Netwerktafels Noord-Limburg: uitgangspunten en projectopzet

# 1. Uitgangspunten

## Integrale Jeugdhulp

Integrale jeugdhulp beoogt de ontplooiingskansen van minderjarigen, hun ouders, hun opvoedingsverantwoordelijken en de betrokken personen uit hun leefomgeving te vrijwaren en hun welzijn en gezondheid te bevorderen. Ze draagt bij tot een zo volledig mogelijke integratie van minderjarigen in de maatschappij. Ze beoogt, door sectoroverschrijdende samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders en intersectorale afstemming van het jeugdhulpaanbod, aan die personen een continuüm van jeugdhulp aan te bieden als antwoord op een jeugdhulpvraag of een jeugdhulpbehoefte.[[1]](#footnote-1)

Een van de middelen om tot dit doel te komen, is de organisatie van de hulpverlening op een voor iedereen toegankelijke en indien nodig gecoördineerde manier. Zowel toegankelijkheid als de coördinatie van de jeugdhulpverlening is niet evident voor een groep kinderen en jongeren. Wij beschrijven hen hier als kinderen en jongeren in armoede.

**Eerste uitgangspunt: de netwerktafels Noord-Limburg beogen zowel de toegankelijkheid als de coördinatie van de hulpverlening aan kinderen, jongeren en hun gezinnen te versterken.**

## Doelgroep: kinderen en jongeren in armoede

Met kinderen en jongeren wordt iedereen bedoeld die in een afhankelijkheidspositie zit, die niet autonoom over zichzelf beslissingen kan nemen, die niet de mogelijkheden heeft om zijn leven in handen te nemen… maar daarbij steun nodig heeft van anderen. De doelgroep kan dus variëren van een ongeboren kind tot een jongvolwassene.

**Tweede uitgangspunt: de netwerktafels richten zich naar gezinnen, minderjarigen en jongvolwassenen die zich in een afhankelijkheidspositie bevinden**

In de definitie van armoede volgens Van Regenmortel[[2]](#footnote-2) zitten elementen die voor het Netwerktafelproject belangrijk zijn: armoede is multifactorieel, spreekt van verbroken verbindingen maar is niet onverbrekelijk:

*“Armoede is een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kan enkel worden overbrugd wanneer de samenleving een appèl doet op het psychologisch kapitaal van personen die in armoede leven en van hun omgeving. De samenleving maakt daarbij ook de economische, sociale en culturele kapitaalvormen voor hen toegankelijk. Zo krijgt iedereen gelijke kansen op niet kwetsende sociale en maatschappelijke interacties en op waardevolle bindingen met zichzelf, de anderen, de maatschappij en de toekomst”.*

Als we het hebben over armoede, dan betreft het meestal “complexe zorg”. De complexiteit van zorg heeft twee relevante interpuncties: ons maatschappelijk zorgaanbod is complex georganiseerd waardoor niet voor iedereen even toegankelijk en de gezinnen tot wie het zorgaanbod zich richt kunnen beschouwd worden als gezinnen met complexe zorgvragen. Beide interpuncties zijn evenwaardig maar nodigen wel uit tot een meer geïntegreerde zorgorganisatie.

Daarenboven: Kinderen in armoede hebben een eigen positie: ze hebben die van rechtswege (het Kinderrechtenverdrag kent hen die toe) en ze hebben een eigen omgeving waarop de armoede waarin ze opgroeien effecten heeft.

**Derde uitgangspunt: de netwerktafels beogen de maatschappelijke aansluiting te ondersteunen voor gezinnen, kinderen en jongeren.**

**Vierde uitgangspunt: de netwerktafels doen beroep op de eigen kracht van kinderen, jongeren en gezinnen en hun omgeving, en vertrekken zowel vanuit het perspectief van de volwassenen als van de kinderen.**

## Een zuinige innovatie

De netwerktafels Noord-Limburg zijn innovatief maar bouwen verder op het bestaande. In Limburg is er ruime expertise en een lange praktijk van cliëntoverleg voor cliënten in kansarmoede. Het Lokaal Cliëntoverleg wordt als basis genomen voor het organiseren van de netwerktafels.

Naast de filosofie van de maatzorg en de methodiek van het cliëntoverleg, inspireren de netwerktafels zich op drie andere relevante ontwikkelingen: de vraag als vertrekpunt, het perspectief van de (minderjarige) cliënt en de kracht van de sociale omgeving. Inspiratie en verbinding wordt gezocht bij de resultaten van de ontmoetingen met jongeren rond het plannen van hulpverleningstrajecten (Genk en Neerpelt) en bij de Eigen Kracht Conferenties.

