Bijlage 2: Vragenlijst enquête professionals

1. Emailadres:
2. In welke regio bent u werkzaam?
3. Bij welke organisatie bent u werkzaam? (NB: het gaat voor mensen die in een wijk- of J&G-team werken om de moederorganisatie).
4. Wat is uw functie?
5. Hoe lang werkt u nu in deze functie?
 - korter dan een half jaar
 - een half tot 1 jaar
 - 1 tot 2 jaar
 - 2-4 jaar
 - 4-8 jaar
 - langer dan 8 jaar
6. Sinds wanneer werkt u met 1G1P?
 - sinds 2015
 - sinds 2014
 - sinds 2013
 - sinds 2012
 - sinds 2011
7. Past u bij al uw cliënten 1G1P toe?
 - Ja
 - Nee
8. Bij hoeveel gezinnen heeft u tot nu toe gewerkt met 1G1P? Als u het niet precies weet, geeft u dan een schatting.
9. De volgende vragen gaan over uw ervaringen met 1G1P. Als u niet of nauwelijks ervaring hebt met het werken met 1G1P kunt u na deze vraag stoppen met het invullen van deze vragenlijst.
Geef hier aan of het volgende op u van toepassing is:
Ik heb niet of nauwelijks ervaringen met het werken met 1G1P.
 - ja → einde vragenlijst
 - nee
- 1G1Plan is erop gericht om gezinnen met meerdere problemen te helpen door hen actief te betrekken bij de hulp door hen zelf de regie te laten voeren over het proces. Met regie doelen we op het daadwerkelijk zeggenschap geven van het gezin over het plan van aanpak en de professionals die ingeschakeld worden. De volgende vragen gaan hierover.
10. In hoeverre stelt de methode 1G1P u in staat om de regie zoveel mogelijk bij het gezin te leggen?
 - Dit lukt me tot nu toe bij geen enkel gezin.
 - Dit is bij sommige gezinnen gelukt.
 - Dit is bij veel gezinnen gelukt.
 - Dit is bij alle gezinnen gelukt.
11. Als de regie volgens afspraak (deels) bij gezinnen is belegd, in hoeverre slagen zij er dan in daadwerkelijk de regie te voeren?
 - Het lukt hen heel goed.
 - Het lukt hen redelijk goed.
 - Het lukt hen redelijk slecht. ->Toelichting
 - Het lukt hen slecht. -> Toelichting

12. Welke situatie is naar uw mening het sterkst van toepassing op de gezinnen die zelf de regie voeren in het kader van 1G1P?

- De regie ligt grotendeels bij de professional.
- Er is sprake van gedeelde regie tussen professional en gezin.
- De regie ligt grotendeels bij het gezin.

13. Kunt u voor elk van de volgende stellingen aangeven in hoeverre u het ermee eens bent?

	Zeer mee oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
a. De werkwijze van 1G1P maakt voor gezinnen duidelijk wat er van hen wordt verwacht.				
b. Ik ben voldoende toegerust om in het werken met 1G1P de doelen van het gezin centraal te stellen.				
c. Ik ben voldoende toegerust om in het werken met 1G1P de regie daadwerkelijk bij het gezin te leggen, als het gezin daartoe in staat is.				
d. Gezinnen zijn voldoende betrokken bij de in het kader van 1G1P te ontwikkelen werkwijze.				
e. Gezinsleden beslissen mee over welke informatie er over hen tussen instellingen wordt uitgewisseld.				
f. Gezinnen zijn voldoende betrokken bij de evaluatie van de ondersteuning.				

