



Netwerktafels

een methodiek om samen te zoeken
naar perspectief voor kinderen en jongeren
met een psychosociale problematiek

Thirsa Van Dongen
Dirk Deboutte

Provinciale stuurgroep Bijzondere Jeugdbijstand Dienst Welzijn



COLOFON

Met dank aan

Alle jongeren en ouders die aan de netwerktafels deelnamen.

Alle hulpverleners die aan de netwerktafels deelnamen: de aanmelders, de vaste groep sectorale experts, andere betrokken hulpverleners.

Iedereen die meewerkte aan het kwalitatief onderzoek.

Het project Netwerkontwikkeling is een initiatief vanuit

de provinciale stuurgroep Bijzondere Jeugdbijstand, Dienst Welzijn en Gezondheid Provincie Antwerpen. Dankzij de financiële steun van de Gedeputeerde voor Welzijn Marc Wellens is in april 2007 het onderzoeksproject van start kunnen gaan. In samenwerking met Integrale Jeugdhulp is het project voortgezet en uitgebreid.

Het werd, in samenwerking met de stuurgroep, uitgevoerd door de onderzoekseenheid Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het 'Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute' (CAPRI), Thirsa Van Dongen en Prof. Dr. D. Deboutte van de Universiteit Antwerpen. Zij stonden ook in voor het evaluatieonderzoek.

Met dank aan

Brigitte Aerts, Pascale Baudry, Brenda Blendeman, Jan Bots, Luc Bouteligier, Bianca Claes, Juliette De Bruin, Dirk Deboutte, Jan De Ridder, Patricia Desair, Luk Geens, Daniel Gebruers, Inge Glazemakers, Mia Gys, Ludo Heselmans, Carine Housen, Astrid Janssens, Louis Janssens, Joos Marie Josée, Dirk Kaethoven, Marianne Katz, Sara Keymolen, Elke Keysers, Ann Laurijssen, Hilde Luyten, Paul Maes, Mieke Marissen, Wilfried Meyvis, Helinde Moons, Kristel Nuyts, Guy Opdekamp, Goedeke Plovie, Leen Rubbens, Hilde Schaltin, Ann Smets, Greet Smeyers, Chris Smolders, Annelies Thys, Sharon Van Asbroeck, Bart Van Den Eeckhout, Goedeke Vandewalle, Thirsa Van Dongen, Ingrid Van Eetvelt, Christel Van Gorp, Sandra Vanhoebrouck, Erik Van Loo, Annemie Van Looveren, Elke Van Passel, Els Van Pelt, Bert Van Rumst, Yves Vennekens, Greet Verbruggen, Peter Verfaillie, Annie Vereycken, Hilde Verreth, Bart Weustenraad, Stijn Wielemans, collega's CAPRI jeugd.

Inhoudstafel

Inleiding	1
Hoofdstuk 1: Voortzetting en uitbreiding netwerktafels	
1.1. Situering	3
1.2. Doelgroep	4
1.3. Communicatie	4
1.4. Aanmeldingen	4
Samenvatting	6
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	
2.1. Inleiding	9
2.2. Systemen van geïntegreerde zorg	10
2.3. Het geïndividualiseerd zorgteam en zorgplan	12
Samenvatting	17
Hoofdstuk 3: Gegevens aangemelde kinderen en jongeren	
3.1. Aanmeldingsgegevens	21
3.2. Hulpverleningsgeschiedenis	22
3.3. Schoolcarrière	26
3.4. Gezinsgegevens	26
3.5. Aanwezigheid van psychopathologie bij aanmelding	27
3.6. Houding ten aanzien van hulpverlening	28
Samenvatting	30
Hoofdstuk 4: Protocol en resultaten netwerktafels	
4.1. Het protocol van de netwerktafels	33
4.2. Gegevens netwerktafels	37
4.3. Tevredenheidgegevens netwerktafels	40
Samenvatting	45
Hoofdstuk 5: Evaluatie netwerktafels via focusgroepen	
5.1. Inleiding	47
5.2. Methode	47
5.3. Resultaten	50
Samenvatting	58

Hoofdstuk 6: Toekomst netwerktafels

6.1. Implementatie methodiek	59
------------------------------	----

Samenvatting en aanbevelingen	60
--------------------------------------	----

Bijlagen

Bijlage 1: Inlichtingen- en toestemmingsformulier

Bijlage 2: Codeboek focusgroepen

Bijlage 3: Engagement en protocol voor de toepassing van de methodiek netwerktafel als vorm van cliëntoverleg in de jeugdhulpverlening in de regio Antwerpen

Lijst met afkortingen:

BJB: Bijzondere Jeugdbijstand

CBJ: Comité Bijzondere Jeugdbijstand

SDJ: Sociale Dienst Jeugdrechtbank

GI: Gemeenschapsinstelling

VAPH: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

CGG: Centra Geestelijke Gezondheidszorg

KJPSY: Kinder- en Jeugdpsychiatrie

K&G: Kind en Gezin

CLB: Centra voor Leerlingenbegeleiding

CAW: Centra Algemeen Welzijnswerk

IJH: Integrale Jeugdhulp

Inleiding

In april 2007 ging het project 'Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek' van start. Het project beoogt te komen tot goede en doelmatige zorg voor deze kinderen en jongeren. De Systems of Care filosofie en de concretisering ervan in de Wraparound benadering bieden hiervoor een geschikte achtergrond. De methodiek van de netwerktafels kreeg op basis hiervan vorm.

Tijdens een netwerktafel gaan het kind, de jongere en de ouders samen met hulpverleners en andere belangrijke personen uit de context van het gezin rond de tafel zitten. Er is ondersteuning door een team van deskundigen uit de verschillende sectoren binnen de jeugdhulp. De netwerktafel wordt voorgezeten door een externe voorzitter. De doelstelling is een geïndividualiseerd zorgplan op te stellen en een geïndividualiseerd zorgteam samen te stellen, op maat van het kind of de jongeren en zijn gezin.

Er vindt continue evaluatie van de netwerktafels plaats. In juni 2009 verscheen een eerste rapport (Van Dongen, & Deboutte, 2009) en werden de resultaten gecommuniceerd tijdens een studienamiddag.

Wat voorligt is een tweede evaluatie. Bovendien is er, gezien de tevredenheid en de vraag naar continuering, gezocht naar een manier om de methodiek van de netwerktafels binnen de jeugdhulpverlening een vaste plaats te geven.

Hoofdstuk 1: Voortzetting en uitbreiding netwerktafels

1.1. Situering

In 2008 startte Integrale Jeugdhulp (IJH) met de implementatie van het model 'Cliëntoverleg met externe voorzitter' in de verschillende regio's in Vlaanderen (MB). Dit leidde in Antwerpen tot een samenwerkingsverband tussen het bestaande project van de Provinciale stuurgroep van de Dienst Welzijn, Universiteit Antwerpen-CAPRI enerzijds en IJH anderzijds.

Sinds eind 2008 is het project van de netwerktafels dus een samenwerkingsverband tussen de zes sectoren Integrale Jeugdhulp, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Provincie Antwerpen. Het project wordt nog steeds aangestuurd door een Provinciale stuurgroep van de Dienst Welzijn. De wetenschappelijke evaluatie wordt uitgevoerd door de onderzoekseenheid CAPRI-Jeugd, Universiteit Antwerpen.

Deze samenwerking heeft een uitbreiding van het aantal betrokken sectoren tot gevolg. Alle sectoren IJH werden uitgenodigd om deel uit te maken van de Provinciale stuurgroep en aanmelden voor een netwerktafel werd mogelijk vanuit de zes sectoren IJH. Ook de vaste groep deskundigen werd uitgebreid met de sectoren Algemeen Welzijnswerk (AWW), Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en Kind en Gezin (K&G). Per netwerktafel kunnen er drie deskundigen uitgenodigd worden. Meerdere voorzitters werden opgeleid. Het protocol van de netwerktafels onderging enkele aanpassingen. Voor een uitgebreide verslaggeving hierover verwijzen we naar hoofdstuk 4 en 5.

De doelstelling en de doelgroep van de netwerktafels bleven dezelfde, namelijk goede en doelmatige zorg voor kinderen en jongeren met een complexe psychosociale problematiek.

Ondertussen wordt de methodiek van de netwerktafels eveneens gebruikt in de gemeenschapsinstellingen De Markt en De Hutten. Het betreft hier jongeren waarbij betrokkenheid vanuit kinder- en jeugdpsychiatrie wenselijk wordt geacht.

Tevens wordt er in het kader van de knelpuntdossiers in Antwerpen gebruik gemaakt van de methodiek van de netwerktafels voor het opstellen van de hulpverleningsplannen. Knelpuntdossiers zijn cliëntsituaties die baat zouden hebben bij een hulpverleningspakket dat vandaag in de praktijk niet kan worden aangeboden – soms omdat het er niet is, maar soms ook omdat de regelgeving het "dubbel" subsidiëren van hulpverleningsmaatregelen niet toelaat. De Vlaamse Erkeningscommissie

Knelpunt dossiers kan dossiergebonden budgetten vrijmaken van maximum 40.000 euro gespreid over twee jaar, waarmee anders "onmogelijke" hulpverleningspakketten alsnog gefinancierd kunnen worden. (Nieuwsbrief IJH nr. 22, mei 2009)

1.2. Doelgroep

Het project heeft als doelgroep kinderen en jongeren van 0 tot en met 17 jaar, waarbij:

- Het functioneren wordt gehinderd door de complexiteit van de aanwezige problemen op de verschillende levensdomeinen (thuis, op school, vrije tijd,...);
- De context van het kind of de jongere eveneens problematisch is en onvoldoende draagkracht kent;
- De hulpverlening is vastgelopen.

1.3. Communicatie

Er volgde opnieuw een bekendmaking van het project bij de verschillende deelnemende sectoren. Dit gebeurde via allerlei kanalen:

- Er werd een folder opgemaakt die de hulpverleners kunnen gebruiken om de netwerktafels uit te leggen aan de betrokken kinderen/jongeren en ouders. Deze brochure werd naar alle voorzieningen verspreid en is terug te vinden op de website van IJH.
- Op de website www.jeugdhulp.be, regio Antwerpen, onder de knop cliëntoverleg kunnen aanmelders alle informatie en nodige documenten voor de aanvraag van een netwerktafel terugvinden. De start van de tweede aanmeldingsfase werd via een mailing aan alle voorzieningen gecommuniceerd. Deze informatie stond ook in de nieuwsbrief van IJH – winter 2009.
- Op verscheidene informatiemomenten werd het project mondeling en schriftelijk toegelicht.

1.4. Aanmeldingen

De eerste fase van het project, namelijk start april 2007, leverde 61 aanmeldingen op voor 66 jongeren. Hieruit werd een aselechte steekproef van 30 dossiers genomen voor de organisatie van een netwerktafel. De andere dossiers werden verder opgevolgd als controle dossiers.

Bij de nieuwe start in oktober 2008 werd er voor elke ontvankelijk verklaarde aanmelding een netwerktafel georganiseerd.

De zes sectoren Integrale Jeugdhulp (Bijzondere Jeugdbijstand (BJB), waaronder ook de Gemeenschapsinstelling (GI), Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Algemeen Welzijnswerk (AWW), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ), Kind en Gezin (K&G)) en Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJPSY) kunnen aanmelden.

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal aanmeldingen gedurende de gehele periode: fase 1 betreft de periode april 2007 – februari 2008 (einde aanmeldingsfase en selectie dossiers voor een netwerktafel) en fase 2 betreft de periode oktober 2008 – februari 2011.

Tabel 1a: Overzicht aantal aanmeldingen

	Antwerpen		Mechelen		Turnhout		Totaal	
	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>
BJB	16	20	0	1	9	6	25	27
GI	5	1	0	0	1	1	6	2
VAPH	10	9	4	0	12	2	26	11
BJB/GI*	0	/	0	/	1	/	1	/
BJB/VAPH*	2	/	0	/	0	/	2	/
CLB	/	3	/	0	/	0	/	3
CAW	/	1	/	0	/	0	/	1
K&G	/	4	/	1	/	1	/	6
KJPSY	1	8	0	0	0	0	1	8
Totaal	34	46	4	2	23	10	61	58

*Betreft dubbele aanmeldingen, het dossier werd door zowel BJB als GI of door zowel BJB als VAPH aangemeld. De tweede fase van het project telt geen dubbele aanmeldingen.

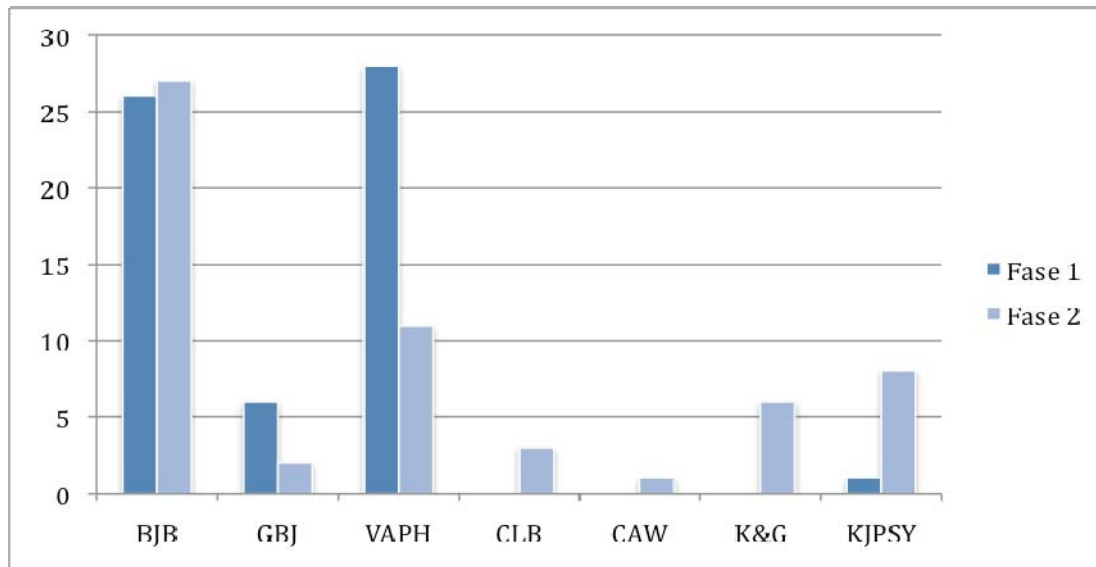
In totaal zijn er in de tweede fase van het project 58 aanmeldingen gedaan voor 69 kinderen en jongeren. Van deze aanmeldingen werden er 53 voor 62 kinderen/jongeren ontvankelijk verklaard. Voor deze dossiers werd er bijgevolg een netwerktafel georganiseerd.

Vijf aanmeldingen, voor 7 kinderen/jongeren, werden niet ontvankelijk verklaard. De redenen hiervoor zijn:

- er was geen toestemming van de jongere;
- de aanmelding kwam vanuit een regio buiten provincie Antwerpen;
- de vraag kaderde niet binnen de doelstellingen van een netwerktafel.

Figuur 1 geeft een overzicht van het aantal aanmeldingen per sector. Hieruit blijkt dat in de tweede fase van het project de sector BJB de grootste aanmelder is. De aanmeldingen vanuit het VAPH kennen een daling in vergelijking met de eerste fase, waar zij samen met BJB de grootste aanmelder waren. Opvallend is het toegenomen aantal aanmeldingen vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie, daar zij in de eerste fase ook die mogelijkheid hadden maar daar toen slechts 1 keer gebruik van hebben gemaakt.

Figuur 1a: Overzicht aantal aanmeldingen per sector (Fase 1: N=61; Fase 2: N=58)



Samenvatting

De samenwerking tussen de Provinciale Stuurgroep en Integrale Jeugdhulp betekende een voortzetting en uitbreiding van het project 'Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek'.

De doelstelling en de doelgroep bleven hetzelfde, maar het aantal deelnemende sectoren werd uitgebreid. Het aantal aanmeldingen in fase 1 en fase 2 loopt ongeveer gelijk. In fase 2 is de BJB de grootste aanmelder, terwijl dit in de eerste fase een eerder gedeelde plaats was tussen BJB en VAPH. In de tweede fase van het project resulteerde elke ontvankelijk verklaarde aanmelding in een netwerktafel.

Literatuur

Nieuwsbrief IJH nr. 22, mei 2009 (www.jeugdhulp.be)

Ministerieel besluit houdende de toekenning van een subsidie aan de vijf Vlaamse provincies en aan de Vlaamse Gemeenschapscommissie voor de organisatie van externe ondersteuning voor complexe cliëntdossiers in de zes regio's Integrale Jeugdhulp

Van Dongen, T., & Deboutte, D. (2009). *Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Youth Mental Health.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

(Artikel ingediend voor publicatie)

2.1. Inleiding

Binnen de jeugdhulp in Vlaanderen is er een groeiende vraag naar meer en vooral doelmatige samenwerking. Zorgverstrekkers vragen vooral samenwerking als het gaat om kinderen en jongeren met een complexe problematiek. Deze nood werd opgepikt door de Provinciale Stuurgroep en uitgewerkt tot het project 'Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek'.

Een behoefteonderzoek, uitgevoerd in het kader van het Bijpass-project over samenwerking tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en bijzondere jeugdbijstand, heeft deze vraag naar doelmatige samenwerkingsmodellen blootgelegd. Via een samenwerkingsverband tussen alle betrokken hulpverleners, ouders en kinderen/jongeren wil men gezamenlijk een zorgtraject ontwikkelen, implementeren en evalueren (Janssens & Deboutte, 2007).

Jongeren met een complexe problematiek worden gedefinieerd als kinderen of adolescenten die noden hebben op bijna elk levensdomein. Ze zijn ernstig belemmerd in hun emotionele, sociale en/of educatieve ontwikkeling. Deze noden brengen hen in contact met een grote verscheidenheid aan hulpverleners vanuit verschillende diensten en sectoren (Carter, Cummings & Cooper, 2007). De diensten en sectoren zouden afgestemd moeten worden op elkaar in het belang van deze groep kinderen/jongeren en hun gezinnen. Niet gecoördineerde hulpverlening leidt ertoe dat kinderen/jongeren van de ene dienst naar de andere en van de ene sector naar de andere worden doorgestuurd, terwijl de moeilijkheden steeds groter worden. Gefragmenteerde zorg kan niet tegemoet komen aan hun noden.

Hulpverlening dient vraaggestuurd te zijn en niet aanbodgestuurd: het dient een antwoord te bieden op de noden van het kind/de jongere en zijn gezin, eerder dan dat het een zorgaanbod is dat door hulpverleners als gepaste hulp wordt beschouwd (Edgley & Avis, 2007). Hulpverleningsrelaties die gekenmerkt worden door samenwerking en inbreng van alle betrokken partijen genieten de voorkeur in plaats van relaties gedomineerd vanuit een hulpverleningsstandpunt (Andrew, Farhall, Ong & Waddell, 2009). Participatie van het kind, de jongere en de ouders is namelijk cruciaal in het bereiken van 'empowerment' en autonomie (Mitcheson & Cowley, 2003).

In Amerika heeft bovenstaande geleid tot de ontwikkeling van 'Systems of Care' (Stroul & Friedman, 1986) dat de verschillende sectoren binnen de jeugdhulpverlening samenbrengt, met een hernieuwde kijk op de aanpak van zorg en dit om beter tegemoet te komen aan de noden van deze kinderen/jongeren (Farmer, 2000). De Systems of Care

filosofie legt de nadruk op de behoeften van het kind of de jongere met zijn/haar gezin en op zorg die georganiseerd wordt in de nabije omgeving van het gezin en met aandacht voor de culturele achtergrond (Pumariaga & Winters, 2003). Deze filosofie wordt geïmplementeerd binnen de Wraparound benadering (Stroul, 2002). Wraparound omvat een planningsproces waarbij het kind/de jongere en het gezin intensief betrokken worden. Wraparound heeft als doel het kind/de jongere en zijn/haar gezin te 'omwikkelen' met aangepaste zorg waarbij continuïteit wordt verzekerd (Stambaugh et al., 2007) en waarbij wordt uitgegaan van individuele noden en sterktes (Ferguson, 2007; Huffine, 2002).

De waarden geassocieerd met Systems of Care en Wraparound verhogen de kansen op positieve uitkomsten (Graves & Shelton, 2007). Deze waarden zijn consistent met theorieën over 'family-centered' (Allen & Petr, 1998) en 'strengths-based' (Saleebey, 1996) benaderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Door het gezin als een volwaardige partner te beschouwen, wordt er bijgedragen tot optimisme en versterking van het probleemoplossende vermogen.

De Systems of Care filosofie en de Wraparound benadering worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt. Welke waarden, principes liggen aan de grondslag? Hoe kunnen deze in de praktijk omgezet worden?

2.2. Systemen van geïntegreerde zorg

Systems of Care - vrij vertaald 'systemen van geïntegreerde zorg' - gaat over een filosofie, over een doelmatige wijze van zorg bieden aan kinderen of jongeren en hun gezinnen. De Systems of Care filosofie omvat "een gecoördineerd spectrum van zorg om tegemoet te komen aan de vele en veranderlijke noden van kinderen en adolescenten met ernstige emotionele, gedrags- en ontwikkelingsstoornissen en hun gezinnen" (Stroul & Friedman, 1986, p. 3). Deze omschrijving wordt verder geconcretiseerd in een aantal waarden en daarvan afgeleide principes.

De waarden

- Gericht op het kind/de jongere met het gezin als focus

Dit wil zeggen dat de zorg moet gestuurd worden op basis van de behoeften van kinderen/jongeren en hun gezin. Het betekent ook de (morele) verplichting om diensten zodanig aan te bieden dat ze het kind/de jongere en zijn gezin volgen en niet omgekeerd. Impliciet wordt eveneens verondersteld dat de zorg zoveel mogelijk aan het kind/de jongere binnen de context van het gezin wordt aangeboden. Aangezien ouders in de meeste gevallen ook de primaire verzorgers zijn, moeten zij, conform de filosofie van het model, ondersteund, geholpen en betrokken worden in alle beslissingen betreffende

het zorgaanbod. Dit geldt niet alleen voor de directe zorg aan hun kind/jongere, maar ook voor de ontwikkeling en de evaluatie van het zorgaanbod zelf.