**Vijfde uitgangspunt: de netwerktafels sluiten aan bij het bestaande aanbod en bij de bestaande ontwikkelingen rond empowerment van het cliëntsysteem en de omgeving van de cliënt.**

## Beroep doen op de eigen kracht van de cliënt en zijn sociale omgeving: een open deur?

EKC-coördinatoren worden opgeleid, getraind en gecoacht om het sociale netwerk rond de cliënt te vinden, aan te spreken en tot engagement uit te nodigen. Maar vooraleer zij aan de slag kunnen, is het natuurlijk nodig dat de hulpverlener zijn cliënt in het EKC-verhaal kan meenemen.

De ervaringen met Eigen Kracht Conferenties in Limburg leren dat het voor hulpverleners geen eenvoudige stap is om het eigen sociale netwerk van hun cliënten in vertrouwen te nemen. De meest gehoorde uitspraken bij de voorafgaande beoordeling van een cliëntsituatie of zij in aanmerking komt voor een aanmelding bij EKC, zijn, enigszins gechargeerd: “de cliënt heeft geen netwerk” en “het netwerk is er even slecht aan toe als de cliënt”.

Maar zijn hulpverleners wel goed getraind om in te schatten of de cliënt al dan niet over een sociaal netwerk beschikt? Waar zouden hulpverleners wel de mosterd vandaan moeten halen? Hulpverlening is vooral een individuele kwestie. Jeugdhulpverlening breidt zich uit naar het gezin als systeem. Maar wie heeft de ruimere omgeving in het oog? Hoe wordt je daarop attent gemaakt?

*,Luc' een vroegere studiegenoot en kennis van mij, had psychische problemen. Hij was een tijd opgenomen in een psychiatrische instelling en ging bij mij in de wijk in Antwerpen won en. Daarna ging het toch weer slechter. Hij deed een zelfmoordpoging en stak zijn huis in brand. Luc werd opnieuw opgenomen. Toen bleek dat zijn vader en ik de enigen waren die hem af en toe bezochten.' Na zo'n drie maanden ging Luc weer zelfstandig in de stad won en. 'Zonder dat ik daar iets vanaf wist. De verpleegkundigen hadden niet naar mijn contactgegevens gevraagd. Zij hadden mij als mogelijke bron van informele zorg niet ingeschakeld bij het netwerk rond Luc. Uiteindelijk deed hij weer een zelfmoordpoging. En die slaagde. Door mijn bezoeken gaf ik aan dat ik me om Luc bekommerde, maar ik werd niet betrokken als informele ondersteuner. Blijkbaar is men dat in de psychiatrie niet gewend. Ik werd geduld als bezoeker, verder niet. Een gemiste kans.'[[3]](#footnote-3)*

Cliënten hebben zeker niet altijd een geweldig sociaal netwerk. Hulpverleners zeggen hierover: “je kan toch geen ondersteuning vragen van de grootouders: kijk naar hun verleden met hun eigen kinderen”; “Heel de buurt is een probleem”. Als je vertrekt van een deficiëntiemodel, dan zijn dit inderdaad ernstige bezorgdheden. Maar waar hebben hulpverleners zich leren vertrouwd maken met het aanspreken van positieve kracht? En zitten die positieve krachten enkel in maatschappelijk goed functionerende individuen die veraf leven van de cliënten waarnaar we hier kijken? Hoe zit het met de steun die mensen uit hun omgeving ontvangen? Misschien kijken we niet goed. Een onderzoek naar het inzetten van sociale steunsystemen komt tot een volgende voorlopige conclusie:

*Het (…) beeld is dat van weerbare burgers die kwetsbare burgers ondersteunen. Solidariteit vonden we echter vooral tussen kwetsbare burgers onderling. Het zijn niet de sterkste schouders die de lasten dragen, maar de mensen met problemen die elkaar helpen.[[4]](#footnote-4)*

Hulpverleners maken graag op voorhand een inschatting van de te volgen weg. Diagnostiek en indicatiestelling moeten garant staan voor een zekere keuze tussen alle alternatieven om tot een verhoopte verandering te komen. Hier begint de professionaliteit van hulpverlening. Zeker de laatste jaren maken “nieuwe” denkrichtingen school: de oplossingsgerichte benadering, de presentietheorie, het waarderend onderzoek. Zij expliciteren hulpverlenende uitgangspunten van eigen kracht en de (brede) leefwereld van de cliënt. Diagnostische methoden als het ecogram en methodieken om de brede omgeving mee te nemen in de weg naar verandering zijn te vinden in de Eigen Kracht Conferenties, Persoonlijke toekomstplanning , de wraparoundbenadering.