14. Kunt u aangeven in hoeverre u in het kader van 1G1P samenwerkt met de volgende organisaties/personen?

	Vaak	Soms	Zelden	Nooit	Weet niet	Nvt / werk ik zelf
Wijk- of buurtteam/jeugd&gezinsteam / sociaal team.						
Zelforganisaties migranten.						
Expertiseteams voor consultatie en diagnose.						
Thuiszorg/wijkverpleegkundigen.						
Basisscholen.						
Scholen voor voortgezet onderwijs.						
Kinderopvang/peuterspeelzalen.						
Jeugdgezondheidszorg (GGD, consultatiebureau, CJG).						
Jongerenwerk/welzijnswerk/sociaal-cultureel werk.						
Politie/justitie/OM.						
Raad voor de Kinderbescherming.						
Organisaties van vrijwilligers (bijv religieuze organisaties, sportverenigingen).						
Opvoedingsondersteuning.						
Maatschappelijk werk/MEE.						
Huisartsen, medisch specialisten.						
Instellingen voor specialistische jeugdhulp.						
Volwassenenpsychiatrie.						
Verslavingszorg.						
Schuldhelpverlening.						
Informele netwerk gezinnen: familie, vrienden, burens, bekenden.						
Anders nl...						

15. De volgende stellingen hebben betrekking op de samenwerking tussen organisaties in het kader van 1G1P. Kunt u voor elk van de volgende stellingen aangeven in hoeverre u het ermee eens bent?

	Zeer mee oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
a. In het algemeen lukt het goed om rond gezinnen waarmee ik met 1G1P werk afspraken te maken met organisaties die ook in dat gezin werken.				
b. De afspraken die ik in het kader van 1G1P met andere organisaties maak, worden doorgaans nageleefd.				
c. Er zijn heldere afspraken over doozettingsmacht indien de veiligheid van gezinsleden in het gedrang komt.				
d. De in het kader van 1G1P samenwerkende organisaties hebben een gezamenlijke visie op het werken met de methode 1G1P.				
e. De in het kader van 1G1P samenwerkende organisaties leggen op dezelfde manier de regie bij gezinnen.				
f. Gezinnen worden door verschillende organisaties op dezelfde manier ondersteund in het voeren van de eigen regie				
g. De betrokken organisaties weten hoe ze volgens de methode 1G1P samen moeten werken.				
h. De bij 1G1P betrokken organisaties zijn zich bewust van de uitgangspunten van 1G1P.				
i. De bij 1G1P betrokken organisaties steunen de werkwijze van 1G1P.				
j. Mijn organisatie ondersteunt het feit dat ik werk met de methode 1G1P.				

k. Organisaties wisselen onderling informatie uit over hulpverlening in het kader van 1G1P.				
l. Organisaties overleggen voldoende met elkaar om tot afspraken te komen over de hulpverlening aan gezinnen in het kader van 1G1P.				
m. Organisaties die in gezinnen samenwerken in het kader van 1G1P maken goede afspraken over zorgcoördinatie.				
n. Organisaties die in het kader van 1G1P met elkaar samen hebben gewerkt in een gezin evalueren na afloop met elkaar de samenwerking en hulpverlening.				

16. In hoeverre bent u het eens met de onderstaande stellingen over het draagvlak voor de 1G1P-aanpak in uw regio?

	Zeer mee oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
a. De in deze regio bij 1G1P betrokken organisaties steunen voluit de aanpak die de methode 1G1P voorstaat.				
b. Er is commitment voor de methode 1G1P vanuit het bestuur/management van de betrokken organisaties.				
c. Uitvoerende professionals zijn positief over de methode 1G1P.				
d. Gezinnen zijn positief over de methode 1G1P.				
e. Ik ben zelf positief over de methode 1G1P.				

17. Kunt u voor elk van de onderstaande elementen aangeven of u verwacht dat het werken met 1G1P in uw regio tot een verbetering of een verslechtering zal leiden?