- In de directe sociale omgeving

Dit betekent dat de voorkeur voor zorg moet uitgaan naar voorzieningen die tot de lokale sociale omgeving van betrokkenen behoren. Er wordt ook gehoopt dat door implementatie van dit model de lokale gemeenschap (opnieuw) verantwoordelijkheid zal nemen voor de zorg van kinderen en jongeren die er zich nog moeilijk of niet kunnen handhaven of gehandhaafd worden. Er wordt verwacht dat een dergelijk model een preventieve waarde heeft voor marginalisering en antisociaal gedrag van kinderen en jongeren.

- Respect voor en competentie in de diverse culturen

Dit gaat over de erkenning van de culturele waarden in en voor een samenleving die een steeds grotere culturele diversiteit kent. Het betekent dat in het systeem van zorg iedereen rekening moet houden met culturele, raciale, etnische verschillen met betrekking tot opvoeding, geestelijke gezondheid en psychiatrische aandoeningen, in wat hulp moet en mag inhouden. (Pumariega & Winters, 2003)

De principes

De drie genoemde waarden geven aanleiding tot een aantal principes waaraan voldaan moet worden:

- toegang tot een brede waaier aan diensten;
- een geïndividualiseerd aanbod;
- uitgangspunt is het minst restrictief en zo normatief mogelijk aanbod;
- betrokkenheid van het gezin op elk niveau in de planning en aanbieding van zorg;
- integratie en coördinatie van zorg;
- vroege identificatie en interventie;
- vlotte overgang naar het zorgsysteem voor volwassenen;
- erkennen van de rechten en diversiteit van kinderen en gezinnen

(Stroul & Friedman, 1986; Stroul & Friedman, 1996; Pumariega & Winters, 2003).

Dit model stimuleert het interdisciplinair werken en denken, met als focus de noden van de betrokken kinderen/jongeren en hun context. De zorg moet verstrekt worden door hulpverleners die gezamenlijk de zorg organiseren in directe samenspraak met ouders en kind/jongere. De zorgverstrekking moet gebeuren door diegene die over de meest gepaste mogelijkheden beschikt en onder de vorm en op de plek die het meest aansluit bij de cultuur en de wensen van het kind/de jongere en het gezin. Daarnaast moeten

ouders en kinderen/jongeren ook participeren in het beleid, de organisatie en de planning van de diverse zorgsystemen.

2.3. Het geïndividualiseerde zorgteam en zorgplan

Geïndividualiseerde zorgplanning voor kinderen en jongeren met ernstige problemen staat in de internationale literatuur het meest bekend als Wraparound (Faw, 1999). Het is één van de primaire strategieën voor de implementatie van de Systems of Care filosofie (Stroul, 2002).

Het Wraparound planningsproces resulteert in een unieke, geïndividualiseerde set van formele en informele vormen van steun voor het kind/de jongere en het gezin om positieve uitkomsten te bereiken (Goldman, 1999; Burchard, Bruns & Burchard, 2002). Geïndividualiseerde zorgteams bestaan aldus uit zorgverstrekkers, het kind/de jongere, ouders, eventueel familieleden, relevante steunfiguren uit de gemeenschap, leerkrachten en anderen. Dit team komt regelmatig samen om een plan op te stellen en op te volgen dat tegemoet komt aan de noden van het kind/de jongere en het gezin.

De basis voor het zorgproces

Samengevat vormen onderstaande elementen de basis voor het zorgproces:

- (1) In het zorgproces wordt er prioriteit gegeven aan de zienswijzen van het kind of de jongere en de ouders;
- (2) De samenstelling van het zorgteam gebeurt met goedkeuring van het gezin. Het team bestaat uit het kind of de jongere, de ouders, natuurlijke steunfiguren en hulpverleningsinstanties;
- (3) Het team gaat actief op zoek naar steunfiguren uit het eigen netwerk van het gezin en moedigt hun deelname aan;
- (4) De teamleden werken samen en dragen samen de verantwoordelijkheid om een geïndividualiseerd zorgplan te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren;
- (5) De zorg moet geïmplementeerd worden op de meest responsieve, toegankelijke en minst restrictieve manier;
- (6) Het proces moet voortbouwen op de unieke waarden, overtuigingen, sociale en culturele achtergrond van het kind of de jongere en het gezin;
- (7) Er wordt gebruik gemaakt van aangepaste strategieën, ondersteuning en diensten om de doelstellingen uit het zorgplan te verwezenlijken;
- (8) Het zorgproces en het zorgplan gaan uit van, bouwen voort op en stimuleren de sterktes van het kind of de jongere, de ouders en de andere teamleden;
- (9) Het team is volhardend en aanklampend in het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen in het zorgplan;

(10) De vooruitgang van de doelstellingen uit het zorgplan wordt bepaald aan de hand van observeerbare en meetbare resultaten, op basis waarvan eventueel nodige aanpassingen kunnen gebeuren. (Walker et al., 2004)

Noodzakelijke condities

Ondanks de consensus over de waarden van het geïndividualiseerde zorgplan/zorgteam (Goldman, 1999), is er een gebrek aan formele definities, voorwaarden, technieken, methodes en procedures om deze waarden te vertalen naar de praktijk (Bruns, Suter, Burchard & Leverentz-Brady, 2004; Burchard, Bruns & Burchard, 2002; Walker, Koroloff & Schutte, 2003; Walker & Schutte, 2004).

Walker en collega's (2003) stellen een kader voor, bestaande uit een aantal noodzakelijke voorwaarden, die een succesvolle implementatie van het zorgmodel bevorderen. Een onderzoek van Bruns, Suter en Leverentz-Brady (2006) toont de relevantie van dit kader aan. De voorwaarden zijn gesitueerd op het niveau van het team, de organisatie(s) en het bredere zorgsysteem (of beleid en financieringscontext).

Een eerste voorwaarde is het toepassen van wat het 'praktijkmodel' wordt genoemd. De andere voorwaarden hebben betrekking op de samenwerking tussen sectoren, de uitbouw van capaciteit en personeel, het verwerven van diensten en ondersteuning en de verantwoordingsplicht, elk met diverse subcategorieën. Hieronder worden de verschillende voorwaarden uitgeschreven.

Het Praktijkmodel

Wat is er nodig om op een efficiënte wijze, in samenwerking en in overleg met het kind/de jongere, de ouders, diverse zorgverstrekkers en steunfiguren, een zorgplan op te maken?

Volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Geïndividualiseerde zorg is een planningsproces. Het team dient op een gestructureerde manier plannen op te stellen, te evalueren en eventueel bij te stellen.
- Het team overweegt verscheidene alternatieven alvorens over te gaan tot beslissingen.
- Het team laat zich in zijn doelen en beslissingen leiden door de sterktes, noden en prioriteiten die door het gezin worden aangegeven.
- Alle teamleden moeten het gevoel hebben dat hun inbreng wordt gewaardeerd en dat discussies en besluitvormingsprocessen fair verlopen.
- Het team moet uitgaan van coöperatieve doelen. De teamleden gaan ervan uit dat de acties van elk teamlid afzonderlijk bijdragen tot het bereiken van het gezamenlijke doel.

- Het proces moet gebaseerd zijn op de sterktes van elke teamlid.
- Tenslotte moet de planning culturele competentie reflecteren. Culturele verschillen in waarden en normen komen voort uit verscheidene bronnen. Naast de raciale, etnische of religieuze achtergrond, kan er bijvoorbeeld ook een culturele kloof zijn tussen het perspectief van de professionals en het perspectief van het gezin en de jongere.

Het is belangrijk dat hiervoor op het niveau van de organisatie en vanuit het zorgsysteem (beleid, investeerders) training, supervisie en ondersteuning voorzien worden.

Samenwerking/partnerschap

Naast het praktijkmodel is het uitbouwen van samenwerkingsverbanden een tweede noodzakelijke voorwaarde. Op teamniveau moeten personen aanwezig zijn die een brede waaier aan deskundigheden en mandaten vertegenwoordigen en die samen kunnen werken in de geest van de waarden van geïndividualiseerde zorg. Bovendien moeten de teamleden bereid en in de mogelijkheid zijn om beslissingen te nemen en verbintenissen aan te gaan. Vanuit organisaties moet er tijd en ruimte geboden worden voor deze vorm van participatie.

Op niveau van het zorgsysteem (bv welzijn, gezondheidszorg) moet samenwerking tussen organisaties aangemoedigd worden. Dit kan door aandacht te besteden aan de percepties die zorgverstrekkers over elkaar hebben, zodat de nood aan samenwerking wordt erkend en er een positieve houding ten opzichte van coördinatie bestaat, door te zorgen voor flexibel in te zetten middelen en structurele mogelijkheden. Bovendien moet er aandacht zijn voor beleidszaken die van invloed zijn op het functioneren van de organisaties en de geïndividualiseerde zorgteams.

Opbouwen van capaciteit/personeelsbezetting

De effectiviteit van geïndividualiseerde zorgteams is afhankelijk van de aanwezigheid van gespecialiseerde vaardigheden en kennis bij de verschillende teamleden. Op organisatieniveau moeten teamleden ondersteuning krijgen bij het verwerven en behouden van vaardigheden en kennis, via bijvoorbeeld opleiding en supervisie. Organisaties en zorgsystemen moeten werkvoorwaarden scheppen die kwaliteitsvol (samen)werken mogelijk maken, bijdragen tot werktevredenheid en die personeelsverloop en burnout reduceren.

Het verwerven van hulp en ondersteuning

Het team moet op de hoogte zijn van de verscheidene beschikbare hulpverleningsvormen, diensten en ondersteuningsmogelijkheden en hun effectiviteit.

Het gaat hierbij vooral over het aanbod in de directe omgeving van het gezin en het kind/de jongere. Dit maakt het mogelijk om diensten en hulpbronnen te koppelen aan de specifieke noden van het gezin.

Verder is het de opdracht om ook informele, gezinsspecifieke ondersteuningsmogelijkheden te identificeren en aan te wenden. Deze vormen van ondersteuning blijken niet altijd zo gemakkelijk te vinden, omwille van de isolatie van het gezin ten gevolge van de chronische aard van de problemen en/of vanwege het gevoel de schuld te krijgen voor de problemen waarmee hun kinderen kampen. Als er dan wel steunfiguren zijn, blijkt het team vaak niet te weten hoe hen effectief in te zetten.

Teams moeten aangemoedigd worden om plannen te ontwikkelen die gebaseerd zijn op de noden en sterktes van gezinnen, eerder dan op de voorkeur voor bepaalde diensten of voorzieningen. Daarom is het belangrijk dat de participerende organisaties in hun beleid ruimte maken om snel beslissingen te nemen om te realiseren wat het gezin nodig heeft. Hierbij moet erover gewaakt worden dat er beroep wordt gedaan op evidence based benaderingen.

Verantwoordelijkheid

De laatste noodzakelijke voorwaarde heeft betrekking op de verantwoordelijkheid op de verschillende niveaus. Teams moeten documentatie bijhouden over de doelen, de te ondernemen acties, wie voor welke acties zorgt en over de indicatoren voor vooruitgang. Duidelijke registratie en documentatie zorgen voor gedeelde verantwoordelijkheid en kunnen een gevoel van teameffectiviteit geven. Wanneer teamleden verantwoordelijk zijn voor bepaalde acties, blijkt de motivatie voor de uitvoering ervan te stijgen.

Vanuit de organisatie moet een en ander nauwgezet opgevolgd worden. Houdt het team zich aan het praktijkmodel, hoe is de kwaliteit van het teamwerk, wat zijn de effecten bij de ouders en het kind/de jongere, wat is de kost?

Op systeemniveau moet men erover waken dat programma's die beweren 'geïndividualiseerde zorg' te bieden dit ook daadwerkelijk doen. Beleidsmakers en financierders moeten bovendien informatie krijgen over de kosten en de effectiviteit.

Procedures

De voorwaarden van Walker en collega's (2003) zijn door het National Wraparound Initiative verder uitgewerkt in procedures voor het Wraparoundproces (Walker et al., 2004). Onderstaand wordt een overzicht gegeven van de fasen en activiteiten.

Tabel 2a: Fasen en activiteiten zorgproces

Fase 1: Overeenkomst en teamvoorbereiding	Fase 2: Zorgplanontwikkeling
<i>(1) Het gezin en de jongere oriënteren</i> - Korte, jargonvrije uitleg - Wettelijke en ethische zaken <i>(2) Crisissen stabiliseren</i> - Directe crisiszorgen? - Informatie over onmiddellijke of potentiële crisissen - Onmiddellijke actie nodig: actieplan <i>(3) Gesprek met het gezin en de jongere</i> - Sterktes, noden, cultuur en visie van het gezin - Samenvatten in een document <i>(4) Andere teamleden uitnodigen</i> <i>(5) Logistiek</i>	<i>(1) Een eerste zorgplan ontwikkelen</i> - Basisregels bepalen - Sterktes beschrijven - Overkoepelend doel vooropstellen - Noden, doelstellingen en prioriteiten hierbinnen beschrijven - Geassocieerde uitkomsten en indicatoren voor de vooropgestelde doelen bepalen - Strategieën selecteren - Actiestappen toewijzen <i>(2) Crisisplan ontwikkelen</i> - Potentiële risico's bepalen - Een crisisresponsplan opstellen <i>(3) Zorgen voor logistiek en informatieverspreiding</i>
Fase 3: Implementatie van het zorgplan	Fase 4: Overgang
<i>(1) Implementeren van het zorgplan</i> - Actiestappen voor elke strategie - Vooruitgang opvolgen - Succes van de strategieën evalueren - Successen erkennen <i>(2) Het zorgplan herbekijken en eventueel aanpassen</i> - Indien nodig, nadenken over nieuwe strategieën <i>(3) Samenhang en vertrouwen binnen het team opbouwen</i> - De tevredenheid van de teamleden opvolgen <i>(4) Logistiek en informatieverspreiding</i>	<i>(1) Het afbouwen van formele Wraparound</i> - Een overgangsplan opstellen - Een crisismanagementplan opmaken <i>(2) Afsluitingsactiviteiten plannen en implementeren</i> <i>(3) Follow-up</i>

Uitkomsten

Wraparound is een evidence-based proces (<http://www.oregon.gov/DHS/mentalhealth/ebp/practices.shtml>, 2008). Suter en Bruns (2008) geven een overzicht van 36 effectiviteitsstudies overheen de periode 1986 tot 2008. De studies evalueerden interventies die het Wraparound proces volgden bij kinderen en jongeren tussen de 5 en 22 jaar met ernstige emotionele en gedragsproblemen. De resultaten tonen het potentieel aan van Wraparound om een positieve impact op kinderen/jongeren en hun gezinnen te verkrijgen.

Wanneer Wraparound kan geïmplementeerd worden zoals hierboven beschreven, bekomt men bemoedigende resultaten. Goed teamwerk en flexibele fondsen leiden namelijk tot verhoogde creativiteit, betere zorgplannen en een betere match tussen de noden van het kind/de jongere en de aangeboden diensten, wat op zijn beurt een grotere relevantie voor en minder drop-out bij de gezinnen betekent. Er wordt meer engagement bij de betrokken gezinnen bereikt. Door de nauwe betrokkenheid doorheen het hele proces, verhoogt bovendien de zelfredzaamheid van het gezin. Het feit dat er geïndividualiseerd wordt gewerkt en de nadruk wordt gelegd op sterktes, verhoogt de competentie en aanvaardbaarheid. De focus op het vooropstellen van doelen en het meten van uitkomsten geeft aanleiding tot effectievere zorgplannen en leidt ertoe dat meer problemen opgelost geraken (Bruns, 2009).

Samenvatting

Binnen de jeugdhulp in Vlaanderen is er een groeiende vraag naar meer en vooral doelmatige samenwerking. Deze nood is het hoogst voor de hulpverlening aan kinderen en jongeren met een complexe problematiek. Omwille van de noden op verschillende domeinen, ontvangt deze groep hulp vanuit verscheidene diensten en sectoren, wat coördinatie en integratie van zorg noodzakelijk maakt. Via een samenwerkingsverband tussen de betrokken hulpverleners, de ouders, het kind/de jongere en andere steunfiguren hoopt men dit te bereiken.

De Systems of Care filosofie en de concretisering ervan binnen de Wraparound benadering bieden een geschikt samenwerkingsmodel. Kinderen, jongeren en hun ouders worden hierbij als volwaardige partners gezien. De noden, sterktes en culturele waarden van het gezin staan voorop. Hierbij wordt uitgegaan van het geloof dat kinderen, jongeren en ouders de mogelijkheid en de wens hebben om positieve veranderingen te bekomen en dat de gemeenschap kan betrokken worden om deze veranderingen te ondersteunen.

Literatuur

Allen, R.I., & Petr, C.G. (1998). Rethinking family-centered practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 196-204.

Andrew, M., Farhall, J., Ong, B., & Waddell, F. (2009). Perceptions of mental health professionals and family caregivers about their collaborative relationships: A factor analytic study. *Australian Psychologist*, 44(2), 94-104.

Bruns, E.J. (2009). The Wraparound Process for youth with complex needs and their families. Powerpoint presented to MST Network Partners.

Bruns, E., Suter, J., Burchard, J.D., & Leverentz-Brady, K. (2004). A national portrait of wraparound implementation: Findings from the Wraparound Fidelity Index. In C.C. Newman, C.J. Liberton, K. Kutash, & R.M. Friedman (Eds.), *The 16th annual research conference proceedings: A system of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base*. (pp. 281-286). Tampa, FL: University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The Research and Training Center on Children's Mental Health.

Bruns, E. J., Suter, J. C., & Leverentz-Brady, K. M. (2006). Relations Between Program and System Variables and Fidelity to the Wraparound Process for Children and Families. *Psychiatric Services*, 57(11), 1586-1593.

Burchard, J.D., Bruns, E.J., & Burchard, S.N. (2002). The wraparound approach. In B.J. Burns & K. Hoagwood (Eds.), *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioural disorders* (pp. 69-90). New York: Oxford University Press.

Carter, B., Cummings, J., & Cooper, L. (2007). An exploration of best practice in multi-agency working and the experiences of families of children with complex health needs. What works well and what needs to be done to improve practice for the future? *Journal of Clinical Nursing*, 16, 527-539.

Edgley, A., & Avis, M. (2007). The perception of statutory service providers of a local Sure Start program: a shared agenda? *Health and Social care in the Community*, 15(4), 379-386.

Farmer, E.M.Z. (2000). Issues Confronting Effective Services in Systems of Care. *Children and Youth Services Review*, 22(8), 627-650.

Faw, L. (1999). The State Wraparound Survey. In B.J. Burns & S.K. Goldman (Eds.), *Systems of care: Promising practices in children's mental health, 1998 series: Volume IV. Promising practices in wraparound for children with severe emotional disorders and their families* (pp. 79-83). Washington, DC: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institutes for Research.

Ferguson, C. (2007). Wraparound: Definition, context for development, and emergence of child welfare. *Journal of Public Child Welfare*, 1(2), 91-110.

Goldman, S.K. (1999). The Conceptual Framework for wraparound. In B.J. Burns & S.K. Goldman (Eds.), *Systems of care: Promising practices in children's mental health, 1998 series: Volume IV. Promising practices in wraparound for children with severe emotional disorders and their families* (pp. 27-34). Washington, DC: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institutes for Research.

Graves, K.N., & Shelton, T.L. (2007). Family Empowerment as a Mediator between Family-Centered Systems of Care and Changes in Child Functioning: Identifying an Important Mechanism of Change. *Journal Child and Family Studies*, 16, 556-566.

Huffine, C. (2002). Current trends in the community treatment of seriously emotionally disturbed youth. *Psychiatric Services*, 53(7), 809-811.

Janssens, A., & Deboutte, D. (2007). *Even Bijpass-en. Over de samenwerking Bijzondere Jeugdbijstand en Kinder-en Jeugdpsychiatrie*. Antwerp, Belgium: Acco.

Mitcheson, J., & Cowley, S. (2003). Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 413-426.

Pumariega, A. J., & Winters, N. C. (2003). *The Handbook of Child and Adolescent Systems of Care*. San Fransisco, Jossey-Bass.

Saleebey, D. (1996). The Strengths Perspective in Social Work Practice: Extensions and Cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305.

Stambaugh, L.F., Mustillo, S.A., Burns, B.J., Stephens, R.L., Baxter, B., Edwards, D., & DeKraai, M. (2007). Outcomes From Wraparound and Multisystemic Therapy in a Center for Mental Health Services System-of-Care Demonstration Site. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(3), 143-155.

Stroul, B. (2002). *Systems of care – A framework for system reform in children’s mental health* (Issue brief). Washington, DC: National Technical Assistance Center for Children’s Mental Health.

Stroul, B, & Friedman, R. (1986). *A systems of care for children and youth with severe emotional disturbances* (Rev.ed.). Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Children’s Mental Health.

Stroul, B., & Friedman, R. (1996). The system of care concept and philosophy. In B. Stroul (Ed.), *Children’s mental health. Creating systems of care in a changing society*. (pp. 1-22). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

Suter, J., & Bruns, E.J. (2008). A narrative review of wraparound outcome studies. In E.J. Bruns & J.S. Walker (Eds.), *The resource guide to wraparound*. Portland, OR: National Wraparound Initiative, Research and Training Center for Family Support and Children’s Mental Health.