Bij dit alles blijft de verhouding tussen de formele zorg en de informele zorg een punt van aandacht. Hulpverleners behouden graag de regie over het traject, of dan toch over dat deel van het traject waarbinnen zij volgens decreten en regels betrokken zijn. Aan de informele zorg wordt gedacht als onderaanneming voor deelaspecten die buiten hun scope vallen. Jongeren zouden beter bij de jeugdbeweging gaan om hun vrije tijd te structureren. Of bij de voetbalclub. Ondersteuning in het huishouden kan georganiseerd worden door de Thuiscompagnie. Een vrijwilliger die voor vervoer naar de Colruyt kan zorgen, wordt warm binnen gehaald. Allemaal prima maar kan dat niet nog beter? Binnen de GGZ is de kracht van het sociale (familiale) netwerk al langer gekend:

*In zijn werk met jongeren met schizofrenie viel hem (*Ross Speck*) op dat er een sterke invloed was van de sociale omgeving op de mate waarin er sprake was van overlast. Hij verplaatste dan ook zijn therapeutisch handelen naar de thuissituatie van de cliënt om meteen het gezin bij de hulpverlening te kunnen betrekken. Huisbezoek stond bij Speck hoog in het vaandel. Bovendien schakelde hij gezinsleden in als co-therapeut. Opvallend is dat hij ze ook als zodanig omschrijft, geheel in lijn met de (…) aandacht voor burgers als co-producent van publieke dienstverlening: “We noticed that in several families, the healtiest appearing family member would be absent from the family therapy in the home sessions. The family would defend these absences by statements such as he/she went to the movies, forgot about the appointment, had a date, or needed time off, etc. We began to see these family members as important in familyfunctioning, and as potential co-therapists. When this person was absent, family therapy sessions did not seem to accomplish much.” (Speck, 1998 , p. 52-53)[[5]](#footnote-5)*

Een coalitie tussen experten en sociaal en familiaal netwerk rond de veranderingswens van de cliënt leidt soms tot betere resultaten. Maar het is beslist niet altijd evident.

*Een vrouw van 71 raakt in een depressie als blijkt dat de nieuwe woning van het echtpaar niet tijdig is opgeleverd en zij dus tijdelijk in een vakantiewoning moeten intrekken.*

*Het is niet de eerste keer dat zij depressief wordt; op dat moment is al ruim 20 jaar bekend dat de vrouw aan een manisch-depressieve stoornis lijdt. Na een aantal opnamen had de familie, in overleg met de huisarts, besloten de zorg volledig zelf ter hand te nemen. De opnamen bleken namelijk erg traumatiserend en verzorging thuis, in combinatie met een zorgvuldige, door de huisarts begeleide medicatie, sloeg beter aan. Omdat bij echtgenoot en kinderen inmiddels bekend was dat stressvolle situaties vrijwel altijd gevold werden door eerst een manische periode en dan een depressie, waren zij ook altijd op hun hoede op momenten dat het spannend werd.*

*Zo ook bij deze verhuizing en tot ieders opluchting leek het allemaal goed te gaan; er waren geen voortekenen van een manie en (dus) ook niet van depressie. Tot het moment dat het meubilair opgeslagen werd in een container en het echtpaar naar de vakantiewoning vertrok.*

*Gezien de eerdere ervaringen nam de echtgenoot onmiddellijk contact op met de nieuwe huisarts, legde de situatie uit en vroeg om de, inmiddels bekende, medicatie. Die werd echter geweigerd; de huisarts wilde eerst het oordeel van de psychiater. De vrouw kreeg een intakegesprek bij de plaatselijke ggz-instelling en bij haar werd de diagnose ‘depressie’ gesteld.*

*Haar echtgenoot had inmiddels hun vorige huisarts gevraagd het dossier op te sturen en vroeg, onder verwijzing daarnaar, opnieuw naar passende medicatie voor zijn vrouw. De ggz-medewerker hield echter vast aan de diagnose en adviseerde de vrouw om deel te nemen aan een rouwverwerkinggroep. Zij voelde zich daar niet echt thuis omdat de groep verder bestond uit weduwen die met elkaar het verdriet om het verlies van hun echtgenoot konden delen. Al of niet terecht kreeg de vrouw het gevoel dat zij geen reden had om verdrietig te zijn: zij had immers haar man nog. De depressie werd dus niet minder, eerder het tegendeel. De ggz-instelling zag hierin echter geen reden om de diagnose te herzien en de behandeling aan te passen.*

*De eerdere depressieve perioden van de vrouw hadden nooit langer dan half jaar geduurd; de combinatie van medicatie en mantelzorg door echtgenoot en, toen zij nog thuis woonden, de kinderen, was blijkbaar effectief. Dit keer duurde de depressie veel langer en was zij veel ernstiger. De echtgenoot besloot opnieuw van huisarts te veranderen en voor deze was zijn verhaal, zijn ervaring als mantelzorger, wel genoeg. De vrouw kreeg (opnieuw) de diagnose manisch-depressief en alsnog de daarbij horende medicatie. Na een paar maanden, gevolgd door een korte en milde manische periode was de vrouw zover hersteld dat zij haar normale rollen weer kon vervullen[[6]](#footnote-6).*

Om tot een dergelijke coalitie te komen moeten we onze uitgangspunten versterken.

