

Inhoudstafel

Inleiding	1
Hoofdstuk 1: Opstart onderzoeksproject	
1.1. Bekendmaking	3
1.2. Aanmeldingsfase	3
1.2.1. Aantal aanmeldingen	4
1.2.2. Selectieprocedure	5
Hoofdstuk 2: Gegevens over het profiel van jongeren met een complexe psychosociale problematiek	
2.1. Aanmeldingsreden	7
2.2. Gegevens kind/jongere	9
2.3. Hulpverleningsgeschiedenis	9
2.3.1. Ontwikkelingsfase eerste maal in contact met hulpverlening	9
2.3.2. Aantal begeleidingsinstanties	10
2.4. Schoolcarrière	13
2.5. Socio-economische en gezinssituatie	13
2.6. Aanwezigheid van psychopathologie bij aanmelding	15
2.7. Houding ten aanzien van hulpverlening	18
Hoofdstuk 3: Netwerkontwikkeling: theoretisch kader	
3.1. Inleiding	21
3.2. Principes van het geïndividualiseerd zorgplan/zorgteam	23
3.3. Implementatie van het geïndividualiseerde zorgteam/zorgplan: Noodzakelijke condities	24
3.4. Procedures geïndividualiseerd zorgteam/zorgplan	27
Hoofdstuk 4: Netwerktafels	
4.1. Verloop netwerktafels	30
4.2. Gegevens netwerktafels	34
4.2.1. Aantal	34
4.2.2. Gegevens deelnemers	35
4.2.3. Resultaten IZIKA	35
4.2.4. Resultaten Opvoedingsschaal	39
4.3. Eerste opvolging	40

4.4. Tweede opvolging en eindevaluatie	43
4.4.1. Resultaten SDQ overheen drie meetmomenten	43
4.4.2. Resultaten IZIKA bij eindevaluatie	48
4.5. Evaluatie netwerktafels	49
4.5.1. Resultaten zorgplannen	49
4.5.2. Tevredenheid jongere, ouders en casemanager	52
4.5.3. Beoordeling vaste groep	53
Hoofdstuk 5: Samenvatting en aanbevelingen	59

Inleiding

Goede en doelmatige zorg voor kinderen en jongeren met een complexe psychosociale problematiek vraagt samenwerking tussen verschillende partners, tussen verschillende sectoren. Dit blijkt niet altijd zo evident. Daarom werd door de provinciale stuurgroep Bijzondere Jeugdbijstand van de Dienst Welzijn Provincie Antwerpen het project *'Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek'* uitgewerkt.

De participerende sectoren zijn: Bijzondere Jeugdbijstand (BJB), Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Integrale Jeugdhulp (IJH), Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

De doelgroep bestaat uit kinderen of jongeren die noden hebben op bijna elk levensdomein en ernstig belemmerd zijn in hun emotionele, sociale en/of educatieve ontwikkeling. Door de complexiteit van de zorgvraag is hulp vanuit één sector onvoldoende of zou de betrokken jongere beter geholpen kunnen worden door een andere sector.

Het project had volgende doelstellingen:

- Het profiel van kinderen en jongeren met een complexe psychosociale problematiek en hun context beschrijven.
- De samenwerking tussen verschillende diensten en sectoren helpen realiseren en/of verbeteren.
- Hiaten en noden binnen de hulpverlening in kaart brengen en rapporteren.

Om deze doelstellingen te verwezenlijken werd geopteerd voor een regionaal actieonderzoek. Via netwerkvorming in concrete casussen werd er regionale uitwisseling en samenwerking georganiseerd tussen de verschillende sectoren. Daarnaast werd het gehanteerde samenwerkingsmodel geëvalueerd.

De eerste fase van het project omvatte de aanmeldingsfase. De verschillende deelnemende sectoren binnen de Provincie Antwerpen kregen de mogelijkheid jongeren aan te melden die door de hulpverleners als complex werden beoordeeld. Aan de hand van de informatie verkregen uit deze aanmeldingen werd een profiel geschetst van deze jongeren.

Na inzameling van alle aanmeldingen werd een aselechte steekproef genomen van 30 casussen. Om het evenwicht tussen de regio's te respecteren werden de geselecteerde casussen volgens de recente bevolkingsgegevens proportioneel verdeeld over de drie

arrondissementen. Dit betekende de mogelijkheid tot 17 netwerktafels voor Antwerpen, 6 voor Mechelen en 7 voor Turnhout. Uiteindelijk hebben er 19 netwerktafels in Antwerpen, 2 in Mechelen en 9 in Turnhout plaatsgevonden.