Walker, J. S., Bruns, E.J., VanDenberg, J.D., Rast, J., Osher, T.W., Koroloff, N., Miles, P., & Adams, J. (2004). *Phases and Activities of the Wraparound Process*. Portland, Ore, National Wraparound Initiative, Regional Research Institute, Portland State University.

Walker J.S., Koroloff N., & Schutte K. (2003). *Implementing high-quality collaborative Individualized Service/Support Planning: Necessary conditions*. Portland: Portland State University.

Walker, J. S., & Schutte, K. M. (2004). Practice and Process in Wraparound Teamwork. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(3), 182-192.

Addictions and Mental Health services (2008). Evidence-Based Practice Inventory.

Geraadpleegd op 10/04/2010, van

<http://www.oregon.gov/DHS/mentalhealth/ebp/practices.shtml>.

Hoofdstuk 3: Gegevens aangemelde kinderen en jongeren

De gegevens overheen de twee fases zullen naast elkaar worden weergegeven. Fase 1 betreft de periode april 2007 – februari 2008 en fase 2 betreft de periode oktober 2008 – februari 2011.

3.1. Aanmeldingsgegevens

○ *Aanmeldingsredenen*

Op het aanmeldingsformulier wordt er gevraagd naar de aanmeldingsredenen, zowel wat betreft de problematiek van het kind/de jongere als de problematiek van de context. Deze aanmeldingsredenen(en) wordt door de aanmelders uitgeschreven.

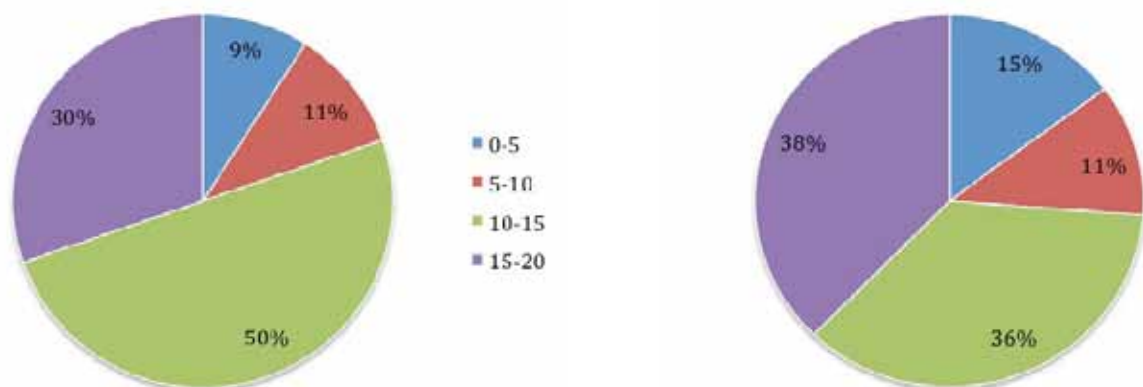
De gegevens uit fase 2 komen overeen met de aanmeldingsredenen in het eerste onderzoek (Van Dongen, & Deboutte, 2009). Er worden zowel moeilijkheden op de verschillende levensdomeinen als in de context van het kind/de jongere gerapporteerd. Er wordt bij de meerderheid van de kinderen/jongeren een aandoening of stoornis en problematisch gedrag gerapporteerd. Daarnaast worden er problemen op school en moeilijkheden in verband met de hulpverlening aangegeven. In verband met de context worden volgende moeilijkheden opgegeven: de gezinssamenstelling, beperkte pedagogische mogelijkheden, agressie binnen het gezin, traumatische ervaringen, aanwezige problematiek bij de ouder(s).

○ *Gegevens kind/jongere*

In fase 1 werden er 45 jongens en 21 meisjes aangemeld. De jongeren hadden een leeftijd variërend van 2 tot 19 jaar. De gemiddelde leeftijd was 13 jaar.

Van de 62 aangemelde jongeren in fase 2 zijn er 42 jongens en 20 meisjes. Deze jongeren hebben een leeftijd variërend van 0 tot 17 jaar. De gemiddelde leeftijd is 12,5 jaar. Figuur 3a geeft een overzicht van het aantal aanmeldingen per leeftijd.

Figuur 3a: Aantal aanmeldingen per leeftijd (Fase 1, links: N=66; Fase 2, rechts: N=61)



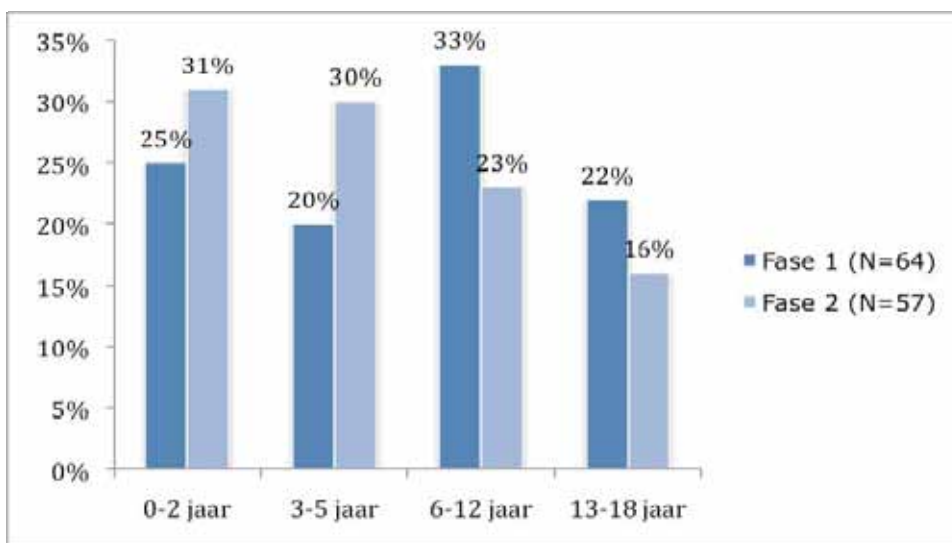
3.2. Hulpverleningsgeschiedenis

○ *Ontwikkelingsfase eerste maal in contact met hulpverlening*

In figuur 3b wordt het aantal jongeren dat in een bepaalde ontwikkelingsfase voor de eerste maal in contact komt met hulpverlening weergegeven.

In de eerste fase van het project kwam 45% van kinderen of jongeren in contact met hulpverlening voor ze de leeftijd van 6 jaar bereikten. In de tweede fase gaat dit zelfs om 60%. De grote meerderheid van de kinderen of jongeren ontvangt hulp voor de leeftijd van 13 jaar. Dit blijkt zowel uit de gegevens van fase 1 als de gegevens van fase 2.

Figuur 3b: Ontwikkelingsfase eerste maal in contact met hulpverlening

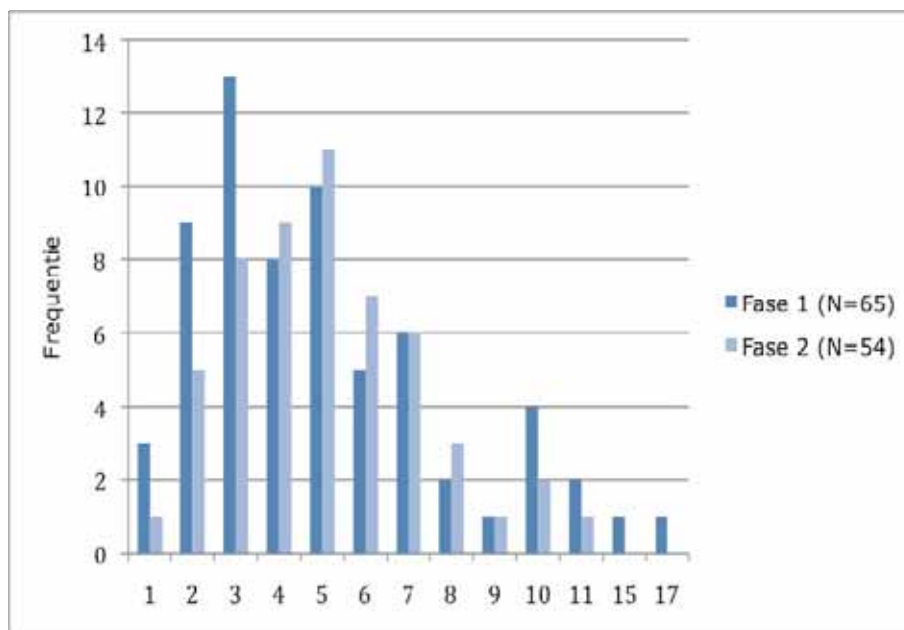


○ *Aantal begeleidingsinstanties*

Onderstaande figuren geven een overzicht van het aantal instanties vanuit de verschillende sectoren waardoor de kinderen of jongeren begeleid werden.

Figuur 3c geeft het aantal begeleidingsinstanties overheen de sectoren weer. De resultaten van fase 1 en 2 gaan in dezelfde richting. Meer dan de helft van de kinderen/jongeren werd tot op heden reeds begeleid door vier of meer begeleidingsinstanties.

Figuur 3c: Aantal begeleidingsinstanties over de sectoren heen



Figuren 3d tot en met 3h geven een overzicht van het aantal begeleidingsinstanties voor elk van de sectoren afzonderlijk.

Ongeveer de helft van de aangemelde kinderen of jongeren heeft één of twee begeleidingen vanuit BJB achter de rug. Deze gegevens gelden zowel voor fase 1 als voor fase 2. In fase 1 heeft zelfs 12% van de kinderen/jongeren vier of meer begeleidingen gehad en in fase 2 gaat dit om 7,5%.

Bijna een vierde van de jongeren is minstens één keer geplaatst geweest in de gemeenschapsinstelling.

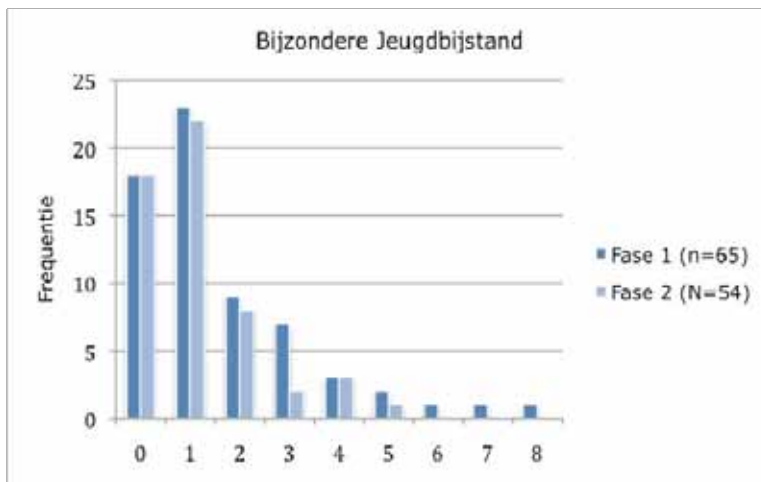
In fase 1 heeft 14% van de kinderen of jongeren binnen het VAPH meer dan twee begeleidingsinstanties gehad en in fase 2 15%.

Vanuit GGZ kreeg in fase 1 34% van de kinderen/jongeren nooit eerder hulp, in fase 2 is dit 26%. In fase 1 had 41% meer dan één contact met GGZ en in fase 2 gaat dit over 50%.

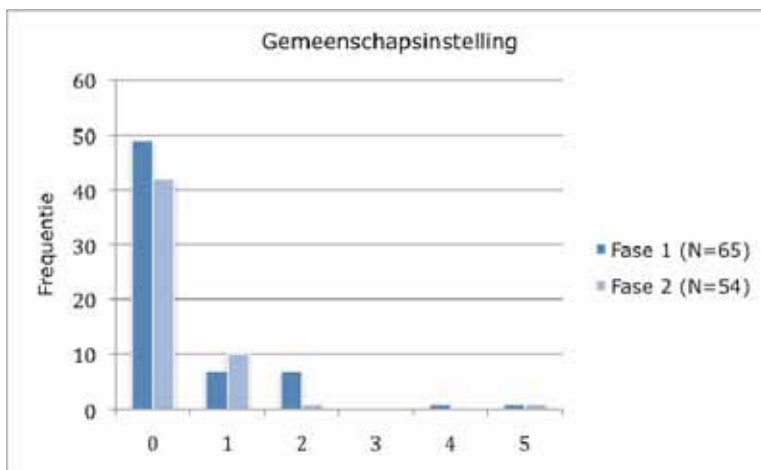
Kind en Gezin heeft 6% in fase 1 en 7,5% in fase 2 van de kinderen/jongeren meer dan één keer begeleid.

Enkel vanuit fase 2 zijn er gegevens omtrent de sectoren CLB en CAW. Ongeveer 30% van de kinderen/jongeren wordt begeleid of heeft begeleiding gehad vanuit het CLB. De betrokkenheid van AWW wordt in slechts drie gevallen aangehaald.

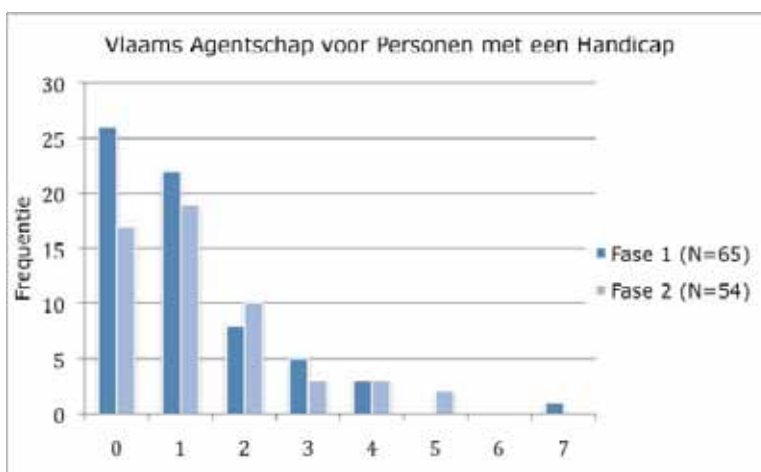
Figuur 3d: Aantal begeleidingsinstanties vanuit BJB



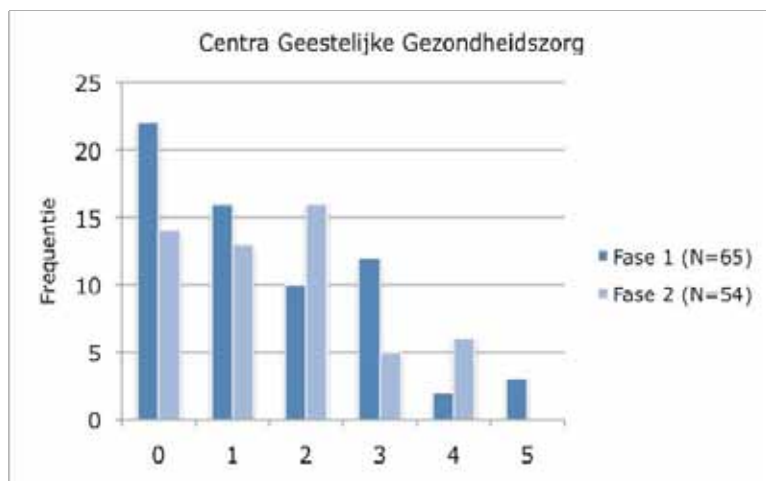
Figuur 3e: Aantal begeleidingsinstanties binnen de GI



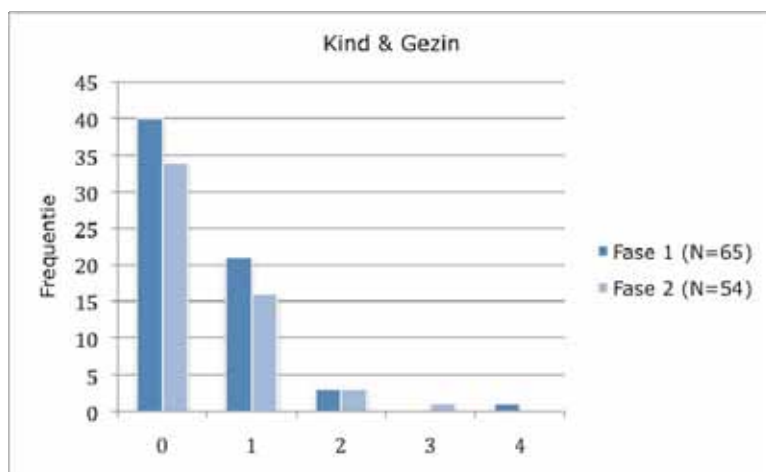
Figuur 3f: Aantal begeleidingsinstanties vanuit VAPH



Figuur 3g: Aantal begeleidingsinstanties vanuit GGZ



Figuur 3h: Aantal begeleidingsinstanties vanuit K&G



Tabel 3a geeft het percentage kinderen/jongeren weer dat hulpverlening heeft ontvangen vanuit de verschillende sectoren. In de eerste fase waren dit: BJB (waaronder ook de GI vallen), VAPH, GGZ en Kind en Gezin. In fase 2 komen daar de sectoren CLB en AWW bij. In fase 1 had 40% van de jongeren reeds uit drie of vier sectoren hulp ontvangen. In fase 2 heeft de meerderheid van de jongeren hulp ontvangen vanuit drie of meer sectoren.

Tabel 3a: Aantal sectoren van waaruit jongeren hulpverlening (hebben) ontvangen.

	1 sector	2 sectoren	3 sectoren	4 sectoren	5 sectoren
Fase 1 (N=65)	9 (13,8%)	30 (46,2%)	19 (29,2%)	7 (10,8%)	/
Fase 2 (N=54)	6 (11,1%)	14 (20%)	20 (28,6%)	12 (22,2%)	2 (3,7%)

3.3. Schoolcarrière

In fase 1 ging meer dan 40% van de jongeren (N=65) niet naar school toen de aanmelding voor een netwerktafel werd gedaan. In fase 2 gaat 33% van de kinderen/ jongeren (N=46) momenteel niet naar school.

Uit onderstaande tabel 3b blijkt dat de meerderheid van de kinderen/ jongeren school loopt in het buitengewoon onderwijs (zowel in het lager als het secundair onderwijs).

Tabel 3b: Schoolcarrière

	Lager onderwijs		Secundair onderwijs	
	<i>Fase 1 (N=49)</i>	<i>Fase 2 (N=42)</i>	<i>Fase 1 (N=43)</i>	<i>Fase 2 (N=33)</i>
Gewoon onderwijs	15 (30,6%)	14 (33,3%)	15 (34,9%)	10 (30,3%)
Buitengewoon onderwijs	34 (69,4%)	28 (66,7%)	28 (65,1%)	23 (69,7%)

3.4. Gezinsgegevens

In verband met de gezinsgegevens zullen enkel de resultaten uit fase 2 meegegeven worden. Indien deze afwijken van de resultaten uit fase 1, zullen ze naast elkaar worden gezet.

De gemiddelde leeftijd van vader (N=25) is 43 jaar en van moeder (N=36) 41 jaar. 41% van de moeders (N=41) is alleenstaand, in een kwart van de situaties heeft moeder een nieuwe partner. In 24,4% van de gevallen is moeder gehuwd of samenwonend met de vader van de jongere. Vader (N=33) is in 24% van de gevallen alleenstaand en heeft in een derde van de situaties een nieuwe partner. 33% van de vaders is gehuwd of samenwonend met de moeder van de jongere.

Het gemiddeld aantal kinderen van zowel moeder (N=44) als vader (N=30) is 3. In fase 1 was er in meer dan de helft van de gevallen eveneens hulpverlening voor de andere kinderen van moeder (N=54). In fase 2 is dit in 72% van de aangemelde gezinnen het geval (N=26/36). Bij vader (N=43) was er in fase 1 in 48,8% van de gevallen tevens hulpverlening voor de andere kinderen. In fase 2 is dit bij 62,5% (N=15/24).

Moeder (N=41) heeft in de helft van de situaties meer dan één keer per week contact met het kind/de jongere. In fase 1 had 6,7% van de moeders (N=60) geen contact meer met het kind/de jongere. In fase 2 gaat dit zelfs om 12%. Vader (N=36) heeft in 44% van de gevallen meer dan één keer per week contact met het kind, de jongere. In 38,2%

van de situaties was er in fase 1 geen contact meer met vader. In fase 2 is er met 25% van de vaders geen contact meer.

3.5. Aanwezigheid van psychopathologie bij de aanmelding

De SDQ, vertaald als Sterke Kanten en Moeilijkheden, is een korte gedragsvragenlijst voor kinderen en jongeren van 3 tot 16 jaar. Deze vragenlijst meet de aanwezigheid van psychopathologie bij het kind/de jongere. De SDQ bestaat uit 25 items, die verdeeld zijn over vijf schalen (Emotionele problemen, Gedragsproblemen, Hyperactiviteit, Problemen in de omgang met leeftijdsgenoten en Prosociaal gedrag). De 25 items zijn geformuleerd aan de hand van stellingen en hebben betrekking op de afgelopen zes maanden. De antwoorden worden gescoord op een 3-puntsschaal ('niet waar', 'beetje waar', 'zeker waar').

We hebben gebruik gemaakt van de SDQ ouderversie voor de ouders en de hulpverleners voor de 3 tot 16-jarigen (Goodman, 1997). Voor de jongeren van 11-16 jaar gebruikten we een zelfrapporterende versie (Goodman, Meltzer, & Baily, 1998). De uitgebreide versie van de SDQ bevat ook een 'Impact Supplement', waarbij respondenten kunnen aangeven of er volgens hen significante moeilijkheden aanwezig zijn en in welke mate deze moeilijkheden een impact hebben op het dagelijkse leven (Goodman, 1999).

Een 'problematische' score betekent ernstig problematisch gedrag en een verhoogde kans op de aanwezigheid van psychopathologie (Verpraet, Janssens, & Deboutte, 2011).