Je kan pas in dialoog gaan met alle leden van het gezin en het sociaal steunsysteem wanneer dat vanuit gelijkwaardigheid vertrekt. Dit staat als principe hoog op de top drie van jongeren die gevraagd wordt naar voorwaarden om te participeren aan hun handelingsplanning[[7]](#footnote-7). Gelijkwaardigheid betekent dat de kracht van ieders inbreng op gelijke waarde wordt geschat. De kennis van de expert is gelijkwaardig aan de ervaring van het netwerk. Beide dragen gelijkwaardig bij aan een veranderingsarrangement. Beide vertrekken van betrokkenheid maar voegen er iets uniek aan toe. Gelijkwaardigheid wil zeggen dat naast de cliënt, iedereen die zich rond de cliënt engageert, een deel van het antwoord “op zak” heeft. Kwestie van het “eruit te kloppen”.

Dit gaat niet vanzelf. Om mensen vanuit een dergelijk verscheiden leefwereld samen te brengen is meer nodig dan dit ene verbindende element: dat we met z’n allen willen dat het beter gaat met de cliënt. Er zijn manieren nodig om elkaar te vinden, elkaar aan te spreken, uit te nodigen, een plaats te geven of een plaats te vragen, tot een plan te komen.

**Zesde uitgangspunt: vertrek vanuit gelijkwaardigheid tussen de formele en de informele partners, tussen de cliënten en zijn steunsystemen.**

## Presentie en wraparoundcare

De Noord-Limburgse netwerktafels houden een versterking in van het bestaande Lokaal Cliëntoverleg voor kinderen, jongeren en gezinnen in complexe zorgsituaties die niet langs de gebruikelijke kanalen tot maatschappelijke aansluiting komen. Inspiratiebronnen om tot een versterking te komen zijn de presentietheorie en de wraparoundbenadering. Toepassingen hiervan “avant la lettre” zijn uitgebreid beschreven in enkele Limburgse contexten.[[8]](#footnote-8)

### Presentie

“De presentiemethodiek is, anders dan men wel denkt, een welgeordend, goed omschreven en professioneel te bedrijven geheel en geen samenraapseltje dat alleen door onnavolgbare charismatici gepraktiseerd kan worden.

Het eerste methodische kenmerk betreft beweging, plaats en tijd. De presentiebeoefenaar is dikwijls ‘niet onder dak’, dat wil zeggen: werkt niet vanuit een pandje of bureau. Het geldt ook in overdrachtelijke zin: het werk is niet onder de theoretische, theologische, ideologische pannen. De presentiebeoefenaar leidt een zwervend bestaan, werkt vanaf de stoep. De daarbij aansluitende basisbeweging is: naar de ander toe in plaats van omgekeerd (‘u moet naar mij toe komen’). De presentiebeoefenaar is ongehaast en houdt zich vrijelijk op in het leefmilieu van de betrokkenen, is gemakkelijk aan te klampen. Het ritme van werken is afgestemd op het leefritme van de anderen: soms is dat traag, soms buiten loketuren, soms razendsnel en urgent, soms repetitief en iteratief, vaak instabiel en redelijk onvoorspelbaar. Bovendien hebben presentiebeoefenaren in de regel langdurige contacten.

Het tweede methodische kenmerk gaat over ruimte en begrenzing. De presentiebeoefenaar is niet louter aanspreekbaar op één type probleem of hulpvraag. Openheid, domeinoverschrijding, brede inzetbaarheid, doen wat de hand vindt te doen: dat zijn trefwoorden. Een ander: gespecialiseerd in het ongespecialiseerde, en dat is (vergeleken met het reguliere welzijnswerk) hoogst bijzonder. De betrokkenen hoeven de aandacht en hartelijkheid van de presentiebeoefenaar niet te verdienen, ze zijn ook niet aan (formele) voorwaarden gebonden en kunnen het trouwens ook niet gemakkelijk verbruien. De presentiebeoefenaar is er onvoorwaardelijk. Het valt op dat presentiebeoefenaren vaak met opvallend grote eenheden werken: hele families, straten, geschiedenissen, probleemcomplexen, verhaalvertakkingen enzovoort. Alles behalve verkokerd! Daarbij behoort het kenmerk dat er zo veel mogelijk gewerkt wordt met de zaken, de verhalen en de sociale structuren zoals ze zich voordoen (organiciteit).