De tweede fase omvatte de organisatie van netwerktafels voor de geselecteerde aanmeldingen. Een netwerktafel heeft het ontwikkelen van een geïndividualiseerd zorgplan tot doel. Onder extern voorzitterschap gaan ouders, het kind/de jongere, betrokken hulpverleners en een vast team van deskundigen uit de vier sectoren (BJB, GGZ, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en VAPH) via een vast protocol aan de slag. Er wordt samen een zorgplan op maat opgesteld, waarbij afspraken over de opvolging en uitvoering worden geconcretiseerd. Tevens wordt een geïndividualiseerd zorgteam samengesteld. Het kind, de jongere en de ouders worden aangesproken als partners en hun inbreng vormt de basis voor de ontwikkeling van het zorgplan.

Aan de netwerktafels waren drie evaluatiemomenten gekoppeld: na drie, zes en twaalf maanden. Deze opvolgmomenten hadden tot doel de uitwerking van de opgestelde zorgplannen te evalueren, de hiaten en noden in de jeugdzorg te rapporteren en de doelmatigheid van het gehanteerde model na te gaan.

Hoofdstuk 1:

Opstart onderzoeksproject

Bij de opstart volgde allereerst een bekendmaking van het project binnen de deelnemende sectoren van de Provincie Antwerpen. Dit gebeurde via allerlei kanalen. Daarop volgde een aanmeldingsperiode, waarna de selectie van dertig dossiers plaatsvond. Deze dertig dossiers werden opgenomen in de tweede fase van het project.

1.1. Bekendmaking

Het onderzoeksproject werd bekendgemaakt in de verschillende sectoren door volgende interventies en informatiemomenten:

- Toelichting op het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA)
- Tekst op de website van de Ondersteuningsstructuur Bijzondere Jeugdzorg (OSBJ)
- Toelichting bij alle consulents BJB per arrondissement. De consulents werden intern uitgenodigd op afzonderlijke informatiemomenten.
- Mailing aan alle voorzieningen BJB uit de Provincie Antwerpen namens de stuurgroep
- Toelichting bij de Centrale Zorgregistratie voor minderjarigen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)
- Toelichting bij de Gemeenschapsinstellingen (GBJ)
- Mailing aan en mondeling onderhoud bij alle Jeugdrechters in de provincie
- Toelichting op de Provinciale Overleggroep Problematisch Middelengebruik

1.2. Aanmeldingsfase

Hulpverleners vanuit de verschillende deelnemende sectoren binnen de Provincie Antwerpen (BJB, VAPH, GGZ en Kinder- en Jeugdpsychiatrie) konden, op basis van de eigen beoordeling van de complexiteit, zich samen met kind of jongere en ouders inschrijven in het project 'Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek'. Afgezien van het leeftijds criterium (max. 17 jaar) waren er geen uitsluitingscriteria.

De aanmelder diende informatie over de jongere en zijn context aan te leveren, door:

- Een vragenlijst in te vullen die door de onderzoeksgroep werd opgesteld. Deze vragenlijst informeerde naar de reden van aanmelding, gegevens van het kind en zijn/haar familie zoals geslacht, geboortedatum, socio-economische status, hulpverleningsgeschiedenis, school en houding van de ouders en de jongere ten opzichte van hulpverlening. De vragenlijst omvatte open en meerkeuzevragen.

- De ouders van de 3 tot 17-jarigen en de jongeren van 11 tot 17 jaar vulden de 'Strengths and Difficulties Questionnaire' (SDQ; Goodman, 1997) in, vertaald Sterke Kanten en Moeilijkheden (Een Nederlandse versie kan gedownload worden op www.sdqinfo.com). De SDQ is een instrument om de aanwezigheid van psychopathologie bij kinderen en adolescenten na te gaan.

De informatie van alle aanmeldingen vormt de basis voor de profielomschrijving van deze kinderen, jongeren en hun context.

Deze gegevens werden bezorgd aan de onderzoeker. Aan de hand van de geboortedatum en het geslacht gaf de onderzoeker de jongere een identificatienummer om de privacy van de jongeren te vrijwaren. Dit werd vervolgens doorgegeven aan de aanmelder. Dit gold als bevestiging dat de jongere was opgenomen in de selectieprocedure en kon geselecteerd worden voor het verdere traject.