In fase 2 werd van 46 kinderen en jongeren de SDQ ingevuld door de ouder(s). Een problematische totaalscore wordt door 85% van de ouders en 47% van de kinderen/jongeren (N=30) aangegeven. Deze gegevens komen grotendeels overeen met fase 1, waar een problematische totaalscore door 83,3% van de ouders (N=42), 75% van de begeleiding (N=9) en 55% van de jongeren (N=40) werd aangegeven.

Met betrekking tot de subschalen van de SDQ zijn de resultaten van fase 1 en fase 2 vergelijkbaar. Door de meerderheid van de ouders (N=46) wordt op alle schalen behalve sociaal gedrag een problematische score gegeven. De jongeren (N=32) scoren zichzelf veel minder problematisch. In ongeveer de helft van de gevallen hebben zij een gemiddelde score op de verschillende subschalen.

Bij de impactscores zien we vergelijkbare resultaten. De ouders (N=44) geven in meer dan 80% van de gevallen een zeer verhoogde impactscore weer. Dit komt overeen met de resultaten uit fase 1. Jongeren (N=32) daarentegen geven slechts in 41% van de

gevallen een zeer verhoogde impactscore weer. In fase 1 was dit in 55% van de gevallen.

3.6. Houding ten aanzien van hulpverlening

Aan de hand van een clustering van een aantal vragen uit het Instrument ter bepaling van het Zorgniveau voor Kinderen en Adolescenten (IZIKA, Uvin, Naessens, & Deboutte, 2007) werd bij de aanmelder gepeild naar de aanvaarding en het engagement van zowel de ouder(s) en/of primaire verzorgingsfiguur(en) als van de jongere ten aanzien van hulpverlening.

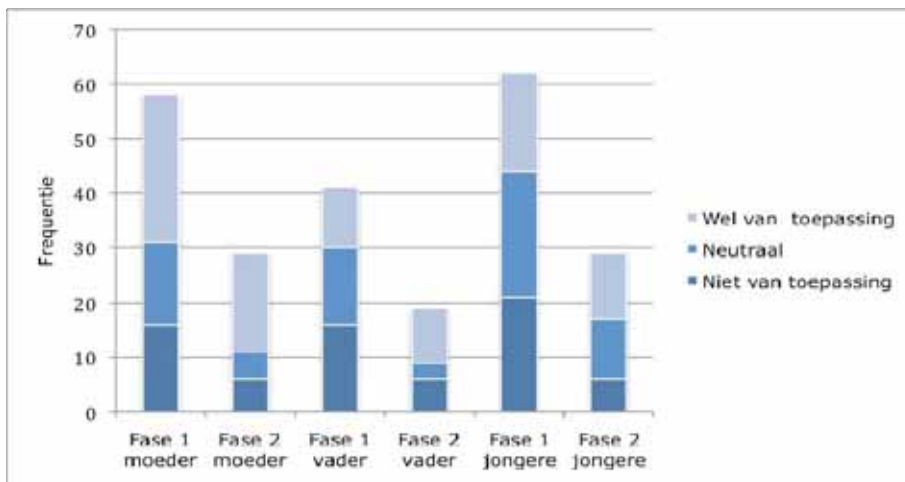
Op een schaal van 1 tot en met 5 gaven ze aan in welke mate de volgende uitspraken van toepassing waren op het kind/de jongere en de ouders (1=helemaal niet van toepassing, 5=ten zeerste van toepassing).

Onderstaande vragen werden beantwoord door de aanmelder:

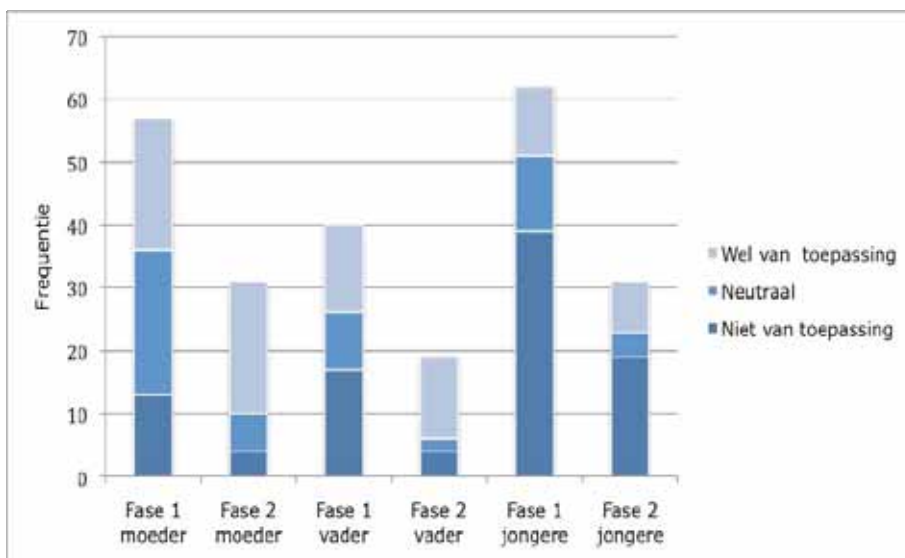
1. Gaat een positieve therapeutische relatie aan met klinici en andere hulpverleners.
2. Is in staat om zelf de problemen te omschrijven (jongere) / Is in staat om samen met de clinicus de problematiek te omschrijven (ouder).
3. Aanvaardt de omschrijving van het probleem door anderen en de gevolgen ervan (jongere) / Is in staat om tot een gemeenschappelijke definitie van de ontwikkeling, instandhouding of gevolgen van het probleem te komen (ouder).
4. Aanvaardt de leeftijdsadequate verantwoordelijkheid voor gedrag dat het probleem veroorzaakt en/of verergert (jongere) / Is ontvankelijk voor en zich bewust van de manier waarop hij/zij een bijdrage kan leveren aan het herstel van zijn/haar kind (ouder).
5. Neemt actief deel aan het behandelplan en werkt mee aan de behandeling (jongere) / Werkt actief mee aan het opstellen van het behandelplan en de behandeling.

In fase 1 scoorden hulpverleners de aanvaarding en het engagement van de jongere en de ouder(s) ten aanzien van hulpverlening eerder laag. In de tweede fase liggen deze scores vooral voor de ouders heel wat positiever. Figuren 3i, 3j en 3k geven de vragen weer die het meest in positieve zin zijn toegenomen. Een bedenking die hierbij moet gemaakt worden is dat we in fase 2 maar ongeveer de helft respondenten hebben in vergelijking met fase 1.

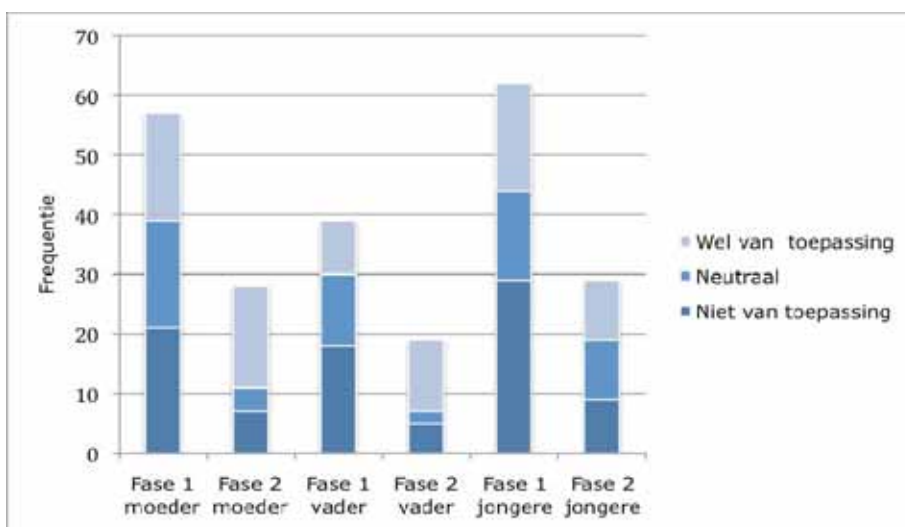
Figuur 3i: Positieve therapeutische relatie



Figuur 3j: Problematiek omschrijven



Figuur 3k: Actieve deelname behandeling



Samenvatting

De aanmeldingsgegevens uit fase 1 en 2 zijn in grote lijnen vergelijkbaar. De aanmeldingsredenen situeren zich op de verschillende levensdomeinen van het kind of de jongere. Er worden in fase 2 iets meer jongere kinderen in de leeftijdsfase 0-5 jaar aangemeld. Wat de hulpverleningsgeschiedenis betreft, zien we dat deze kinderen/jongeren al op jonge leeftijd in contact komen met hulpverlening en dat ze tot op heden al heel wat begeleidingen vanuit de verschillende sectoren achter de rug hebben. Een groot percentage van deze kinderen/jongeren gaat bovendien niet naar school. Ouders geven een grote aanwezigheid van psychopathologie aan bij de aangemelde kinderen/jongeren. De jongeren scoorden zichzelf daarentegen minder problematisch. In de tweede fase wordt de houding en het engagement van de ouders ten aanzien van hulpverlening positiever ingeschat in vergelijking met de eerste fase van het project.

Literatuur

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.

Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.

Goodman, R., Meltzer, H., & Baily, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.

Uvin, K., Naessens, B., & Deboutte, D. (2007). *Instrument ter bepaling van de Zorgintensiteit voor Kinderen en Adolescenten - IZIKA: Piloottversie (Child and Adolescent Service Intensity Instrument – CASII)*. Wilrijk: Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Youth Mental Health.

Van Dongen, T., & Deboutte, D. (2009). *Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Youth Mental Health.

Verpraet, A., Janssens, A., & Deboutte, D. (2011). De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) bij Vlaamse jongeren van 11 tot 18 jaar. Normgegevens en verdere evidentie voor de betrouwbaarheid binnen een bevolkingsgroep. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 36(1), 30-43.

Hoofdstuk 4: Protocol en resultaten netwerktafels

4.1. Het protocol van de netwerktafels

De netwerktafels worden georganiseerd volgens een vast protocol, gebaseerd op het praktijkmodel in hoofdstuk 2.

4.1.1. Aanmelden

Aanmelden voor een netwerktafel kan door het ingevulde aanmeldingsformulier terug te bezorgen aan de stafmedewerker IJH. De nodige documenten zijn terug te vinden op de website: www.jeugdhulp.be, regio Antwerpen, onder de knop cliëntoverleg.

De stafmedewerker IJH beslist in overleg met de voorzitter over de ontvankelijkheid van een dossier. Indien een dossier ontvankelijk wordt verklaard, neemt de voorzitter vervolgens contact op met de aanmelder om voorbereidingen te treffen en concreet afspraken te maken omtrent de planning van de netwerktafel.

Indien een aanmelding niet ontvankelijk wordt verklaard, wordt er een alternatief voorgesteld.

De volgende voorwaarden worden gesteld voor de organisatie van een netwerktafel:

- De cliënt is woonachtig in de provincie Antwerpen.
- De aanmelder heeft de gevraagde gegevens aangeleverd, door het invullen van:
 - o Een vragenlijst die door de onderzoeksgroep werd opgesteld
 - o Sterke Kanten en Moeilijkheden Ouders en
 - o Sterke Kanten en Moeilijkheden Jongere (vanaf 11 jaar).
- Er is toestemming van de ouder(s) of de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de minderjarige en van de jongere zelf indien deze 12 jaar of ouder is.

Verder wordt er gekeken of de aanmeldingsvraag past binnen de doelstellingen van een netwerktafel.

4.1.2. Vorbereiding

Vorbereidend gesprek

In een vorbereidend gesprek tussen het kind, de jongere, de ouders en de aanmelder wordt er duidelijke informatie verschaft over de doelstellingen en het verloop van het project, de mogelijkheid tot participatie en de wetenschappelijke evaluatie. Hierbij wordt een inlichtingen- en toestemmingsformulier (zie bijlage 1) gebruikt. Voor de start van het eerste overleg moet de schriftelijke toestemming van de ouders en de jongere vanaf 12

jaar er zijn. Voorts worden tijdens de voorbereiding de sterktes, noden (eventuele crisiszorgen) en culturele waarden in kaart gebracht. Er wordt geïnventariseerd wie men wil uitnodigen en wie of wat in het verleden heeft geholpen of nu helpt. Op basis daarvan wordt het geïndividualiseerd team samengesteld.

Aan de hand van een voorbereidend document wordt er op volgende vragen een antwoord geformuleerd:

- Wie wordt er uitgenodigd op de netwerktafel?
- Wat zijn de sterktes van de ouders en de jongere?
- Wat zijn de moeilijkheden volgens de ouders en de jongere?
- Wat zijn mogelijke oplossingen volgens de ouders en de jongere?
- Wie/wat heeft het gezin geholpen of helpt nu?

Dit document kan vervolgens meegebracht worden naar de netwerktafel en een ondersteuning zijn voor het kind, de jongere en de ouders.

Team samenstellen

Na het voorbereidend gesprek communiceert de aanmelder met de voorzitter om het overleg te plannen en door te geven wie er zal deelnemen en welke leden van de vaste groep uitgenodigd moeten worden.

Het overleg bestaat uit volgende deelnemers:

- de aanmelder
- de jongere en zijn ouders
- andere betrokkenen op uitnodiging
- een vaste groep deskundigen (max. drie deskundigen per overleg)
- een externe voorzitter

De vaste groep deskundigen heeft een ondersteunende en begeleidende rol. Deze groep bestaat in de eerste plaats uit mensen met een openheid en bereidheid om na te denken over mogelijke oplossingen voor het kind of de jongere, dit vanuit de eigen expertise. Het overleg wordt voorbereid en voorgezeten door een externe, onafhankelijke voorzitter. Deze persoon is niet betrokken bij de hulpverlening aan de betreffende jongere.

Netwerktafel plannen

Na deze voorbereidingen kan de eerste netwerktafel gepland worden. Het verloop van het overleg staat uitgeschreven in een draaiboek dat de aanmelder vooraf ontvangt. Het draaiboek schetst welke stappen er volgen, wie welke taken heeft en het wettelijke kader waarbinnen het overleg plaatsvindt en informatie uitgewisseld kan worden. (*Het draaiboek is terug te vinden op: www.ua.ac.be/capri, doorklikken naar projects, child and adolescent psychiatry*)

4.1.3. Zorgplanontwikkeling

Een eerste zorgplan ontwikkelen

Om een eerste zorgplan op te stellen wordt een planningsproces met identificeerbare stappen gevolgd (zie hoofdstuk 2: Theoretisch kader). Meerdere perspectieven worden bekeken en het plan bouwt voort op vertrouwen en een gedeelde visie tussen de teamleden. De wraparound principes vormen hierbij de leidraad.

Hieronder de verschillende stappen van een netwerktafel:

- Voorstellingsronde.
De deelnemers verduidelijken hun positie en hoedanigheid van deelname.
- De voorzitter leidt de netwerktafel in:
 - Bij de start van het overleg worden de basisregels (zoals onder andere de gebondenheid aan het beroepsgeheim) opnieuw overlopen en wordt een aanwezigheidsformulier ter ondertekening voorgelegd dat de deelnemers hierop wijst. Het aanwezigheidsformulier wordt bewaard door de voorzitter.
 - Daarnaast wordt de doelstelling van het overleg verduidelijkt.
- Tijdens het overleg worden de voorwaarden gecreëerd voor het geïndividualiseerde zorgteam en zorgplan. Hierbij wordt prioriteit gegeven aan de perspectieven van de jongere en zijn gezin (Walker & Schutte, 2004).
 - De *sterktes* van het kind, de jongere, de ouders worden in kaart gebracht.
 - De *noden/moeilijkheden* van het kind, de jongere, de ouders worden duidelijk omschreven, alsook de hiërarchie hierbinnen.
 - Er worden vervolgens door alle teamleden, inclusief ouders en kind/jongere, oplossingen voorgesteld. Er worden eveneens *acties* voorgesteld om aan die noden tegemoet te komen.
 - De jongere en de ouders geven mogelijke oplossingen aan.
 - De deelnemers brainstormen over oplossingen.
 - Er wordt een rangorde gegeven aan de voorgestelde oplossingen.
 - Het kind, de jongere, de ouders geven aan *wie/wat heeft geholpen of nu helpt*.
 - Er wordt een *zorgplan* opgesteld met duidelijke afspraken omtrent wie welke taken op zich neemt (wie doet wat tegen wanneer?).
 - Indien nodig worden er afspraken gemaakt 'wat te doen bij crisis'?

Samenstelling zorgteam

Om het zorgplan uit te voeren wordt er tijdens de netwerktafel samen bekeken wie er deel kan uitmaken van het zorgteam. Daarnaast wordt er een hulpcoördinator gekozen die instaat voor de verdere opvolging van de geplande acties.

Verslaggeving

Alle beslissingen worden genoteerd, gecontroleerd en goedgekeurd. Het zorgplan wordt door de voorzitter schriftelijk vastgelegd en bezorgd aan alle aanwezigen. Indien het gezin niet aanwezig is, wordt er afgesproken wie hen over het overleg zal informeren.

Na deze eerste bijeenkomst moet de aangestelde hulpcoördinator zorgen voor een goede communicatie en coördinatie tussen de leden van het zorgteam.

Onderzoeksinstrumenten

In het kader van de wetenschappelijke evaluatie wordt voorafgaand aan de netwerktafel aan de ouders gevraagd om de 'Opvoedingsschaal' in te vullen (Arnold, O'Leary, Wolff, & Acker, 1993). Aan de vaste groep deskundigen wordt gevraagd het 'Instrument ter bepaling van de Zorg Intensiteit voor Kinderen en Adolescenten' (IZIKA) in te vullen. De IZIKA kan mee advies geven omtrent het nodige zorgniveau (Fallon, ea, 2006; vertaling Uvin, Naessens, & Deboutte, 2007). Hiervoor wordt de informatie verkregen via het aanmeldingsformulier, geanonimiseerd overgemaakt aan de leden van de vaste groep. Daarenboven krijgt de vaste groep informatie van de aanwezige hulpverleners. De invulling van de Opvoedingsschaal door de ouders en de IZIKA door de vaste groep gebeurt afzonderlijk.

4.1.4. Implementatie van het zorgplan

Implementeren van het zorgplan

De acties worden uitgewerkt en ieder voert uit waarvoor zij/hij verantwoordelijk is. De vooruitgang of voltooiing van deze actiestappen uit het zorgplan wordt opgevolgd door de hulpcoördinator. De verstrekte hulp wordt regelmatig getoetst aan de geïdentificeerde noden en zonodig bijgestuurd. Het zorgteam kan op regelmatige basis door de hulpcoördinator samengeroepen worden.

Het zorgplan herbekijken en eventueel aanpassen

Aan de hand van drie evaluatiemomenten wordt nagegaan in welke mate het zorgplan dat tijdens de netwerktafel opgesteld werd, wordt geïmplementeerd.

4.1.5. Evaluatie

Evaluatiemoment 1: Na drie maanden (facultatief)

Drie maanden na de zorgplanontwikkeling is er formeel een eerste evaluatiemoment dat door de externe voorzitter wordt gepland. De ouder(s), de jongere (vanaf 12 jaar) en de hulpcoördinator worden bevraagd over het verloop van het zorgplan. Er wordt gepeild naar de uitvoering, de eventueel aangebrachte wijzigingen door het zorgteam, de reeds bereikte resultaten bij het kind, de jongere en/of in het gezin, de tevredenheid en de eventuele nood om met alle leden van het aanvankelijke overleg opnieuw samen te komen om een nieuw zorgplan op te stellen.

Evaluatiemoment 2: Na zes maanden

Na zes maanden wordt het zorgplan opnieuw geëvalueerd aan de hand van de invulling van de SDQ Ouders en de Opvoedingsschaal door de ouders en de SDQ Jongere door de jongere vanaf 11 jaar.

Evaluatiemoment 3: Na twaalf maanden

Een jaar na de eerste netwerktafel vindt de definitieve evaluatie plaats: de leden van de netwerktafel komen terug samen.

De IZIKA wordt ingevuld door de vaste groep deskundigen om het zorgniveau opnieuw te bepalen. Aan de ouders en de jongere vanaf 11 jaar wordt gevraagd om opnieuw de SDQ Ouders, de Opvoedingsschaal en SDQ Jongere in te vullen.

Volgende thema's komen aan bod:

- Hoe wordt de uitvoering van het zorgplan(nen) beoordeeld?
- Wat is de huidige verblijfplaats van de jongere?
- Hoe ziet de hulpverleningsgeschiedenis er sinds de aanvang van het traject uit?
- Hoe is de tevredenheid over de samenwerking en de resultaten van de netwerktafel(s)?
- Tenslotte wordt er naar de toekomst gereflecteerd.

4.2. Gegevens netwerktafels

o Aantal

In fase 2 zijn er in totaal 53 netwerktafels doorgedaan voor 62 jongeren. In Antwerpen hebben 42, in Turnhout 9 en in Mechelen 2 netwerktafels plaatsgevonden. Voor een overzicht kan tabel 4a geraadpleegd worden. Tabel 4b geeft de verschillende sectoren weer waarvoor in fase 2 een netwerktafel is doorgedaan.