	Ik verwacht verbetering	Ik verwacht niet of nauwelijks verandering	Ik verwacht verslechtering
De kwaliteit van het hulpaanbod en programma's voor multiprobleemgezinnen			
De samenwerking tussen organisaties en instellingen			
De betrokkenheid van het sociale netwerk van gezinnen bij het opstellen van het plan en de uitvoering			
Doorverwijzing naar specialistische hulp van gezinnen met zwaardere problemen			
	Ik verwacht verbetering	Ik verwacht niet of nauwelijks verandering	Ik verwacht verslechtering
Aantal gezinnen dat door de mazen van het hulpverleningsnetwerk valt			
Aantal verplaatsingen van gezinnen tussen instellingen in deze regio			
Mate waarin het antwoord past op hulpvragen van multiprobleemgezinnen			
Vroegtijdige signalering van gezinnen met (potentiële) problemen			

18. Hieronder staat een aantal stellingen over de mogelijke effecten en resultaten van het werken met de methode 1G1P. Geef aan in hoeverre u het met de stellingen eens of oneens bent.

	Zeer mee oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
Het werken met 1G1P leidt tot versterking van de zelfregulering van gezinnen				
Het werken met 1G1P leidt tot versterking van het sociale netwerk van gezinnen				
Het werken met 1G1P leidt tot herstel van het gewone leven van gezinnen				
Het werken met 1G1P leidt tot een effectief en efficiënt hulpaanbod				
Het werken met 1G1P leidt tot betere samenwerking met andere organisaties in het gebied				
Het werken met 1G1P leidt tot betere samenwerking tussen gezinnen en hulpverlening				

19. Hoe waardeert u de methode 1G1P in vergelijking tot de manier waarop instellingen en organisaties voorheen werkten?

- Veel beter
- Enigszins beter
- Ongeveer hetzelfde
- Enigszins slechter
- Veel slechter
- Weet niet

20. Zijn er volgens u verbeterpunten? Zo ja, kunt u deze kort omschrijven?

21. Acht u het zinvol om uw ervaringen met het werken met 1G1P te bespreken met andere professionals die ermee werken?

- Zeer zinvol
- Een beetje zinvol
- Niet zinvol

22. Heeft u nog opmerkingen of vragen naar aanleiding van de enquête of andere informatie die u ons wilt geven?

Colofon

Opdrachtgever
Auteurs

ZonMw
Dr. R. Gilsing
M. van der Hoff, MSc
Dr. L. van Hal
Ontwerppartners, Breda
Verwey-Jonker Instituut
Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht
T (030) 230 07 99
E secr@verwey-jonker.nl
I www.verwey-jonker.nl

Omslag
Uitgave

De publicatie kan gedownload worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>.

ISBN 978-90-5830-859-7

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2018.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.

Illustratie omslag ontleend aan bijeenkomst met professionals regio Alkmaar,
9 november 2017

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



ZonMw

De werkwijze 1Gezin1Plan (1G1P) is erop gericht om gezinnen die kampen met multiproblematiek te helpen door hen actief te betrekken bij hulp. Gezinnen voeren zelf de regie over het hulpproces en er wordt gezamenlijk met de hulpverleners een plan gemaakt. 1G1P maakt het mogelijk om integraal, planmatig en doelgericht te werken.

In dit onderzoek verkrijgen we inzicht in de meerwaarde van 1G1P ten opzichte van reguliere hulpverlening. Het onderzoek is uitgevoerd in de regio's Alkmaar, Midden-Holland en Midden-Limburg. De gebruikte methoden zijn casusonderzoek, enquêtes onder professionals en reflectiebijeenkomsten.

Uit het onderzoek blijkt dat 1G1P op een aantal punten meerwaarde biedt ten opzichte van de reguliere hulpverlening. Het draagt bij aan zelfredzaamheid en veerkracht van gezinnen, aan hun regievoering en aan afstemming tussen alle betrokkenen. Deze laatste twee factoren zijn tevens belangrijk voor het bereiken van de gewenste resultaten. De afstemming tussen enerzijds gezin en zorgcoördinator en anderzijds andere betrokken organisaties is evenwel niet vanzelfsprekend. Het belangrijkste aandachtspunt is de geringe mate waarin organisaties die minder vaak met 1G1P werken de visie en uitgangspunten van 1G1P delen.