Het derde methodische kenmerk heet ‘aansluiting’. Er wordt aangesloten bij de leefwereld en levensloop van de betrokkenen. De presentiebeoefenaar deelt in het leven van de betrokkenen. Bovendien staat niet de jacht op problemen voorop, maar het vinden van een bevredigende verhouding tot het leven. Deze verworteling in het geleefde leven mondt uit in een ander kenmerk:

de presentiebeoefening oogt vaak heel alledaags, bedient zich ook van alledaagse omgangs- en werkvormen, werkplekken en werkrollen, van gewone taal, kleine, doodgewone aanleidingen en aangrijpingspunten. Geen zware hulpverlenende gesprekken, maar met elkaar optrekken en daar doorheen ernstige zaken aansnijden: afgrijselijke kindermishandeling ter sprake krijgen onder een patatje. De omgang van presentiebeoefenaar en de ander (pastorant, cliënt) is dikwijls heel hartelijk en informeel: men kent elkaar en deelt een geschiedenis. Trouw is een trefwoord, net als de beeldspraak van de familiale betrekking.

Methodisch kenmerk vier is afstemming en openheid. De presentiebenadering loopt niet over van door anderen uitgebroede bedoelingen. Doelen liggen niet vast, zeker niet tevoren; we spreken eerder van een doelrichting. De presentiebeoefenaar heeft een open agenda die de ander mag invullen; vaak letterlijk! Open is ook de benadering van de anderen: niet weten, je laten verrassen, je oordeel en handelen opschorten, de geleefde betekenis van het leven goed tot je door laten dringen (dus jezelf openstellen). De sturing van het werk is dus ook problematisch: reflectief, zonder vaste patronen, zonder een legitimatie vooraf, zonder veilige regels of een beschermende professionele status. Je moet het toch vooral van jezelf hebben (introspectie). Ten slotte is ook het profiel van de werker vaak laag, open, flexibel, zonder te verdoezelen wie hij/zij is, waarvoor hij/zij staat en wat zijn of haar verantwoordelijkheden zijn.

Het vijfde methodische kenmerk heeft betrekking op betekenis. Vanwege deze kenmerken is de presentiebenadering bijzonder, zij het niet exclusief, geëigend waar contact gezocht wordt met mensen in de marge van onze samenleving, met moeilijk bereikbare, chaotisch en teruggetrokken levende mensen bij wie zich de problemen opstapelen. Daarmee is tevens gezegd dat het onjuist is om de presentiebeoefening eenzijdig te associëren met armoede. Het blijkt vooral betekenisvol voor mensen die maatschappelijk uitgestoten, sociaal overbodig heten, wier verhaal, leed, leven anderen nauwelijks interesseert en die gemist kunnen worden als kiespijn. Juist die mensen worden door presentiebeoefenaren uitgekozen, gevonden, gesterkt, opgenomen in een sociaal weefsel, erkend”.[[9]](#footnote-9)

### Wraparound

“Wraparound Care-model is geen gestandaardiseerde methodiek of interventie, maar een model waarin een aantal inhoudelijke uitgangspunten vertaald worden in een werkwijze die vervolgens flexibel en op maat kan worden ingevuld. In het model staat de eigen kracht van het gezin centraal. Buiten het gezin om wordt geen actie ondernomen. Men gaat uit van een vraaggestuurde en thuisnabije hulpverlening. Er wordt gewerkt met een plan dat niet voor, maar samen met het gezin en het persoonlijk netwerk is opgesteld en waarbinnen gewerkt wordt aan het behalen van concrete doelen. Bovendien werken alle betrokken instellingen en professionals vanuit één geïntegreerde aanpak, zodat de langgerekte ketenbenadering wordt omgevormd tot een cirkel rond kinderen, jongeren en opvoeders.”[[10]](#footnote-10)

De principes achter de wraparound zijn[[11]](#footnote-11):

1. ***Gezin spreekt zich uit en kiest***
Ouders en jeugdigen worden bewust uitgelokt om hun perspectieven (ideeën) aan te geven, die vervolgens worden geprioriteerd gedurende alle fasen van de begeleiding. Planning is opgenomen in de perspectieven van de gezinsleden en het begeleidingsteam streeft ernaar opties en keuzen voor te leggen in het plan die de waarden en voorkeuren van het gezin reflecteren.