Tabel 4a: Overzicht aantal netwerktafels

	Antwerpen	Mechelen	Turnhout	Totaal
Fase 1	19	2	9	30
Fase 2	42	2	9	53

Tabel 4b: Aantal netwerktafels per sector voor fase 2

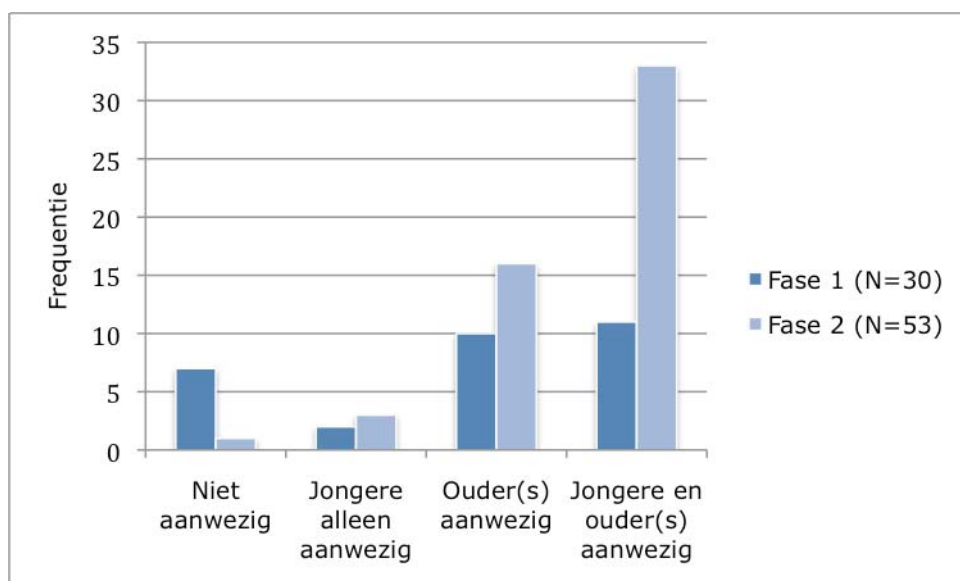
	Antwerpen	Mechelen	Turnhout	Totaal
BJB	0	0	1	1
CBJ	3	0	4	7
SDJ	15	1	1	17
GI	1	0	1	2
VAPH	8	0	1	9
KJPSY	8	0	0	8
KG	4	1	1	6
CLB	3	0	0	3
Totaal	42	2	9	53

○ Gegevens deelnemers

De gemiddelde leeftijd van de jongeren waarvoor een netwerktafel is doorgegaan is 12 jaar. De leeftijd van de jongeren varieert van 2 tot 17 jaar. Het gaat om 42 jongens en 20 meisjes.

Figuur 4a geeft de aanwezigheid van het kind, de jongere en de ouders tijdens de netwerktafel weer. In de eerste fase was er bij 7 netwerktafels niemand vanuit de context aanwezig. In de tweede fase deed dit zich nog slechts eenmalig voor. (Er was wel toestemming van moeder, maar zij kon niet aanwezig zijn omwille van zwangerschap.)

Figuur 4a: Aanwezigheid context tijdens de netwerktafel



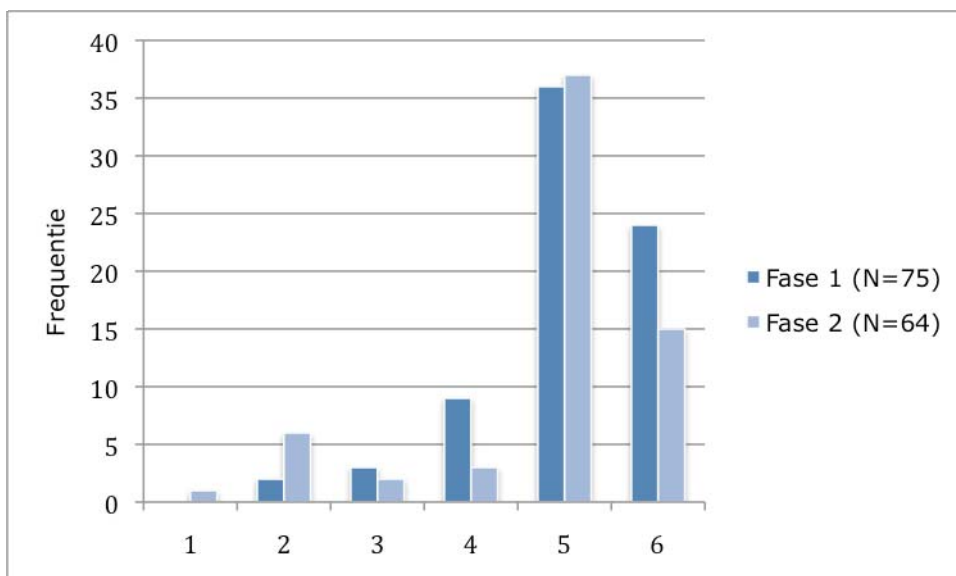
- Resultaten IZIKA

De CASII (Child and Adolescent Service Intensity Instrument; Fallon, ea, 2006), vertaald Instrument ter bepaling van de Zorg Intensiteit voor Kinderen en Adolescenten (IZIKA; Uvin, Naessens, & Deboutte, 2007), helpt bij het bepalen van het type en de intensiteit van de middelen die nodig zijn voor een bepaald niveau van zorg, dat tegemoet komt aan de behoeften van een kind of adolescent (6-18 jaar). Het instrument omvat acht dimensies, namelijk Risico op verwonding, Functionele status, Comorbiditeit, Herstelomgeving, Veerkracht, Behandelingsgeschiedenis, Aanvaarding en Engagement met betrekking tot behandeling. Elke dimensie heeft een vijfpuntenschaal, gaande van minst naar meest ernstig (Fallon, ea, 2006).

Figuur 4b geeft het zorgniveau weer dat door de leden van de vaste groep aan de hand van de IZIKA is aangegeven tijdens de netwerktafels. Zowel in fase 1 als in fase 2 wordt in de meerderheid van de gevallen zorgniveau 5 of 6 aangegeven. Zorgniveau 5 komt overeen met niet-beveiligde, 24 uren hulpverlening met psychiatrische beschikbaarheid en 6 met beveiligde, 24 uren hulpverlening onder psychiatrische leiding.

De resultaten op de subschalen zijn, gezien het resultaat in figuur 4b, vergelijkbaar met de resultaten uit fase 1. Ook in fase 2 wordt er een positief resultaat bekomen betreffende de houding ten aanzien van de hulpverlening bij zowel de ouders als het kind/de jongere. Door het merendeel van de externen wordt deze als constructief ingeschat.

Figuur 4b: Zorgniveau IZIKA gescoord door de leden van de vaste groep



4.3. Tevredenheidgegevens netwerktafels

4.3.1. Kind/jongere, ouders en hulpcoördinatoren

Tevredenheid na de eerste netwerktafel

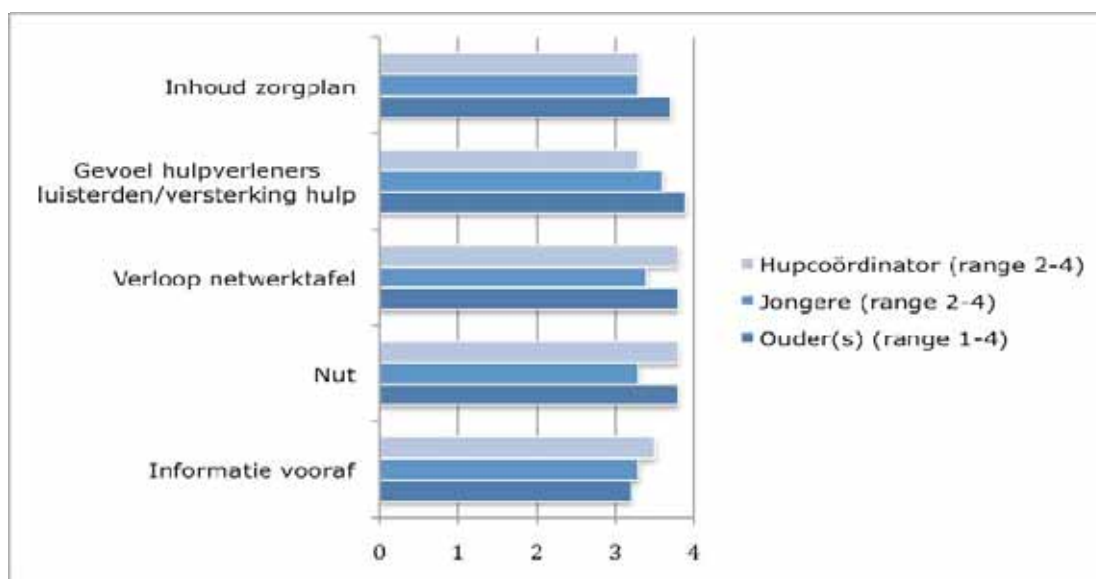
Na de netwerktafel wordt er een evaluatieformulier voorgelegd aan het kind/de jongere, de ouders en de hulpcoördinatoren. Volgende vragen worden gesteld:

(De antwoordmogelijkheden zijn: 1=helemaal niet, 2= eerder niet, 3=een beetje, 4=helemaal wel)

- In welke mate bent u tevreden over de informatie die u over de netwerktafels hebt ontvangen?
- In welke mate vond u de netwerktafel(s) nuttig?
- In welke mate bent u tevreden over het verloop van de netwerktafel(s)?
- In welke mate hebt u het gevoel dat het zorgplan een versterking was van uw hulp? (hulpcoördinator)/ In welke mate hebt u het gevoel dat de hulpverleners naar u luisterden?
- In welke mate bent u tevreden over de inhoud van het zorgplan opgesteld tijdens de netwerktafel?

Figuur 4c geeft de tevredenheidgegevens van het kind/de jongere, de ouders en de hulpcoördinatoren weer. Uit de gegevens blijkt een zeer hoge tevredenheid bij alle drie de partijen.

Figuur 4c: Tevredenheid jongere (N=22), ouders (N=34) en hulpcoördinatoren (N=36) na de eerste netwerktafel



Tevredenheid bij de opvolging na drie maanden

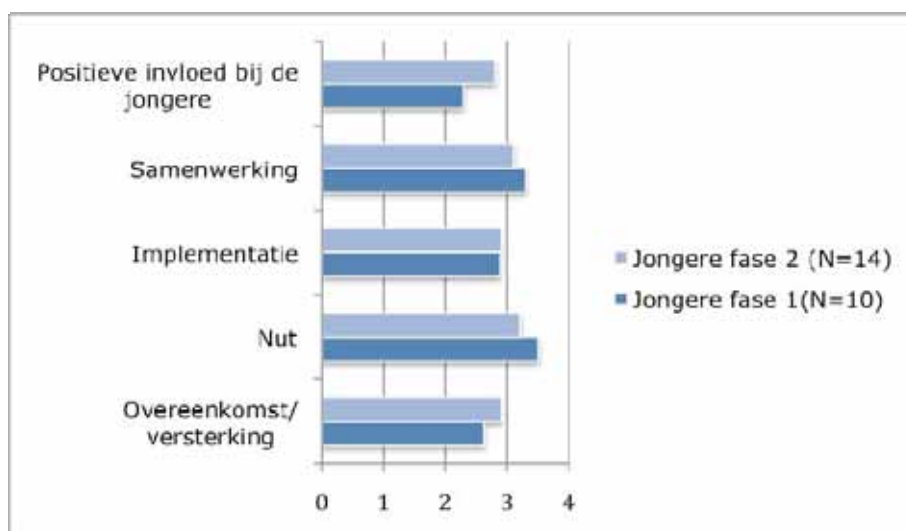
Na drie maanden wordt er opnieuw een evaluatieformulier voorgelegd aan het kind/de jongere, de ouders en de hulpcoördinatoren. Volgende vragen worden gesteld:

(De antwoordmogelijkheden zijn: 1=helemaal niet, 2= eerder niet, 3=een beetje, 4=helemaal wel)

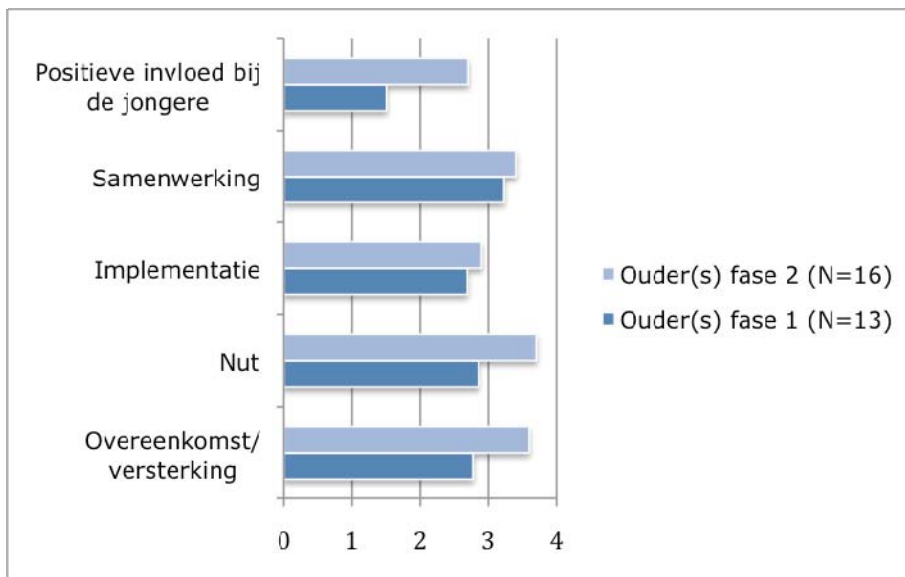
- In welke mate vond u de netwerktafel nuttig?
- In welke mate beantwoordt het op het overleg bedacht plan aan uw verwachtingen? / In welke mate is het plan een versterking van uw hulp?
(Hulpcoördinator)
- In welke mate wordt het plan uitgevoerd?
- In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met de verschillende betrokken hulpverleners?
- In welke mate ondervindt u al een positieve invloed van het plan bij het kind/de jongere?

Figuren 4d, 4e en 4f geven de resultaten van bovenstaande bevraging weer. De tevredenheid bij de opvolging is in fase 1 en fase 2 voor de jongere ongeveer even hoog. Bij de ouder(s) ligt de tevredenheid in fase 2 hoger, vooral wat betreft de overeenkomst met de verwachtingen, het nut van de netwerktafel en de positieve invloed van het zorgplan bij het kind/de jongere. Ook bij de hulpcoördinatoren is de tevredenheid in fase 2 toegenomen.

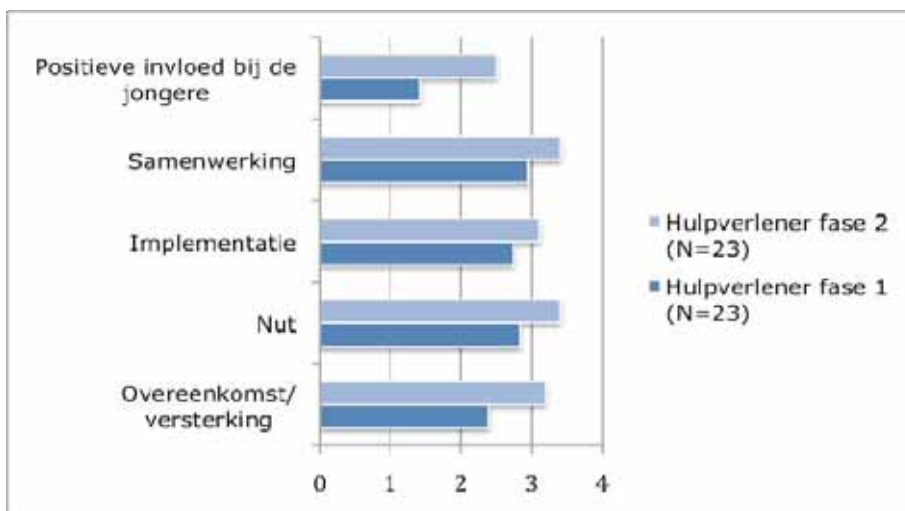
Figuur 4d: Tevredenheid kind/jongere bij opvolging



Figuur 4e: Tevredenheid ouder(s) bij opvolging



Figuur 4f: Tevredenheid hulpverlener bij opvolging



4.3.2. Vaste groep

De vaste groep bestaat uit deskundigen vanuit de zes sectoren IJH en Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Per netwerktafel kunnen er drie deskundigen uitgenodigd worden.

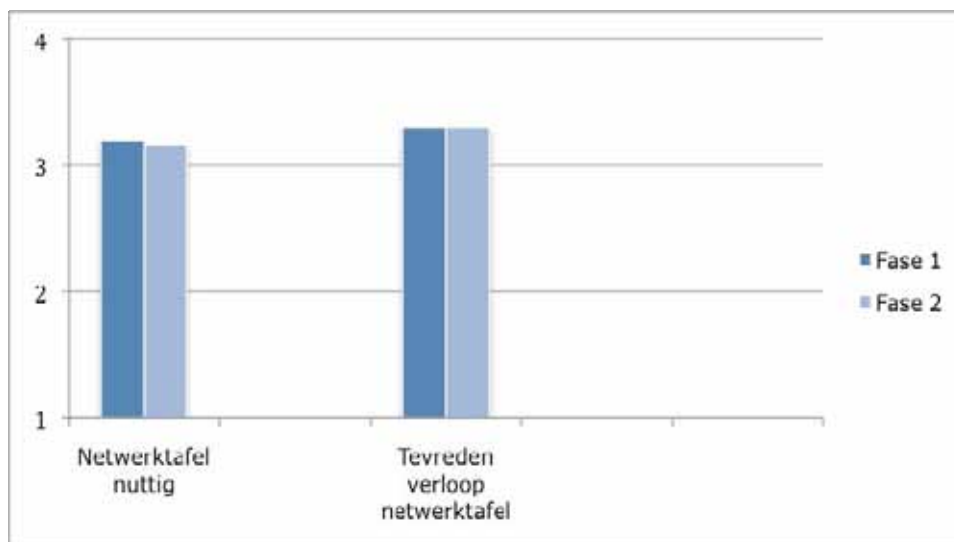
a) Beoordeling netwerktafel

De leden van de vaste groep deskundigen vullen op het einde van de netwerktafel een kort evaluatieformulier in. Hierin kunnen de deskundigen aangeven in welke mate ze het overleg nuttig vonden, ze tevreden waren over het verloop, of volgens hen de belangrijkste betrokkenen aanwezig waren en welke knelpunten en/of moeilijkheden men is tegengekomen.

In figuur 4g worden de gemiddelde scores overheen de verschillende dossiers weergegeven. Het gaat om de antwoorden op volgende vragen (waarbij één helemaal niet betekent en vier helemaal wel):

- In welke mate vond u dat dit overleg voor de hulp aan betrokken kind/jongere en ouders nuttig was?
- In welke mate bent u tevreden over het verloop van het overleg?

Figuur 4g: Beoordeling netwerktafels leden vaste groep (fase 1: N=16 dossiers, 37 beoordelingen; fase 2: N=42 dossiers, 87 beoordelingen)



De leden van de vaste groep formuleerden ook enkele opmerkingen op het evaluatieformulier. Ze omschrijven de netwerktafel als een gelegenheid om informatie en kennis door te geven omtrent het bestaande aanbod. In sommige gevallen bleek de netwerktafel een bevestiging van eerder geïndiceerde hulp.

Omtrent de aanwezigheid van de cliënt, geeft men aan dat de ouder(s) erkenning krijgt voor de moeilijkheden die er zijn en voor hun inzet. Er wordt een duidelijke motivatie en betrokkenheid bij de ouder(s) gezien. Men geeft bovendien aan dat de ouder(s) wordt betrokken in het maken van afspraken en het opstellen van het zorgplan. Volgens de vaste groep krijgt ook de jongere de mogelijkheid om zijn mening te verwoorden.

De netwerktafel wordt door de leden van de vaste groep als een constructief gesprek ervaren. De bezorgdheden en de mogelijkheden worden op een rij gezet. Er wordt een volledig beeld verkregen en er wordt samen gezocht naar mogelijkheden en oplossingen. Bij sommige netwerktafels blijken er wel vragen rond de haalbaarheid van het zorgplan te zijn.

Met betrekking tot de vraag of de belangrijkste betrokkenen aanwezig waren op het overleg, hebben we volgende gegevens:

- Fase 1: 51% ja / 49% neen (16 dossiers, 37 beoordelingen)
- Fase 2: 58% ja / 42% neen (41 dossiers, 85 beoordelingen)

In fase 2 van het project wordt in de meeste gevallen de afwezigheid van een betrokken hulpverlener of een lid van de vaste groep als jammer ervaren. Daarnaast wordt de afwezigheid van een ouder(s), in de meeste gevallen vader, en/of jongere als een gemiste kans gezien.

b) Gesignaleerde knelpunten

Na elke netwerktafel geven de leden van de vaste groep in het evaluatieformulier aan welke knelpunten men binnen de jeugdhulpverlening is tegengekomen. Onderstaande knelpunten komen in grote lijnen overeen met de opsomming in het eerste evaluatierapport (Van Dongen, & Deboutte, 2009). Deze lijst is niet exhaustief.

- Knelpunten op vlak van combineren
 - Het niet kunnen combineren van hulpverleningsvormen binnen een sector. Voorbeelden: er kunnen niet tegelijkertijd twee maatregelen binnen BJB genomen worden; PAB is niet combineerbaar met een internaat of andere gesubsidieerde vormen.
 - Het niet kunnen combineren van hulpverleningsmaatregelen vanuit meerdere sectoren. Voorbeeld: combinatiemoeilijkheden BJB en VAPH.
 - Er zijn problematieken die niet door één werkvorm/sector te dragen zijn.
- Knelpunten i.v.m. een beperkt of afwezig aanbod
 - Lange wachtlijsten.
 - Weigeringen tot opstart/opname door voorzieningen.
 - Een beperkt kinderpsychiatrisch aanbod voor kinderen of jongeren met een mentale beperking.
 - Een beperkt aanbod voor kinderen/jongeren met autisme in combinatie met een normale begaafdheid.
 - Weinig aanbod voor ambulante begeleiding bij seksueel grensoverschrijdend gedrag.
 - Plaatstekort in een K-dienst.
 - Ambulante zorg bij het VAPH.
 - Een beperkt aanbod voor de doelgroep GES.

- Knelpunten eigen aan een bepaald hulpaanbod
 - Alvorens plaatsing in internaten VAPH mogelijk is, moet de jongere schoollopen. Dit zorgt voor deze jongeren regelmatig voor problemen. Erkenning internaat niet-schoolgaanden voor deze doelgroep ontbreekt.
 - Weinig aanbod qua MPI plaatsen voor 12-18 jarigen.
 - De doelgroepentherapie binnen het VAPH is te strikt voor kinderen/jongeren met een meervoudige problematiek.
 - Nood aan transparantie binnen het VAPH.
 - Nood aan naadloosheid in de zorg, die niet kan geboden worden door de wachtlijsten en de richtlijnen zorgregie.
 - GIT is stopgezet terwijl de jongere wel nood heeft aan intensieve hulp.

- Knelpunten intersectoraal
 - De overgang van minderjarigen- naar meerderjarigenzorg.
 - Leeftijdsgrens 18 jaar en de relativiteit daarvan.
 - Onderscheid tussen BJB en VAPH en het feit dat deze jongere vaak ertussen doervallen.
 - Jongeren kunnen niet terecht in de vereiste sector.

- Algemene knelpunten
 - Er is nood aan een vast aanspreekpunt over de sectoren heen.
 - Nood aan continuïteit.
 - Aanwezigheid van een hulpcoördinator.
 - Efficiëntie van de knelpuntdossiers?
 - De leerplicht werkt voor sommige jongeren eerder ontwikkelingsremmend dan –bevorderend.

Samenvatting

In fase 2 zijn er 53 netwerktafels doorgegaan voor 62 kinderen/jongeren. Er wordt tijdens de netwerktafels gebruik gemaakt van een vast protocol. De vragen van het kind/de jongere en de ouders staan centraal en zij worden dan ook actief betrokken. In fase 2 was er slechts eenmalig niemand vanuit de context aanwezig tijdens de netwerktafel. De tevredenheid over de netwerktafels blijft, zowel bij de jongere, de ouders als de hulpverleners. Ook de vaste groep beoordelen de netwerktafels opnieuw positief. Zij formuleren ook knelpunten die het opstellen en/of uitwerken van een zorgplan bemoeilijken. Deze komen grotendeels overeen met de knelpunten uit fase 1.

Literatuur

Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S., & Acker, M.M. (1993). The Parenting Scale: A Measure of Dysfunctional Parenting in Discipline Situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144.

Fallon, T., Pumariega, A., Sowers, W., Klaehn, R., Huffine, C., Vaughan, T., et al. (2006). A level of care instrument for children's systems of care: construction, reliability and validity. *Journal of child and family studies*, 15(2), 143-155.

Uvin, K., Naessens, B., & Deboutte, D. (2007). *Instrument ter bepaling van de Zorgintensiteit voor Kinderen en Adolescenten - IZIKA: Pilootversie (Child and Adolescent Service Intensity Instrument – CASII)*. Wilrijk: Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Youth Mental Health.

Walker, J.S., & Schutte, K.M. (2004). Practice and Process in Wraparound Teamwork. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(3), 182-192.

Hoofdstuk 5: Evaluatie van de netwerktafels via focusgroepen

5.1. Inleiding

Met behulp van focusgroepen willen we de netwerktafels evalueren. De uiteindelijke doelstelling is om op basis van de resultaten het verloop van de netwerktafels eventueel aan te passen en te verbeteren om nog beter aan te sluiten bij de cliënt. We willen de netwerktafels evalueren bij alle participanten, namelijk het kind/de jongere, de ouders en de hulpverleners. Nu kunnen we enkel rapporteren over de ervaringen van de hulpverleners, dit zijn de aanmelders en de leden van de vaste groep.

Om een brede waaier aan ervaringen en groepsdiscussie te bekomen is er gekozen voor de focusgroep techniek. Een focusgroep is een vorm van groepsinterview, waarbij de groepsinteractie een belangrijk kenmerk is (Kitzinger, 1995). Het doel daarbij is de individuele ervaring van elke participant te weten te komen zonder over te gaan tot consensus (Van Rijswijk, Van Hout, Van de Lisdonk, Zitman, Van Weel, 2009). Door het gebruik van focusgroepen wilden we ook nauw aansluiten bij de atmosfeer tijdens een netwerktafel. Participanten zijn gelijkwaardig en kunnen openlijk praten.

Er zijn drie focusgroepen doorgegaan om de ervaringen van de betrokken hulpverleners te bevragen.

5.2. Methode

Onderzoeksvraag

Wat waren de verwachtingen van hulpverleners van de netwerktafels en zijn deze verwachtingen ingelost?

Indien neen, wat had er moeten gebeuren om wel aan hun verwachtingen tegemoet te komen?

Hoe zien hulpverleners het verloop van een netwerktafel?

Deelnemers

Al de aanmelders en de leden van de vaste groep werden uitgenodigd tot deelname aan een focusgroep. Er werd een toestemmingsformulier ter ondertekening voorgelegd en deelname was vrijwillig.

In totaal hebben 16 aanmelders en 7 leden van de vaste groep deelgenomen aan de focusgroepen. We hebben besloten om gemengde groepen samen te stellen. Tabel 5a geeft een overzicht van de deelnemers aan elke focusgroep.

Tabel 5a: Overzicht deelnemers focusgroepen

	Groep 1	Groep 2	Groep 3
Gemiddelde leeftijd	41	45,4	38,8
Jaren ervaring	11,3	20,9	13,4
Geslacht (man/vrouw)	3/4	2/5	3/6
Aanmelder/Expert	5/2	6/1	5/4
Sectoren jeugdhulp*:	2 BJB 3 VAPH 2 CGG	5 BJB 1 VAPH 1 KJPSY	5 BJB 1 VAPH 2 KJPSY 1 K&G
Observaties:			
Participatie	Gemiddeld	Goed	Goed
Atmosfeer	Goed	Goed	Goed
Storingen	1 pers. 15min. te laat	1 dominante spreker	Geen

* Bijzondere Jeugdbijstand (BJB), Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJPSY), Kind & Gezin (K&G)

Dataverzameling

Na de eerste twee focusgroepen was er saturatie bereikt. Dit wil zeggen dat er voldoende gegevens verzameld werden en dat de tweede groep participanten geen nieuwe informatie meer aanleverden. Er werd een derde focusgroep georganiseerd om de aanpassingen aan het protocol op basis van de eerste twee focusgroepen te evalueren.

De doelstelling van de eerste twee focusgroepen was het evalueren van het protocol van de netwerktafels. In totaal hebben er 14 hulpverleners deelgenomen. Elke focusgroep bestond uit 7 deelnemers. De eerste twee focusgroepen vonden plaats in mei 2009 in Antwerpen en duurden ongeveer 2 uren. Deze werden aansluitend geanalyseerd. Op basis van deze gegevens werden wijzigingen aangebracht in het protocol van de netwerktafels.

Een derde focusgroep is doorgegaan in september 2010 om de veranderingen aangebracht aan het protocol na de eerste twee focusgroepen te evalueren. Deze focusgroep telde 9 deelnemers.

Een ervaren moderator en observator voerden de focusgroepen uit. De moderator leidde de discussie. De observator zorgde voor de opnameapparatuur, assisteerde bij de discussie en observeerde de groepsinteracties. De moderator is een lid van de onderzoeksgroep, maar is niet betrokken bij het project.

Een draaiboek bevatte open vragen voor elk van de vier besproken thema's. De vier thema's waren: motivatie, verwachtingen, structuur van de netwerktafels en de 'ideale' netwerktafel.

Box 1 toont de vragen van de eerste twee focusgroepen. Voor de derde focusgroep werd de vraag betreffende motivatie geschrapt. De overige vragen bleven dezelfde.

Box 1: Vragen focusgroepen

1. *Motivatie:* Wat heeft je gemotiveerd om deel te nemen aan de netwerktafel(s)?
Wat heeft je gemotiveerd om aan te melden voor een netwerktafel?
2. *Verwachtingen:* Welke verwachtingen had je van de netwerktafels? / Met welk idee kwam je naar de netwerktafel? Hoe ben je bij het project terechtgekomen?
Hoe of via wie ben je te weten gekomen dat je kon aanmelden voor een netwerktafel? Wat hebben ze vooraf verteld dat de bedoeling was van de netwerktafel?
Was de netwerktafel zoals je had verwacht? Indien niet, wat had er moeten gebeuren om wel aan je verwachtingen tegemoet te komen?
3. *Structuur tijdens de netwerktafel:* Hoe heb je het protocol/de vaste structuur tijdens de overlegmomenten ervaren?
4. *De 'ideale' netwerktafel:* Als je een netwerktafel opnieuw zou kunnen doen, wat zou je dan meenemen van de voorbije netwerktafel en wat zou je veranderen?
5. *Conclusie:* Als je nu terugblijkt op de netwerktafels en al wat hier besproken is, wat zijn voor jou de drie belangrijkste woorden/aspecten om een netwerktafel te omschrijven?

Data analyse

De focusgroepen werden via audio tape opgenomen en nadien letterlijk uitgeschreven.

De moderator en observator hielden na elke focusgroep een kort overleg om observaties uit te wisselen. Notities hiervan en notities van de observator over interacties tussen de deelnemers en non-verbale communicatie werden toegevoegd aan de uitgeschreven focusgroepen.

De uitgeschreven focusgroepen werden geanalyseerd gebruik makend van de Grounded Theory benadering (Strauss & Corbin, 1990). De analyse gebeurde afzonderlijk door twee onafhankelijke scoorders met behulp van Nvivo8, een programma voor kwalitatieve data analyse.

De resultaten van de individuele analyses werden vergeleken en de verschillen werden bediscussieerd.

5.3. Resultaten

5.3.1. Resultaten overheen de drie focusgroepen

Drie hoofdthema's met diverse subthema's kwamen aan bod en werden besproken.

A. Thema 1: De vooropgestelde doelstellingen

Kenmerken van de doelgroep

Verschillende codes tonen aan dat we erin geslaagd zijn om de vooropgestelde doelgroep te bereiken, namelijk kinderen en jongeren met een complexe problematiek. Wanneer over de aangemelde kinderen en jongeren wordt gesproken maken de deelnemers melding van moeilijkheden op verscheidene levensdomeinen. Het blijkt goed om de aanmeldingscriteria heel ruim te houden en bijgevolg de inschatting van de complexiteit van een situatie aan de betrokken hulpverlener te laten.

Bij de meeste aanmeldingen gaat het om vastgelopen situaties. Dit kan gaan om het ontbreken van een perspectief, het nergens terecht kunnen met de betreffende jongere en/of een vastgelopen hulpverleningsrelatie tussen cliënt en hulpverlener.

'Het is een dossier dat een collega van mij had aangemeld voor de netwerktafels. Een dossier waar dat zij eigenlijk in vastgelopen was, zowel persoonlijk als professioneel en waarbij dat zij ondersteuning vroeg om daar uit te geraken. En dan heeft zij het dossier doorgegeven omwille van de druk van het dossier en dan ben ik mee in het proces gegaan.'

'Maar in elk geval de aanmeldingen die wij via onze instelling gedaan hebben die zijn te complex om ergens binnen te krijgen in een instelling. Dus wij hoopten hier en daar oplossingen te zoeken, te vinden voor jongeren die bij ons niet op de juiste plaats zitten en in een andere instelling, setting moeten kunnen terecht komen.'

Hulpverleners rapporteren moeilijkheden bij netwerktafels met minderheidsgroepen. Volgens sommige hulpverleners is een netwerktafel te hoog gegrepen voor bepaalde gezinnen en vraagt een netwerktafel veel motivatie. Ze uiten de vrees dat het kind, de jongere en de ouders de taal van de aanwezige experts niet zullen begrijpen. Vanuit de vaste groep wordt aangegeven dat iedereen zijn taalgebruik aanpast en dat de ervaring leert dat ook met zwakkere cliënten de netwerktafel tot een begrijpelijk gesprek kan leiden.

'Ik denk ook dat je sowieso met een netwerktafel heel hoog grijpt voor een bepaald aantal gezinnen. Bij mij was dat een Roma gezin wat direct heel wat problemen meebrengt om die mensen te mobiliseren, om die jongere ook hier te krijgen. En voor gezinnen die zelf minder motivatie hebben dat een netwerktafel iets heel moeilijk blijft om hen zelf in te betrekken. Terwijl dat dat ook gezinnen

zijn waar we zien dat die multiproblematiek zeker aanwezig is. En dat stukje van gezinnen vallen een stukje uit de boot.'

Verwachtingen

De hulpverleners geven twee soorten van verwachtingen aan waarmee ze naar een netwerktafel komen. De eerste is het vinden van een oplossing voor de jongere. De tweede is het horen van nieuwe ideeën, inspiratie opdoen en de situatie delen met anderen.

De deelnemers geven ook aan dat het heel duidelijk moet zijn wat een aanmelder kan verwachtingen van een netwerktafel. Als de doelstellingen van het proces duidelijk zijn, komen zowel de aanmelder als het kind, de jongere en de ouders met realistische verwachtingen.

Het verduidelijken van deze doelstellingen naar de cliënt toe wordt als erg belangrijk gezien, in die mate dat het een voorwaarde is voor het slagen van een netwerktafel. Dit dient volgens de deelnemers opgenomen te worden tijdens de voorbereidingen. De aanmelder moet zich bovendien bewust zijn van zijn taak en engagement, hierbij wordt vooral de nadruk gelegd op de opvolging van gemaakte afspraken.

'Er ligt een verschrikkelijke verantwoordelijkheid bij de aanvrager om het voor te bereiden met zijn cliëntsysteem. Ik kan mij voorstellen dat je dan ook weer de helft van het werk al gedaan hebt.'

'Ik weet niet maar ik denk dat een aanmelder zich heel bewust moet zijn van welk engagement dat die aangaat. En dat die opvolging wel zeer belangrijk is. Dat dat eigenlijk de hoofdbrok is van zo'n netwerktafel en niet alleen het eerste gesprek.'

B. Thema 2: De structuur van de netwerktafels

Vorbereidingen

De hulpverleners onderstrepen meermaals het belang van een goede voorbereiding van de netwerktafel door de aanmelder met het kind, de jongere en de ouders. Deze voorbereiding blijkt echter afhankelijk van aanmelder tot aanmelder. Hetzelfde kan gezegd worden over het invullen van de aanmeldingsformulieren en het toestemmingsformulier. Sommige hulpverleners rapporteren grote moeilijkheden met de voorbereiding, terwijl anderen geen moeilijkheden rapporteren.

De deelnemers melden dat er soms te weinig betrokkenen aanwezig waren bij de netwerktafel. In de toekomst moet de voorzitter meer aandacht besteden aan de bevraging van de aanmelder over mogelijks te betrekken partners. De aanmelder neemt dit op zijn beurt mee in de voorbereiding met de cliënt.

Invullen van de IZIKA (Instrument ter bepaling van de Zorgintensiteit voor Kinderen en Adolescenten)

Voorafgaand aan de start van de netwerktafel wordt de IZIKA ingevuld door de leden van de vaste groep deskundigen op basis van aangeleverde informatie door de betrokken hulpverleners. De ouders en het kind/ de jongere wachten gedurende die tijd alleen buiten de vergaderzaal. Tijdens de eerste twee focusgroepen worden hierover bedenkingen geuit. Deze procedure wekt argwaan op bij de cliënt en wordt als weinig klantvriendelijk ervaren. Deze opmerking heeft tot een aanpassing in het protocol van de netwerktafels geleid (zie 5.3.2). Daarnaast stellen de deelnemers zich luidop de vraag of het mogelijk is om de resultaten van de IZIKA terug te koppelen naar de cliënten en naar de hulpverleners. De deelnemers komen niet tot concrete voorstellen hoe dit zou moeten gebeuren, maar benadrukken het belang van de open gesprekscultuur. Nu worden deze gegevens enkel in het kader van het wetenschappelijk onderzoek gebruikt.

Deelnemers

Het gegeven dat hulpverleners, kinderen/ jongeren en ouders samenwerken als gelijken wordt aangehaald als kenmerkend voor een netwerktafel. Het belang van de aanwezigheid van het kind, de jongere en de ouders wordt door alle aanwezigen erkend. Het kind, de jongere en de ouders worden gezien als de experts. Hun vragen en noden staan tijdens de netwerktafel en bij het opstellen van een zorgplan centraal.

'Evenwaardige aanwezigheid van de verschillende partners binnen een overleg en in eerste instantie het cliëntsysteem dat misschien zelfs op bepaalde momenten een veto recht moet hebben of een reces moet kunnen vragen om eventjes te zien of dat je wel goed bezig bent. Dus in overleg met de aanmelders.'

'We denken van cliënten, jongeren zijn misschien niet zo mondig. Het is inderdaad ook wel een drempel. Dat was mooi om te zien eigenlijk hoe dat sommige ouders en soms ook jongeren toch gewoon heel hun verhaal kunnen brengen.'

De vaste groep deskundigen speelt eveneens een belangrijke rol. Hun ervaring en expertise wordt sterk geapprecieerd door de aanmelders. Meer zelfs, voor velen is dit de voornaamste motivatie om een kind, jongere aan te melden. Zij prijzen het gegeven dat de deskundigen naar de sterktes en de moeilijkheden van het kind, de jongere en zijn gezin kunnen kijken van op een grotere afstand, aangezien zij niet betrokken zijn bij de hulpverlening. De deskundigen kunnen deelnemen en mee nadenken los van hun functie. Vanwege hun neutrale kijk kunnen zij nieuwe inzichten aanreiken. Sommige aanmelders geven aan dat een netwerktafel niet zinvol was omdat er slechts één lid van de vaste groep aanwezig was. Verschillende leden van de vaste groep moeten aanwezig zijn om deze verschillende invalshoeken te hebben en bijgevolg een succesvolle netwerktafel te hebben.

Om de continuïteit in een situatie te vrijwaren wordt de aanwezigheid van dezelfde experts gevraagd voor de verschillende overlegmomenten. Er wordt ook voorgesteld om deskundigen vanuit de volwassenenhulpverlening te laten deelnemen. Op die manier zou er ondersteuning kunnen zijn voor ouders met een psychiatrische problematiek. Daarenboven is deze expertise belangrijk vanwege de moeilijke overgang van jeugdhulpverlening naar de volwassenenhulp.

'Ik vind de aanwezigheid van de vaste groep belangrijk. De vaste groep moet toch uw kijk verruimen en ik denk ook dat de vaste groep moet bestaan uit mensen die niet binnen hun dienst verbonden zijn aan het dossier.'

'Lid vaste groep: Ik vind dat we te vaak met te weinig experts geweest zijn. Ik heb te vaak met twee mensen aan tafel gezeten, BJB en een andere sector. Aanmelder: Eigenlijk moet elke partij aanwezig zijn.'

'Lid vaste groep: Terwijl in de loop van het gesprek, denk ik nu, zou ik die erbij willen. Ja, dat vind ik een pijnpunt. Te weinig verschillende disciplines aanwezig. Omdat het niet alleen over het aantal mensen gaat, maar over die specifieke discipline, specifieke kijk.'

Vanuit de vaste groep wordt er gevraagd om over meer vertegenwoordigers te beschikken om zo de aanwezigheid tijdens de netwerktafels te kunnen garanderen. Er wordt wel benadrukt dat het lidmaatschap binnen de vaste groep best wordt opgenomen door mensen actief binnen het werkveld.

'Vaste groep: Participeren aan een netwerktafel is geen job, dat is een engagement binnen een groter kader. Anders ga je dat als een job omschrijven, dan moet dat een job worden. Als je dat tegenover andere jobs wil stellen of als je mensen twee jobs wil laten doen dan heb je toch een heel ander verhaal.'

De meeste deelnemers laten zich zeer tevreden uit over de externe voorzitter. Ze prijzen het gegeven dat de externe voorzitter iemand is die niet betrokken is bij de hulpverlening. De taken die de voorzitter opneemt moeten volgens hen behouden blijven, namelijk: het modereren van het gesprek, ervoor zorgen dat iedereen aan bod kan komen en openlijk kan praten, de tijd en het protocol bewaken en zorgen voor een aangename sfeer tijdens de netwerktafel.

De netwerktafel zelf

De deelnemers rapporteren dat de netwerktafels dankzij het protocol een duidelijke structuur hebben. De netwerktafels worden als een goed systeem gezien om iedereen op eenzelfde moment rond de tafel te krijgen. Verschillende visies en uitgangspunten kunnen dan bediscussieerd worden.

De doelstelling van de netwerktafel wordt door de meesten ruimer gezien dan enkel het zoeken naar een oplossing. De netwerktafel vormt voor de aanmelder een moment om

even stil te staan en te werken naar vraagverheldering. Dit laatste is iets waar de leden van de vaste groep zelf soms op aansturen tijdens een netwerktafel. Het gaat ook om een proces, waarbij een plan wordt opgemaakt en er vooruitzichten worden gecreëerd.

'Ik weet niet hoe ik mij zou voelen als ik concreet verwacht had dat er bijna dadelijk een oplossing zou komen na de eerste samenkomst. Ik ben niet echt met die verwachtingen ernaartoe gestapt. Ik ben gewoon gegaan om te horen van: "kijk, zijn er tot hertoe dingen die we nog niet gedaan hebben, die we konden doen". Blijkbaar waren die er. Dus in die zin is het voor mij persoonlijk heel goed meegevallen.'

'Er is daar niets nieuws verrezen, het is een proces we gaan dat proberen te doen. We starten met iets en we evalueren is dat gelukt, is dat niet gelukt, moeten we dat bijsturen.'

Het vertrekken vanuit de sterktes van het kind, de jongere en zijn gezin wordt door iedereen als positief en versterkend gezien.

'Maar ik blijf erbij dat als we het stuk positieve elementen zoeken niet hadden gehad, dan hadden we terecht gekomen in een ja-nee spelletje. Jij bent slecht, jij bent dit en eigenlijk maakte het dat we daarna wat constructief verder konden.'