2. ***Gebaseerd op team(werk)***
Het begeleidingsteam bestaat uit personen die met goedkeuring van het gezin aan hen zijn verbonden, formeel of informeel.

3. ***Netwerkondersteuning***
Het begeleidingsteam zoekt en motiveert actief de volledige participatie van allerlei betrokkenen en relaties in het netwerk van het gezin. Het begeleidingsplan reflecteert activiteiten en interventies die aanwezige bronnen van ondersteuning in het netwerk aantrekken.

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

5. ***In de wijk***
Het begeleidingsteam implementeert begeleidings- en zorginterventies die zo volledig, benaderbaar en toegankelijk mogelijk zijn met zo weinig mogelijk beperkingen en die op een veilige wijze integratie van het kind en het gezin in huis en in de buurt bevorderen.

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

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

8. ***Eigen kracht als basis***
Het begeleidingsproces en het plan identificeren, bouwen op en vergroten de bekwaamheid, kennis, vaardigheden en eigen kracht van het kind en het gezin en hun netwerk.

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

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

# 2. Projectopzet

Het project Netwerktafels Noord-Limburg loopt tussen oktober 2011 en mei 2012. Doelstelling is om rond een aantal (10 à 15) cliëntsituaties te komen tot een gecoördineerd zorgtraject. In navolging van de geformuleerde uitgangspunten betreffen het complexe zorgsituaties waarbij kinderen, jongeren of jongvolwassenen betrokken zijn. Deze zorgtrajecten, wraparounds of zorgarrangementen[[12]](#footnote-12) hebben de vorm van een coalitie tussen cliëntsysteem, sociale steunsystemen en de formele zorg. Om tot een dergelijke wraparound te komen worden netwerktafels georganiseerd met alle betrokkenen. Deze netwerktafels resulteren in een duidelijk plan met heldere engagementen en concrete doelstellingen die door iedereen gedeeld worden.

## Begrippenkader

Deze netwerktafels positioneren zich tussen de Eigen Kracht Conferenties en het Lokaal Cliëntoverleg in Limburg. De netwerktafel vormt aan de kant van het LCO een versterking van het bestaande. De versterking bestaat erin dat :

* het hele cliëntsysteem dat betrokken is bij de veranderingsvraag aan tafel kan/mag zitten en minimum een van hen aanwezig is
* naast het formele netwerk (hulpverlening) expliciet ruimte is voor het informele netwerk van de cliënt
* de engagementen van de verschillende ondersteuners zeer concreet zijn en er in principe wordt doorgezet tot de vooropgestelde resultaten bereikt zijn (concrete engagementen en concrete doelen)

De netwerktafel vormt een alternatief voor het EKC wanneer door de cliënt geoordeeld wordt dat aan de “tafel” ook formele partners nodig zijn om het plan rond te krijgen.

De organisatie van deze netwerktafels veronderstelt helderheid in de verschillende rollen. We stellen voor om de verschillende rollen nauw te laten aansluiten bij het LCO-kader en enkel waar nodig onderscheid aan te brengen. De drie rollen die een wraparound vorm geven zijn de **cliënt**, de **spilfiguur** en de **voorzitter**. De tafel waar een wraparound vorm krijgt willen we omdopen tot een **netwerktafel**. De uitvoerders van een wraparound noemen we een **zorgteam**.

### De cliënt

* Is degene die formeel een netwerktafel vraagt (al dan niet op aangeven van een hulpverlener). Omdat we het hier over jongerenhulpverlening hebben, is de cliënt altijd minstens de jongere. Naargelang de aard van de vraag hebben we het over het cliëntsysteem: het gezin. Akkoord van de ouders is een vrij evidente hoewel niet absoluut te stellen voorwaarde. Hoewel het decreet rechtspositie aan jongeren de kans geeft hulp te vragen buiten het akkoord van ouders om, lijkt het niet erg werkbaar om tegen het akkoord van ouders in of buiten hun medeweten een dergelijk proces op te starten. Dat hoeft niet per se te zeggen dat ze er zelf in betrokken moeten zijn, cf. jongeren die op eigen benen (willen) staan. “De cliënt” zal dus per casus omschreven moeten worden.
* De cliënt zit aan het stuur van zijn eigen traject maar de verschillende ondersteuners en hulpverleners creëren mee vanuit eigen kennis en voorwaarden de vorm die dit proces aanneemt (dialoogsturing in evenwaardige posities).
* Welke cliënt viseren we? In ieder geval cliënten waar op verschillende levensdomeinen een veranderingsvraag leeft, met toch wel de ambitie om het over de “hardnekkige” cliënten te hebben.
* Het is de cliënt die bepaalt rond welke thema’s/vragen hij een wraparound wil opzetten. Het is aan het zorgteam deze hulpvraag niet in vraag te stellen maar wel erover in dialoog te gaan.

### De spilfiguur

De spilfiguur is degene die het mandaat van de cliënt krijgt om zijn zorgplan mee vorm te geven en mee te bewaken:

* Degene die met de cliënt tot het formuleren van een wraparoundvraag komt. Hij is degene die sterk betrokken is, aanvaard door de cliënt als “zijn” steunfiguur, die voeling heeft met de vragen van de cliënt en het mandaat om daarover met cliënt in onderhandeling te gaan. De spilfiguur pikt de veranderingswens van zijn cliënt op, onderzoekt met de cliënt de mogelijkheid om een zorgteam samen te stellen, bestaande uit informele en formele partners: iedereen die relevant kan bijdragen bij het veranderingsproces rond de cliënt. De spilfiguur doet met andere woorden aan vraagverheldering op basis waarvan hij samen met de cliënt een mogelijk zorgteam samenstelt. Dit vergt vaardigheden om de veranderingswens concreet te krijgen en er vervolgens een mogelijk antwoord bij te zoeken, zich steeds afvragend wat de cliënt en zijn omgeving zelf zouden kunnen oppakken (wat tijdens dit proces dus kan leiden tot een EKC of een LCO in plaats van een netwerktafel!!!)
* Degene die samen met de cliënt het initiatief neemt om een netwerktafel aan te vragen bij een voorzitter en naast de cliënt zit bij het maken van het zorgplan.
* Degene die met de cliënt de uitvoering van het plan bewaakt, zijn eigen aandeel opneemt (als hij hulpverlener is voor de cliënt en dus ook deel heeft aan de uitvoering van het plan naargelang de afspraken)
* Degene die de voorzitter van de netwerktafel informeert over de vooruitgang en indien nodig een nieuwe netwerktafel bijeen vraagt om bij te sturen of af te ronden.
* Wie is spilfiguur? In principe kan iedereen dat zijn: professional en niet-professional. Hij moet zich wel van zijn engagement bewust zijn en een trio kunnen vormen met cliënt en voorzitter.

### De voorzitter

* Is degene die op het organisatieniveau engagementen tot deelname in een zorgteam bewaakt.
* Is de procesbegeleider van de netwerktafel die het zorgteam tot een concreet plan brengt.
* Is dus ook degene die de spilfiguur en cliënt bijstaat om een zorgteam samen te stellen en de mensen aan de tafel uitnodigt (we gaan ervan uit dat een zorgteam bestaat uit mensen die zich engageren naar deze cliënt)
* Is degene die het verloop van het zorgplan op afstand volgt, daarin geïnformeerd door de spilfiguur en indien nodig actie onderneemt naar de organisaties of een nieuwe netwerktafel organiseert.
* Wie is voorzitter? In principe kan iedereen dat zijn, die aan deze functievoorwaarden voldoet. In praktijk nodigen we de LCO-voorzitters van alle negen gemeenten van Noord-Limburg uit om voorzitter te worden van netwerktafels. Dat sluit echter niet uit dat ook anderen dergelijke rol kunnen opnemen. Voor de eenvoud van het projectvoorstel vertrekken we echter van de LCO-voorzitters.

### De netwerktafel

De netwerktafel volgt naar vorm en methode de principes van het Lokaal Cliëntoverleg. Deze staan beschreven in “Met de cliënt rond de tafel”.[[13]](#footnote-13)

De netwerktafel houdt een uitbreiding en versterking in van het lokaal cliëntoverleg:

* Deelnemers aan de netwerktafel zijn naast de ouders ook de jongere en het sociale steunsysteem naast de formele partners
* De cliënt en “zijn” spiliguur krijgen een sterker regisserend mandaat
* De netwerktafel werkt toe naar een wraparound waarbij alle leden van het zorgteam zich engageren tot omschreven doelen zijn bereikt.

Belangrijke organisatorische voorwaarde is dat de formele zorg zich engageert. Deze engagementen worden vorm gegeven in het overkoepelende netwerk: de Welzijnsregio voor welzijnsdiensten en IJH voor jeugdhulpverleningsorganisaties. Organisaties worden uitgenodigd om een aantal organisatieprincipes soepeler toe te passen naargelang de vraag van de cliënt, om de spilfiguren ook de nodige armslag te geven om het parcours van de cliënt te blijven volgen, eventueel tot er een andere spilfiguur kan overnemen. Hoe ver die engagementen kunnen gaan, zal per organisatie verschillen. Het voorafgaand in gesprek gaan rond engagementen is wel nodig om een soepel gesprek op een netwerktafel mogelijk te maken.