'Ik denk ook dat positieve stuk van in het begin, die intro dat brengt ook sfeer hé. Als je direct begint over de problemen, ja dan ben je vertrokken denk ik. Dus dat positieve stuk zou ik zeker behouden, dat hebben mensen inderdaad ook nodig. Binnen onze setting werken wij nu ook meer met een positieve model. We merken dat dat heel veel teweeg brengt in de positieve zin. Ik zou dat zeker behouden ook al neemt het soms wat tijd in. Het is echt heel essentieel denk ik.'

De Wraparound principes gehanteerd tijdens de netwerktafels lijken vanzelfsprekend voor de deelnemende hulpverleners. Het is voor de deelnemers aan de focusgroepen namelijk moeilijk om terug te denken aan de gehanteerde principes, omdat het tijdens het overleg zo natuurlijk aanvoelde. De principes die worden vernoemd zijn gelijkwaardigheid tussen de deelnemers, ouders en kind/jongere worden gezien als de experts, het zorgplan wordt gesteund door het gezin, de oplossingen zijn sectoroverschrijdend.

Het zorgplan

De deelnemers geven aan dat er bij het opstellen van het zorgplan concrete afspraken worden gemaakt. Tijdens het opmaken van een zorgplan wordt door de hulpverleners de nood aan "achterpoortjes" aangegeven, namelijk zaken die het mogelijk maken om creatief een hulpverleningspakket samen te stellen. Er worden vragen gesteld over de realisatie van de zorgplannen. Er wordt meermaals aangegeven dat de opvolging van gemaakte afspraken heel belangrijk is.

C. Thema 3: De resultaten van de netwerktafels

Het proces

Het proces dat tijdens een netwerktafel wordt aangegaan, wordt door een aantal factoren gefaciliteerd of bemoeilijkt.

Langst de ene kant geven de deelnemers aan dat het belangrijk is om verbinding te hebben met de cliënt om een proces te kunnen aangaan. De aanwezigheid van de cliënt tijdens de netwerktafel is daarin een eerste stap. Het kind, de jongere en de ouders krijgen erkenning en begrip voor hun moeilijkheden. Het cliëntsysteem wordt bovendien actief betrokken bij het opstellen van het zorgplan, wat hen bevestigt in hun "rol" als experts.

Aan de andere kant wordt er aangegeven dat de aanwezigheid van veel mensen tijdens de netwerktafel intimiderend kan zijn voor de cliënt om zijn verhaal te brengen. Dit gaat over een inschatting van de aanmelders, we hebben hierover geen gegevens van de cliënten zelf. Zowel aanmelders als leden van de vaste groep rapporteren eveneens moeilijkheden met de aanwezigheid van de cliënt: het blijkt soms moeilijk om zonder voorbereiding en op het moment zelf na te denken over oplossingen in aanwezigheid van het kind, de jongere en de ouders. Hulpverleners geven aan dat ze dan teveel bezig zijn met het op zijn gemak stellen van de cliënt. Een ander element dat wordt aangehaald, is dat het door sommige aanmelders als moeilijk ervaren wordt om pijnlijke dingen onder woorden te brengen. Het blijkt ook niet evident als de hulpverlener en de cliënt niet dezelfde ideeën delen of als de aanmelder al met een bepaald plan in zijn hoofd naar de netwerktafel komt. Sommige hulpverleners zien de netwerktafel als een oefenmoment om op een begrijpbare manier in aanwezigheid van cliënten te praten over soms confronterende onderwerpen en over mogelijke oplossingen na te denken.

Ondanks deze moeilijkheden geven alle hulpverleners aan dat de netwerktafel de gelegenheid zou moeten zijn waarop de dingen gezegd kunnen worden zoals ze zijn.

'Ik stelde wel vast dat met de cliënt erbij dat je zo bezig bent met die cliënt op zijn gemak te stellen en dat je eigenlijk heel erg gericht bent naar die cliënt. Ik spreek nu echt voor mezelf, dat je eigenlijk nog weinig ruimte hebt of ik nog weinig ruimte had om ruim te denken over wat zouden we hier kunnen doen, of wat zou er hier werken en terwijl als de cliënt afwezig dat je veel meer ruimte hebt om ruim te denken.'

Het Wraparound proces stimuleert constructief denken volgens de deelnemers. Het blijkt belangrijk dat op het einde van de netwerktafel alle hulpverleners en het kind, de jongere en de ouders op één lijn staan. De netwerktafels kunnen bijdragen tot een hernieuwde motivatie en er wordt een grotere betrokkenheid gerapporteerd bij de verschillende participanten in het proces.

'Die is er dan ook gekomen door het samen naar oplossingen te zoeken, waarop de betrokkenheid van de andere partijen, er werd meer appel op gedaan er was een netwerk. De betrokkenheid werd groter van de partijen. Dat was duidelijk anders dan via telefoons of mails op die overlegtafel, daar was de betrokkenheid van de partijen toch groter. Zelfs denk ik van, in deze situatie de grootouders.'

Sommige aanmelders zien de netwerktafels als een intervisiemoment, namelijk een manier om advies en ondersteuning te krijgen.

'Voor mij was dat vooral om ook eens vanuit andere hoeken ook, vanuit verschillende hoeken, vanuit verschillende hulpverleningsdiensten of instanties eens te kijken naar dat gezin. Omdat ik al heel veel had geprobeerd met die mensen, dat waren mensen die heel gemotiveerd waren en ik wist het eigenlijk niet meer. Dus ik hoopte op die manier vanuit verschillende hoeken om wat tips te krijgen of advies te krijgen of wat sturing te krijgen dat was mijn verwachting.'

Zorgplan en realisatie

De eerste twee thema's, namelijk de doelstellingen en de structuur van de netwerktafels, beïnvloeden sterk het resultaat. Hoe het uiteindelijke resultaat van een netwerktafel wordt ervaren hangt nauw samen met de intitiële verwachtingen van de aanmelder. Voor sommige hulpverleners leverde de netwerktafel geen nieuwe informatie op en vormde ze een herhaling van voorgaande overlegmomenten, terwijl anderen nieuwe inzichten verwierven.

Aanmelders die een onmiddellijke oplossing, zoals een plaatsing, verwachten zijn over het algemeen eerder teleurgesteld. Aanmelders met minder uitgesproken verwachtingen zijn meer tevreden. Zelfs als er geen oplossing wordt gevonden, was het voor sommigen positief om de zwaarte van een situatie te delen, bevestiging te krijgen van het reeds geleverde werk en te weten dat meer waarschijnlijk niet haalbaar is. De netwerktafels vormen voor de meesten bovendien een gelegenheid om elkaar te leren kennen en het netwerk te verruimen.

'Sommige zaken zijn niet op te lossen, dat is nu eenmaal de realiteit en als de netwerktafel dat dan kan concluderen er is geen oplossing, dan is dat ook zo hé en dan is dat ook eigenlijk, denk ik, een meer gedragen verantwoordelijkheid.'

De netwerktafels creëren volgens sommigen hoop die dan niet kan worden ingelost. Moeilijkheden bij het opvolgen van gemaakte afspraken in het zorgplan worden tevens aangegeven. Door deze mensen wordt er geopperd dat er een hulpcoördinator zou moeten zijn, iemand die het mandaat en de verantwoordelijkheid heeft om deze afspraken op te volgen.

Bij de realisatie van het zorgplan worden moeilijkheden in de wet- en regelgeving en de wachtlijsten als obstakels vermeld. Sommigen opperen dat vanuit dit project een signaal moet gegeven worden naar de overheid.

5.3.2. Aanpassingen aan het protocol

Op basis van de gegevens uit de eerste twee focusgroepen zijn er enkele aanpassingen gedaan aan het protocol van de netwerktafels, namelijk:

- (1) Er wordt gewerkt met een wekelijks vast moment, opdat de leden van de vaste groep dit kunnen inplannen met als doel de aanwezigheid op de netwerktafels te verhogen.
- (2) Verplichte deelname van minimum twee leden van de vaste groep, anders wordt de netwerktafel geannuleerd en verzet.
- (3) Dezelfde leden van de vaste groep moeten voor eenzelfde cliëntsysteem deelnemen aan de verschillende opvolgmomenten.
- (4) Bij voorgaande netwerktafels moesten de ouders en het kind, de jongere een half uur buiten de vergaderzaal alleen wachten terwijl de leden van de vaste groep samen met de aanmelder de IZIKA invulden. De ouders vulden ondertussen individueel de Opvoedingsschaal in. Uit de evaluatie blijkt dat ouders de Opvoedingsschaal een moeilijke vragenlijst vinden. De procedure werd bovendien als weinig klantvriendelijk ervaren. Vandaar werd volgende wijziging doorgevoerd, er worden nu twee lokalen gereserveerd: één voor de ouders, de jongere en één voor de hulpverleners. De ouders en de jongere vullen samen met de voorzitter de Opvoedingsschaal in en overlopen het verloop van het gesprek nogmaals. De leden van de vaste groep vullen tegelijkertijd samen met de aanmelder en andere betrokken hulpverleners de IZIKA in. Wanneer zij hiermee klaar zijn, sluiten zij aan bij de ouders en het kind, de jongere.

Samenvatting

Met behulp van focusgroepen krijgen we zicht op de ervaringen van betrokken hulpverleners met de netwerktafels. Op basis van de eerste twee focusgroepen zijn er aanpassingen gedaan aan het protocol van de netwerktafels.

Drie grote thema's komen aan bod in de focusgroepen. Het eerste thema gaat over het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen. Deze blijken grotendeels bereikt te zijn. Er wordt ook aangegeven dat de doelstellingen vooraf heel duidelijk moeten zijn, zodat de aanmelder samen met de cliënt met realistische verwachtingen in het proces stappen. De structuur van de netwerktafels brengt volgens de deelnemers duidelijkheid en leidt tot constructief werken. Bij de verschillende subthema's worden er wel aandachtspunten aangegeven. Er moet bijvoorbeeld extra aandacht gegeven worden aan de voorbereiding met de cliënt. Over de meerwaarde van de vaste groep is men het eens, maar er moeten steeds voldoende leden aanwezig zijn.

De resultaten van de netwerktafels tenslotte blijken sterk beïnvloed te worden door het gehele proces. Verscheidene factoren kunnen dit positief of eerder negatief beïnvloeden.

Literatuur

Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Londen: Sage.

Van Rijswijk, E., Van Hout, H., Van de Lisdonk, E., Zitman, F., & Van Weel, C. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Family Practice*, 10:52.

Hoofdstuk 6: Toekomst netwerktafels

6.1. Implementatie methodiek

Gezien de tevredenheid en de vraag naar continuering van de netwerktafels is er gezocht naar een manier om deze als methodiek binnen de jeugdhulpverlening een vaste plaats te geven.

De stuurgroepleden werkten samen een voorstel uit om de netwerktafels te implementeren in de verschillende organisaties. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen interne en externe netwerktafels. Een externe netwerktafel is de netwerktafel zoals we ze nu kennen, namelijk de aanmelding gebeurt bij IJH, er wordt een externe voorzitter geleverd en er nemen externe deskundigen deel. Een interne netwerktafel is een overleg dat binnen en door de jeugdhulporganisatie zelf wordt gehouden volgens dezelfde methodiek. Hierbij zijn structureel geen externe deskundigen aanwezig. Het overleg wordt voorgezeten door een voorzitter extern aan het hulpverleningssysteem en aan de organisatie.

Om de methodiek te kunnen toepassen, wordt er opleiding voorzien voor alle organisaties van de sectoren IJH en Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Enerzijds wordt aan organisaties dus de gelegenheid geboden om medewerkers te laten opleiden om de methodiek van de netwerktafels intern te gebruiken. Anderzijds blijft er een aanbod van voorzieningenoverkoepelend netwerktafels met externe voorzitter en externe deskundigen naar analogie met de huidige netwerktafels. Hiertoe wordt er een pool van voorzitters georganiseerd die wordt samengesteld uit medewerkers van organisaties die de opleiding hebben gevolgd. Deze pool wordt beheerd door Integrale Jeugdhulp.

Dit voorstel is geformaliseerd in een protocol (zie bijlage 3) dat aan alle organisaties van de sectoren IJH en Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt voorgelegd en waarin gevraagd wordt naar een engagement om de methodiek te integreren en implementeren. Bij het voorleggen van het protocol wordt steeds een persoonlijke toelichting gegeven.

In concreto wordt aan de organisaties gevraagd om in moeizaam lopende situaties een interne netwerktafel te organiseren en, indien dit onvoldoende blijkt, een beroep te doen op een externe netwerktafel alvorens de hulpverlening definitief en eenzijdig stop te zetten.

De Provinciale Stuurgroep blijft het project opvolgen. Integrale Jeugdhulp organiseert en coördineert de aanvragen voor externe netwerktafels. De evaluatie van de netwerktafels en de intervisiemomenten met de externe voorzitters worden tenslotte nog door CAPRI-Jeugd opgenomen.

Een verdere toelichting bij het protocol wordt opgemaakt en eventueel aangevuld op basis van bijkomende vragen.

Samenvatting

De samenwerking tussen de Provinciale Stuurgroep en Integrale Jeugdhulp betekende een voortzetting en uitbreiding van het project 'Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek' (Hoofdstuk 1). De doelstelling en de doelgroep bleven hetzelfde, maar het aantal deelnemende sectoren werd uitgebreid. Er kwamen in totaal 58 aanmeldingen voor 69 kinderen/jongeren. Van deze aanmeldingen werden er 53 ontvankelijk verklaard voor 62 kinderen/jongeren. In de tweede fase van het project resulteerde elke ontvankelijk verklaarde aanmelding in een netwerktafel.

De netwerktafels worden georganiseerd volgens een vast protocol, gebaseerd op het praktijkmodel in hoofdstuk 2.

De aanmeldingsgegevens leveren informatie op over het profiel van kinderen/jongeren met een complexe problematiek (Hoofdstuk 3). De aanmeldingsredenen situeren zich op de verschillende levensdomeinen van het kind of de jongere. Er worden in fase 2 iets meer jongere kinderen in de leeftijdsfase 0-5 jaar aangemeld. Wat de hulpverleningsgeschiedenis betreft, zien we dat deze kinderen/ jongeren al op jonge leeftijd in contact komen met hulpverlening en dat ze tot op heden al heel wat begeleidingen vanuit de verschillende sectoren achter de rug hebben. Een groot percentage van deze kinderen/jongeren gaat bovendien niet naar school. Ouders geven een grote aanwezigheid van psychopathologie aan bij de aangemelde kinderen/ jongeren. De jongeren scoorden zichzelf daarentegen minder problematisch. In de tweede fase wordt de houding en het engagement van de ouders ten aanzien van hulpverlening positiever ingeschat in vergelijking met de eerste fase van het project.

In fase 2 zijn er 53 netwerktafels doorgegaan. De vragen van het kind/de jongere en de ouders staan nog steeds centraal en zij worden dan ook actief betrokken. In fase 2 was er slechts eenmalig niemand vanuit de context aanwezig tijdens de netwerktafel. De tevredenheid over de netwerktafels blijft, zowel bij het kind/de jongere, de ouders als de hulpverleners. Ook de vaste groep deskundigen beoordeelt de netwerktafels opnieuw positief. Zij formuleren ook knelpunten die het opstellen en/of uitwerken van een zorgplan bemoeilijken. Deze komen grotendeels overeen met de knelpunten uit fase 1.

Met behulp van focusgroepen krijgen we zicht op de ervaringen van betrokken hulpverleners met de netwerktafels. Op basis van de eerste twee focusgroepen zijn er aanpassingen gedaan aan het protocol van de netwerktafels. Drie grote thema's komen aan bod in de focusgroepen. Het eerste thema gaat over het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen. Deze blijken grotendeels bereikt te zijn. Er wordt ook aangegeven dat de doelstellingen vooraf heel duidelijk moeten zijn, zodat de aanmelder samen met de cliënt met realistische verwachtingen in het proces stappen. De structuur van de netwerktafels brengt volgens de deelnemers duidelijkheid en leidt tot constructief werken. Bij de verschillende subthema's worden er wel aandachtspunten aangegeven. Er

moet bijvoorbeeld extra aandacht gegeven worden aan de voorbereiding met de cliënt. Er is eensgezindheid over de meerwaarde van de vaste groep, maar er moeten steeds voldoende leden aanwezig zijn. De resultaten van de netwerktafels tenslotte blijken sterk beïnvloed te worden door het gehele proces. Verscheidene factoren kunnen dit positief of eerder negatief beïnvloeden.

Gezien de tevredenheid en de vraag naar continuering van de netwerktafels is er gezocht naar een manier om deze als methodiek binnen de jeugdhulpverlening een vaste plaats te geven. Er is door de stuurgroep een voorstel geformaliseerd in een protocol dat aan alle organisaties van de sectoren IJH en Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt voorgelegd en waarin gevraagd wordt naar een engagement om de methodiek te integreren en implementeren. De reeds gecontacteerde voorzieningen reageerden over het algemeen overwegend positief.

Aanbevelingen

In het eerste rapport werden aanbevelingen gedaan, die nog steeds aan de orde zijn.

1. Het systeem van geïntegreerde en geïndividualiseerde zorg vormt het kader bij uitstek voor een doelmatige organisatie van de netwerktafels. Dit kader stelt directe en behoeftegestuurde zorg voor kinderen, jongeren en ouders centraal. Het kind, de jongere en de ouders zijn volwaardige partners en hun inbreng vormt de basis voor de hulpverlening.
De participatie van het kind, de jongere en de ouders is een noodzaak. Zij weten vaak heel goed welke vorm van hulpverlening er nodig is om aan hun noden tegemoet te komen. De uitwerking hiervan ligt bij de hulpverleners en het bestaande hulpaanbod.
2. Een zorgaanbod dat uitgaat van de noden van kinderen, jongeren en hun ouders veronderstelt samenwerking tussen zorgverleners met verschillende deskundigheden, uit verschillende sectoren in direct overleg met de kinderen, jongeren en het gezin. Voor kinderen en jongeren met ernstige psychopathologie of handicap die opgroeien in gezinnen met diverse psychosociale problemen is deze samenwerking zeker vereist. De hier beschreven methodiek kan hieraan gestalte geven op een transparante en systematische wijze.
3. Obstakels in wet- en regelgeving bemoeilijken vaak de uitvoering van een geïndividualiseerd zorgplan. Voorbeelden hiervan zijn: het niet kunnen combineren van hulpverleningsmaatregelen ondanks de duidelijke meerwaarde hiervan en het onvoldoende beschikbaar zijn van bepaalde hulpvormen of de noodzakelijke intensiteit.
Een flexibelere toepassing van maatregelen waarbij de ganse context in rekening wordt gebracht en blijvende inspanningen voor het wegwerken van wachtlijsten, evenals het uitbouwen van nieuwe hulpvormen, is aangewezen.
4. Bij netwerktafels voor jongeren in de overgang naar volwassenheid moeten professionals en voorzieningen uit het zorgaanbod voor volwassenen betrokken worden.
5. Er is bij vele zorgverleners een behoefte aan ondersteuning en versterking bij complexe dossiers, dit om creatief te kunnen blijven nadenken en de hulpverlening gaande te houden.

6. Voor de ontwikkeling van het systeem van geïndividualiseerde zorgteams en zorgplannen is de aanwezigheid van de vaste groep deskundigen vanuit de sectoren Vlaams Agentschap Jongerenwelzijn, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Geestelijke Gezondheidszorg en Kinder- en Jeugdpsychiatrie zeker een meerwaarde. Hulpverleners vanuit de verschillende sectoren binnen de jeugdhulp leren elkaar en elkaars werking beter kennen. De leden van de vaste groep kunnen bovendien vanuit hun niet betrokken kijk meer afstand nemen en op die manier soms nieuwe perspectieven inbrengen.
Uit de evaluaties van de netwerktafels blijkt het sectoroverschrijdend werken voor alle partijen een meerwaarde.
7. Het Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII) – Instrument ter bepaling van de Zorgintensiteit voor Kinderen en Adolescenten (IZIKA) – is een doelmatig instrument om te bepalen welke intensiteit van zorg op een gegeven moment nodig is voor een bepaalde jongere. Het biedt ook een gemeenschappelijke taal voor zorgverstrekkers van verschillende achtergronden. Uit het project blijkt dat er tussen de leden van de vaste groep deskundigen een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bestaat.
8. Rekening houdend met de forse ontwikkelingsproblematiek van de jongeren en de hoge scores op de IZIKA is het ten zeerste aangewezen dat er tijdens de netwerktafels een kinder- en jeugdpsychiater aanwezig is.
9. Doordat er bij jongeren met een complexe problematiek vaak heel wat hulpverlening betrokken is, is casemanagement of hulpcoördinatie een voorwaarde voor goede hulp. Deze casemanager of trajectbegeleider kan een vaste figuur zijn voor het kind, de jongere en zijn gezin doorheen het ganse hulpverleningstraject. Eén van de belangrijkste opdrachten is dat er blijvend rekening gehouden wordt met de vragen, behoeften van kind/jongere en ouders en dat afspraken nagekomen worden.

Bijlagen

Bijlage 1: Inlichtingen- en toestemmingsformulier

Project: 'Netwerktafels

Mevrouw, Mijnheer,

U en uw zoon of dochter worden uitgenodigd voor een overleg met verschillende hulpverleners, een groep 'deskundigen', uzelf, uw zoon of dochter en de mensen die u zelf vraagt om te helpen. De bedoeling is om samen met u oplossingen te vinden voor de moeilijkheden die u ondervindt.

Wij hopen dat u en uw zoon of dochter aanwezig kunnen zijn bij het gesprek met iedereen. Indien dit niet kan, dan wordt u en uw gezin door de persoon die u uitkiest geïnformeerd over alles wat besproken is tijdens het overleg.

Alle deelnemers moeten zich houden aan het beroepsgeheim. Dit betekent dat niemand iets van wat besproken wordt tijdens het overleg mag vertellen aan anderen. Indien u merkt dat dit toch gebeurt, neem dan contact op met de onderzoekster Thirsa Van Dongen (zie gegevens onderaan). De nodige maatregelen zullen dan genomen worden.