## Verloop van het project

* 27/9/2011: de initiatiefnemers wonen een seminariedag bij waarbij wordt ingezoomd op drie elementaire aspecten van netwerktafels/wraparoundcare. Dit zijn
	+ Nabijheid: het contact met de cliënt en zijn vraag tot verandering. Inspiratie komt uit het straathoekwerk (presentietheorie) en het Team Advies en Ondersteuning
	+ Sociale steunsystemen mobiliseren: Hoe krijg je de cliënt over zijn “vraagverlegenheid”[[14]](#footnote-14), hoe krijg je het sociale steunsysteem in beeld en aan de praat? Inspiratie komt uit deEigen Kracht Conferenties
	+ Netwerktafels organiseren: Hoe organiseer je een heterogene tafel en begeleid je die naar een gemeenschappelijke set engagementen en doelen? Inspiratie halen we uit de Therapeutische Projecten en het Lokaal Cliëntoverleg.
* 5/10/2011: afspraken met de jeugdhulpverleningspartners in de netwerkstuurgroep Noord-Limburg
* ????: engagement van de Welzijnsregio en de Thuiscompagnie
* 10/2011 – 05/2012:
	+ Organisatie van 10 à 15 netwerktafels
	+ Organisatie van 9 inter- en supervisiemomenten
* 06/2012: rapportage van de ervaringen in een open studiedag met het oog op verdere verspreiding

## Financiering

Door Integrale Jeugdhulp worden middelen ter beschikking gesteld om cliëntoverleg te organiseren. Deze middelen worden aan het netwerktafelproject als volgt toegekend (voorstel!!!!):

* Communicatie en sensibilisering €2700
	+ Drukwerk
	+ Eindverslag en organisatie studiedag
	+ Ontmoeting met jongeren (2 regio’s)
* Intervisie €4500
	+ Seminarie van 27/9/2011
	+ 9 bijeenkomsten met een deskundige
* Organisatie van netwerktafels €1500
	+ 10 à 15 netwerktafels
1. Decreet betreffende de integrale jeugdhulp (2004), artikel 3 §1 [↑](#footnote-ref-1)
2. Van Regenmortel T. (2002), Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede, Acco, Leuven/Leusden. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jan Steyaert, interview “We missen een visie op informele zorg”, interview in Zorg en Welzijn, oktober 2010 [↑](#footnote-ref-3)
4. Lilian Linders, Niet de sterkste schouders, Sociale Interventie, 16/2, 2007 [↑](#footnote-ref-4)
5. In: Op zoek naar duurzame zorg, p 33 [↑](#footnote-ref-5)
6. In: Op zoek naar duurzame zorg, p 108 [↑](#footnote-ref-6)
7. Verslag van de ontmoeting met jongeren rond het thema “deelnemen aan cliëntoverleg”, Neerpelt, voorjaar 2011 [↑](#footnote-ref-7)
8. Op eigen kracht verder. Hulpverlening aan huis bij kansarmen / Katrien Vandenbempt - Leuven:

Katholieke Universiteit Leuven. Hoger Instituut voor de Arbeid, 2001 [↑](#footnote-ref-8)
9. Baart, Andries, Een beknopte schets van de presentietheorie. In:Presentie, themanummer van Sociale Interventie 12(2003)2, uitgave van Elsevier, tevens als Markant, 2003/2, uitgave van de SOM, Den Bosch 2003 [↑](#footnote-ref-9)
10. <http://www.onderzoek.hu.nl/los/Kenniscentrum%20Sociale%20Innovatie/Wraparound%20care.aspx> [↑](#footnote-ref-10)
11. ‘Ten principles of the wraparound process.’ Bruns, E.J., Adams, J., Miles, P., Osher, T.W., Rast, J., VanDen Berg, J.D. & National Wraparound Initiative Advisory Group. Portland, 2004. [↑](#footnote-ref-11)
12. Uiteenzetting door de heer Karel De Vos, commissie Jeugdzorg in het Vlaams Parlement, 2011 [↑](#footnote-ref-12)
13. Met de cliënt rond de tafel. Draaiboek lokaal cliëntoverleg voor coördinatoren, spilfiguren, hulpverleners en beleidsmakers. Eindredactie: Mieja Engelen, Provincie Limburg, 2003 [↑](#footnote-ref-13)
14. Lilian Linders. Niet de sterkste schouders. Sociale Interventie 16(2007) 2, uitgave van Elsevier [↑](#footnote-ref-14)