Het is de bedoeling dat na drie maanden, na zes maanden en na twaalf maanden samen met u wordt bekeken of de hulp ook goed genoeg en voldoende is. In het totaal zullen wij uw gezin gedurende een volledig jaar opvolgen.

De onderzoekseenheid CAPRI-Jeugd, Universiteit Antwerpen, is bij dit project betrokken om een evaluatieonderzoek te doen. Het doel van de wetenschappelijke evaluatie is zicht te krijgen op de problemen waarmee bepaalde jongeren en hun gezin kampen en de noden van deze jongeren binnen de hulpverlening. Daarnaast wordt de gebruikte methodiek tijdens het overleg geëvalueerd.

In het kader van de evaluatie zal er aan u en uw zoon/dochter gevraagd worden een aantal vragenlijsten in te vullen. De gegevens bekomen uit de vragenlijsten worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt, dit wordt onder andere gegarandeerd door het feit dat de onderzoekers van de Universiteit Antwerpen volledig onafhankelijk zijn van de betrokken hulpverlening.

De wetenschappelijke evaluatie staat onder de leiding en het toezicht van de Universiteit Antwerpen. De verantwoordelijke is Professor dr. D. Deboutte. Zijn medewerkster Thirsa Van Dongen is uw contactpersoon (contactgegevens). Als u nog vragen hebt over de evaluatie kan u altijd met haar contact opnemen.

Het cliëntoverleg is een samenwerkingsverband tussen de zes sectoren Integrale Jeugdhulp en Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Voor meer informatie over het cliëntoverleg zelf kan u terecht bij (gegevens stafmedewerker IJH).

Gelieve bijgevoegd toestemmingsformulier in te vullen en terug te bezorgen aan de persoon van wie u deze brief heeft ontvangen.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Prof. Dr. D. Deboutte
Thirsa Van Dongen
CAPRI-Jeugd
Universiteit Antwerpen

...,
stafmedewerker
Integrale Jeugdhulp

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze, mondeling en schriftelijk, uitleg te hebben gekregen over de aard en de inhoud van het overleg en de wetenschappelijke evaluatie. Ik heb de gelegenheid gehad om aanvullende vragen te stellen. Mijn vragen zijn in voldoende mate beantwoord.

De schriftelijke informatie, behorend bij deze verklaring, is mij overhandigd.

Ik geef wel/geen* toestemming om mijn zoon/dochter in een cliëntoverleg en de daarbij horende evaluatie op te nemen. (*schrappen wat niet past)

Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven.

Ik ben ingelicht over de mogelijkheid aanwezig te zijn tijdens het overleg en wens wel/niet* aanwezig te zijn.

Ik ben ingelicht over de inhoud van de wetenschappelijke evaluatie en wens hieraan wel/niet* deel te nemen. (* schrappen wat niet past)

Ondergetekende(n), ouder(s) van

Indien de jongere 12 jaar of ouder is, dient hij/zij eveneens toestemming te geven door mee te ondertekenen.

Naam ouder(s) of wettelijke vertegenwoordiger(s)

.....

Datum

.....

Handtekening ouder(s)
of wettelijke vertegenwoordiger(s)

Handtekening jongere

Ik, ondergetekende, bevestig hierbij dat dit onderzoek zowel mondeling als schriftelijk aan de ouder(s) of wettelijke vertegenwoordiger(s) van bovengenoemde deelnemer is uitgelegd.

Prof. Dr. Dirk Deboutte
Onderzoeksgroep Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Universiteit Antwerpen

Datum

.....

Handtekening

Bijlage 2: Codeboek focusgroepen

Deelnemers	functie binnen netwerktafel Oplossing bieden o.b.v. eenzijdige informatie ouder – moeilijk Samenwerking met volwassen hulpverlening
Aanmelder	Aanmelder gezinnen beter selecteren voor project Aanmelder moet bewust zijn van engagement collega=aanmelder
Clïënt	afwezige cliënt-stem vertegenwoordigen belang aanwezigheid cliëntsysteem Clïënt doet zich anders voor tijdens netwerktafel (NWT) (beter) Clïënt op gemak stellen Clïënt voelde zich klein gemaakt cliënt weinig bij gebaad Clïëntsysteem krijgt erkenning dankbaarheid voor inzet cliënt Deelname NWT context - financieel moeilijk Enkel aanwezigheid cliënt al knap Moeilijk voor hulpverlener (HV) uitgaan van vraag context mondigheid cliënt NWT betrokkenheid context oplossing zonder inspraak cliënt -HV Ouder-jongere expert Context nodig tijdens NWT geen cliënt tijdens netwerktafel - minder input
Vaste groep	Aanwezigheid kinderpsychiater als expert (CGG) tijdens opvolging meer te bieden als expert niet betrokken - grotere afstandelijkheid Belang engagement vaste groep beschikbare vaste groep uitbreiden Boeiend deelname vaste groep (VG) opgelegd Deelname VG nieuwsgierig denken los van je positie Eén vaste groep - efficiënter, tijdsbesparend expertise – kennis extra vast lid NWT_reflecterende positie geen VG, geen gedragen advies, mist NWT kracht gevoel expert (CGG) niets te bieden kennis van het veld Nadeel mandaat VG - verwachting plaatsing Reden NWT_ onafhankelijke experts, te rade gaan Rol vaste groep selectie experts – participatief denken, vaardigheden verschillende invalshoeken verschillende partijen noodzakelijk aanwezig VG respectvol omgaan met cliënt tijdens NWT Voldoende experts aanwezig Zelfde mensen vaste groep overheen verschillende samenkomsten
Moderator	Moderator - voorzitter rol, taken, capaciteiten één mening dominant Tijd NWT bewaken Onderliggende zaken op tafel krijgen
Hulpcoördinator	Mandaat hulpcoördinator Taak hulpcoördinator Uitnodiging door hulpcoördinator

Structuur NWT	
Aanmelding	Aanmelding=anoniem angst voor stigma aanmelding complexe arrondissement belangrijk signaal HV weet het ook niet allemaal Dossier delen hoog gegrepen voor sommige gezinnen NWT vroeger organiseren Samenvatting hulpverleningsgeschiedenis voor NWT aan vaste groep Waarom-wanneer NWT doelgroep: kenmerken Casus met psychiatrische problematiek Casus vanuit gemeenschapsinstelling engageren voor jongeren zonder hulpvraag (nood aan motivatie bij cliënt) Gedragsproblemen op fiche - nergens meer binnen Kenmerken doelgroep Verstandelijke handicap Zigeunergezin doelgroep: selectie Geen perspectief - uitzichtloos NWT vraagt veel motivatie onmacht cliënt Cliënt - niet meer weten waar naartoe reden aanmelding complex dossier, weinig ruimte te complex vastgelopen vastgelopen HVproces - het relationele tussen cliënt en HV verkeerde setting Zorgwekkende situatie documenten, taken Brieven aan ouders moeilijk geformuleerd dingen ondertekenen - NWT hoogdrempelig Informatie vooraf - wat met beroepsgeheim Invullen vragenlijsten Papieren=verwarrend voor ouders Papierwerk=dataverzameling Toestemming deelname NWT Vragenlijsten 3 keer invullen Vragenlijsten mislukt omwille van taalproblemen kennis, voorstelling project duidelijkheid over wat cliënt kan verwachten voorstelling deelnemers,werk voorstelling project

	verwachtingen	Aanmelders hebben verschillende verwachtingen Blanco naar NWT Gaan horen dingen nog niet gedaan Geest prikkelen Hoe incalculeren dat NWT misschien niets oplevert hoge verwachtingen van project Hoop op laatste strohalm hoop op oplossing jongere ergens binnen krijgen Met kritische blik naar NWT Verschillen in verwachtingen Verwachting NWT= kan ik nog iets anders doen Verwachting NWT=delen Verwachting NWT=verder kunnen met casus verwachtingen expert ingelost verwachtingen expert-aanmelder ingelost Verwachtingen laag - meegevallen Verwachtingen temperen
Vorbereiding	organisatie locatie wie uitnodigen?	dingen ondertekenen - NWT hoogdrempelig Rekening houden met werkende ouders voorbereidend gesprek Vorbereiding NWT (toestemming, VRL) Locatie NWT Locatie NWT te chique Locatie NWT vertrouwde omgeving cliënt Cliënt kiest locatie NWT Context uitgenodigd of niet Ouders uitnodigen op NWT verschillende partijen noodzakelijk aanwezig Voldoende netwerk uitnodigen bij eerste NWT voorbereiden wie uitnodigen
IZIKA	IZIKA invullen met basiskennis cliëntsysteem IZIKA terugkoppeling naar cliëntsysteem IZIKA vragen moeilijk in combinatie met gesprek	
Netwerktafel algemeen/structuur	Forum Geen slecht systeem NWT = proces, traject NWT=verruimend, vernieuwend Werkwijze NWT al gekend Doel NWT concreet plan + verantwoordelijken voor uitvoering Doel NWT ouders=HVLs	Afzondering ouders wegens IZIKA Methodiek NWT Methodiek NWT overgenomen in GI Visualisatie op papier Veel info op korte tijd (In werksituatie) meer tijd om na te denken aanloop opsommen sterktes -

	Doel NWT ruimer dan oplossing zoeken Doel NWT=plan opstellen NWT moet opening brengen NWT samen naar oplossingen zoeken NWT=samen oplossing zoeken NWT-goed systeem om iedereen rond tafel te krijgen	traag, maar meerwaarde kijken naar positieve, constructieve elementen Voor en nagesprek vaste groep terugkoppelen op korte tijd veel overleg naar mogelijke pistes Oplossing te simpel voorgesteld door VG overleg andere HVs gebeurt reeds en werkt Protocol NWT gaf duidelijkheid Sterke kanten jongere Sterktes formuleren moeilijk Structuur constructief structuur NWT - opsommen sterktes Wijziging procedure NWT na eerste evaluatie
Methodologie/ Principes Wraparound	Ook buiten NWT meer focus vraag context Evenwicht NWT gehoord worden gelijkwaardigheid Iedereen levert bijdrage Ouder-jongere expert Ouders bieden zelf oplossingen aan Plan gedragen door ouders Sectoren handen in elkaar slaan - sectoroverschrijdend Uitgaan vraag context - ander plan met dezelfde doelstellingen Vraag ouders centraal	
Plan opstellen	achterpoortjes Advocaat (afdwingen waar je recht op hebt) Concrete afspraken de meest aangewezen sector niet opnemen van verantwoordelijkheid eerste stap zorgplan niet kunnen opnemen_ondersteuning nodig Groter engagement - verloopt sneller Plan gedragen door ouders Plan opstellen lukt rondbellen Taken verdelen Uitvoerbaarheid plan Uitwerking plan VG mee plan ontwikkelen VG moet helpen plan ouders uit te werken Voorziening ziet eerst wat haalbaar is voor zichzelf	
Opvolging	eindevaluaties - afspraken eerste NWT niet nagevolgd NWT opvolging van lopende zaken Opvolging afspraken zeer belangrijk Opvolging is ondersteuning	

	Standaard tussenliggende NWT voor opvolging en bijsturing	
Resultaat NWT	Positief - bevestiging zoveel mogelijk geprobeerd - casus opgelost door uitgebreid netwerk - Context zag geleverde werk - Doorgaan met NWT - eerste gesprek - constructief, cliënten goed gevoel - elkaar leren kennen - Ermee verder kunnen - Gedragenheid - Gewicht_impact NWT - Goed bezig, geen oplossingen - Groter engagement - verloopt sneller - Intervisie voor HV's tips, advies, sturing - Leermoment hulpverlener - netwerk verruimen - Nieuwe inzichten	Negatief - blijven vastzitten - de meest aangewezen sector niet opnemen van verantwoordelijkheid - Dingen signaleren waar je altijd op botst - dubbel gevoel - Frustratie na NWT - Geen goede NWT - geen voorstel kunnen doen - mensen nodig in de mogelijkheid regelgeving te veranderen - Minder positieve ervaring - Na NWT aanmelder gefrustreerd - niet veel veranderd of vooruitgang in dossier - Niets nieuws gehoord - NWT balans leed – nut - NWT bood geen oplossing - NWT niets oplevert - meerwaarde signaal overheid
	- NWT creëert motivatie bij ouders - NWT faciliteert om ouders door proces te laten gaan - NWT=Handvatten aangereikt krijgen - Ook buiten NWT meer focus vraag context - Plan opstellen lukt - Positief effect NWT - steun + erkenning complexe casus weg afgelegd - zaken opsteken van mensen aan NWT - weg gevonden - met of zonder netwerktafel - Voortzetting project	- probleem - beperktheid HVnetwerk - probleem – wachtlijsten - probleem - wetgeving, regelgeving voorzieningen - Uitkomst NWT=er is geen oplossing - veel gezegd dat al gekend was - Wanneer gaan ze luisteren - Wat moet er gebeuren - voor ze ingrijpen - NWT creëert hoop - niet inlossen - vastgeroest - weinig flexibiliteit
Proces NWT	Faciliteert - Aansluiten bij cliënt - Cliënt op gemak stellen - Cliënt voelde zich klein gemaakt - cliënt weinig bij gebaad - Cliëntsysteem krijgt erkenning - constructief denken - Context NWT positief ervaren - dingen zeggen zoals ze zijn (NWT confronterend) - eerste gesprek - constructief, cliënten goed gevoel - Geloven in cliënt (bevestigen) -	Bemoeilijkt - Aanmelder voor NWT al eigen plan - Als cliënt aanwezig ander gesprek - weinig ruimte, - aandacht om na te denken – oplossing Te werken - context verzet zich tegen HV - vertrouwen HV beschadigd - Dat maakt het hoogdrempelig - taal context - één mening dominant - Hulpvraag ouders verschillend van HVL - HV niet op één lijn - Moeilijk - veel mensen - NWT intimiderend voor cliënt

	kansen geven Grotere betrokkenheid partners Iedereen op één lijn mee - samen nadenken meerwaarde NWT-overstijgt gelul NWT = proces, traject NWT creëert motivatie bij ouders NWT werken naar vraagverheldering Oefening gedachten formuleren in aanwezigheid cliënt Onderliggende zaken op tafel krijgen opzoek naar engagement Positief- altijd nog dingen die goed liepen Sectoren handen in elkaar slaan - sectoroverschrijdend Taal context Tijdens NWT nieuwe info, vragen Verbinding_vertrouwen met cliënt Vertragen, stil leggen, stilstaan Vraagstelling aanvrager moet gedeeld zijn met cliëntsysteem vrij spreken met cliëntsysteem erbij weg afgelegd	onbekenden voor cliënten op NWT overleg vraagt tijd en energie verborgen agenda HV verhaal doen als cliënt niet vanzelfsprekend Verschillende visie ouder- minderjarige Vertrouwen cliënt winnen vraagt tijd Weerstand_moeilijkheid aanwezigheid cliënt HV gewoon na te denken, bespreken over oplossing zonder cliënt
Methode	Casus te simpel voorgesteld Formulering gedachten afstemmen op zorgbehoeften cliënt gehoord worden Moeilijk voor HV uitgaan van vraag context Uitgaan vraag context - ander plan met dezelfde doelstellingen Vraag ouders centraal	

ENGAGEMENT EN PROTOCOL VOOR DE TOEPASSING VAN DE METHODIEK NETWERKTAFEL ALS VORM VAN CLIËNTOVERLEG IN DE JEUGDHULPVERLENING IN DE REGIO ANTWERPEN

Vooraf

Zorg op maat bieden aan kinderen en jongeren met complexe psychosociale problemen is een belangrijke uitdaging voor de jeugdhulpverlening. Vaak is hiervoor samenwerking vereist tussen hulpverleners uit verschillende sectoren. Om de hulpvraag van het kind, de jongere en de ouders centraal te stellen is het aangewezen dat zij een sterke inbreng hebben in de opmaak van het hulpverleningstraject. Intussen werd hierin heel wat ervaring opgedaan in de regio Antwerpen die we willen consolideren en verspreiden.

1. Definities

'Externe netwerktafel': een cliëntoverleg waarbij het kind, de jongere en de ouders samen met hulpverleners en andere belangrijke personen rond de tafel zitten, ondersteund door een team van deskundigen in de jeugdhulp en voorgezeten door een externe voorzitter. Er wordt tijdens het overleg samen met het kind, de jongere en de ouders een geïndividualiseerd zorgplan opgesteld en een geïndividualiseerd zorgteam samengesteld voor het kind of de jongere. De hulpvraag van het kind, de jongere en de ouders staat centraal. Voor het overleg en de besluitvorming wordt een vast protocol gebruikt.

'Interne netwerktafel': een cliëntoverleg dat binnen en door de jeugdhulporganisatie wordt gehouden volgens dezelfde methodiek als bovenstaande. Er wordt een geïndividualiseerd zorgplan opgemaakt in samenspraak met de betrokken cliënt. Hierbij zijn structureel geen externe deskundigen aanwezig. Het overleg wordt voorgezeten door een voorzitter extern aan het hulpverleningssysteem.

'De voorzitter': modereert het cliëntoverleg. De voorzitter is niet betrokken bij de hulpverlening en is opgeleid in het gebruik van de methodiek van de netwerktafels.

'Vaste groep deskundigen': een groep vertegenwoordigers vanuit de zes sectoren Integrale Jeugdhulp en Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Per externe netwerktafel worden er vanuit de verschillende sectoren drie deskundigen uitgenodigd. Zij hebben een ondersteunende en begeleidende rol. De vaste groep deskundigen bestaat in de eerste plaats uit mensen met een openheid en bereidheid om na te denken over mogelijke oplossingen voor het kind of de jongere, dit vanuit de eigen expertise.

2. Algemeen kader

2.1. De stuurgroep netwerktafels die voorgezeten wordt door Provincie Antwerpen, Dienst Welzijn en Gezondheid en waarin alle sectoren Integrale Jeugdhulp en Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertegenwoordigd zijn, doet de aansturing en opvolging van het project. De stuurgroep stemt haar werkzaamheden af met de regionale stuurgroep Integrale Jeugdhulp Antwerpen.

2.2. De regio Integrale Jeugdhulp (IJH) Antwerpen ontvangt, via een convenant met de provincie, middelen van de Vlaamse overheid om netwerktafels te organiseren en beschikt over een pool van voorzitters en experts, die ter beschikking worden gesteld door de participerende jeugdhulporganisaties. IJH organiseert en coördineert het cliëntoverleg met externe voorzitter in de provincie Antwerpen. Aanmelden kan via het aanvraagformulier dat te vinden is op www.jeugdhulp.be, regio Antwerpen, cliëntoverleg, 'meld aan'. Op deze site is ook de werkmap IJH terug te vinden die alle inhoudelijke informatie bevat over cliëntoverleg.

2.3. Universiteit Antwerpen, CAPRI-Jeugd zorgt op aansturing van de stuurgroep netwerktafels voor de vorming, begeleiding en coaching van voorzitters voor netwerktafels uit de participerende jeugdhulporganisaties. Dit houdt in:

- Een volledige dag training voor de voorzitters, bestaande uit:
 - o De achtergrond van Systems of Care en Wraparound
 - o De methodiek van netwerktafels: geïndividualiseerd zorgplan en zorgteam
 - o Integratie van de IZIKA (Instrument ter bepaling van de Zorgintensiteit voor Kinderen en Adolescenten) en SDQ (Sterke Kanten en Moeilijkheden) binnen de netwerktafels
 - o Deontologische, organisatorische en praktische aspecten van een netwerktafel
- Een minimaal halfjaarlijkse intervisie voor de externe voorzitters

3. Engagement van de voorziening

Aan alle jeugdhulporganisaties in de Provincie Antwerpen wordt gevraagd zich mee te engageren om de methodiek van de netwerktafels te implementeren en te blijven ontwikkelen. Dit betekent concreet:

3.1. Te sensibiliseren en te stimuleren voor een maximale toepassing van de methodiek van de interne netwerktafel in de dagelijkse werking van de organisatie en voor de toepassing van de netwerktafel met externe voorzitter in complexe en voorzieningenoverstijgende situaties.

3.2. Eén of meerdere medewerkers te laten participeren aan de vorming en intervisies voor voorzitters. De jeugdhulporganisaties in de sectoren Bijzondere Jeugdbijstand en VAPH wordt gevraagd deze medewerker(s) in te brengen in een netwerk van opgeleide voorzitters die ook inzetbaar zijn voor de externe netwerktafels. De grootte van deze inzet wordt berekend a rato van de capaciteit van de organisatie. De voorzitter tracht een zo goed mogelijk resultaat van de netwerktafel te behalen. Per extern voorgezeten netwerktafel ontvangt de organisatie een vergoeding van 225 €.

3.3. Een engagement om zeker in situaties waarbij de hulpverlening aan een minderjarige moeizaam loopt en waarbij men vreest om vast te lopen, in eerste instantie een interne netwerktafel te organiseren en bij onvoldoende effect beroep te doen op een externe netwerktafel vooraleer zij de hulpverlening met een minderjarige definitief en eenzijdig stopzetten.

3.4. Participeren aan het evaluatieonderzoek van CAPRI-Jeugd, Universiteit Antwerpen.

4. Praktisch

Het formele startschot wordt gegeven op het communicatiemoment op 7 april 2011 in het provinciehuis. Hier komen de achterliggende theorie en methodieken, evenals

praktijkervaringen aan bod. Tevens worden de inhoudelijke en praktische modaliteiten van de vorming van voorzitters toegelicht.
De werkwijze zoals voorgesteld in bovenstaand protocol gaat in vanaf 1 september 2011.

Opgemaakt te ... op 2011 in 3 exemplaren

Voor IJH:
Wilfried Meyvis

Voor de stuurgroep:
Helinde Moons

Voor de jeugdhulporganisatie ... :