De aanmeldingsperiode liep van 01/05/2007 tot 31/08/2007. In februari 2008 werd een nieuwe oproep gelanceerd voor extra aanmeldingen. Van de aanvankelijk geselecteerde aanmeldingen hadden er namelijk heel wat afgehaakt omwille van een reeds uitgewerkt traject, weigering van de ouders tot deelname of een aanmelder die niet akkoord ging met het protocol voor de netwerktafels (zie tabel 1c). Vervolgens zijn de aanvankelijk niet-geselecteerde aanmeldingen aangesproken om toch verder deel uit te maken van het onderzoeksproject. Ook hier was voor heel wat jongeren die aangemeld waren reeds een traject uitgewerkt. Het project kon volgens de aanmelder in de huidige situatie weinig meerwaarde bieden.

1.2.1. Aantal aanmeldingen

Het totaal aantal aanmeldingen bedroeg 61 gezinnen of 66 jongeren. Van één gezin werden vier kinderen aangemeld en van een ander gezin drie kinderen. Het totaal aantal aanmeldingen uit de aanvankelijke aanmeldingsperiode bedroeg 52 gezinnen of 57 jongeren. De nieuwe oproep in februari leverde 9 extra aanmeldingen op.

Voor Antwerpen waren er in totaal 34 aanmeldingen, voor Mechelen 4 en voor Turnhout 23. De nieuwe oproep leverde voor Antwerpen 1, voor Mechelen 1 en voor Turnhout 7 extra aanmeldingen op.

Tabel 1a geeft een overzicht van het aantal aanmeldingen vanuit de verschillende sectoren in de drie arrondissementen.

Tabel 1a: Overzicht aantal aanmeldingen

	Arrondissement			Totaal
	Antwerpen	Mechelen	Turnhout	
BJB	16	0	9	25
GBJ	5	0	1	6
GBJ/BJB*	0	0	1	1
Kinder-en Jeugdpsychiatrie	1	0	0	1
VAPH	10	4	12	26
VAPH/BJB*	2	0	0	2
Totaal	34	4	23	61

* In Turnhout is één dubbele aanmelding geteld, het dossier werd hier door zowel de consultant Sociale Dienst Jeugdrechtbank (SDJ) als de GBJ aangemeld. In Antwerpen is er twee maal sprake van een dubbele aanmelding, het dossier werd telkens zowel door het VAPH als BJB ingediend.

1.2.2. Selectieprocedure

Een aselechte steekproef van 30 casussen werd genomen na inzameling van alle aanmeldingen uit de eerste aanmeldingsperiode. De aanmeldingen werden op datum gerangschikt, op basis waarvan verdere selectie gebeurde. Er kon dus niet voor alle aangemelde jongeren een netwerktafel georganiseerd worden. Bovendien werd rekening gehouden met een proportionele verdeling per regio. Dit betekende de mogelijkheid tot 17 netwerktafels voor Antwerpen, 6 voor Mechelen en 7 voor Turnhout. Tabel 1b geeft de ad random geselecteerde dossiers vanuit de verschillende sectoren in de drie arrondissementen weer.

Tabel 1b: Ad random geselecteerde dossiers

	VAPH	BJB	GBJ	Kinder- en Jeugdpsychiatrie	Totaal
Antwerpen	6	10	3	0	19
Mechelen	3	0	0	0	3
Turnhout	2	5	1	0	8
Totaal	11	15	4	0	30

Tabel 1c: Aanvankelijk geselecteerde dossiers die hebben afgehaakt.

Reden afhaken		Geen toestemming ouders	Reeds traject uitgestippeld	Aanmelder niet akkoord met protocol	Totaal
Antwerpen	BJB	1	2	0	4
	VAPH	0	1	0	
Mechelen: VAPH		1	0	0	1
Turnhout: BJB		2	0	1	3
Totaal		4	3	1	8

De aanmelders werden via mail op de hoogte gebracht van het feit of hun aanmelding al dan niet geselecteerd was.

Aan de hulpverleners van de niet-geselecteerde dossiers werd gevraagd om het identificatienummer van de jongere goed te bewaren. De jongere kon namelijk nog in aanmerking komen voor het verdere traject indien een geselecteerd dossier afhaakte. Bovendien fungeerden de niet-geselecteerde dossiers als controlegroep voor het evaluatieonderzoek.

Ten gevolge van deze beslissing is de controlegroep mogelijks gebiased. We vonden het echter ethisch niet verantwoord om de 30 plaatsen voor een netwerktafel niet volledig te benutten. Daarom werd ook de controlegroep aangesproken als een geselecteerd dossier afhaakte.

Als een dossier deel uitmaakte van de controlegroep werd de aanmelder na zes maanden en na een jaar gecontacteerd om informatie te verzamelen over de betrokken kinderen en jongeren. Er werd telkens aan de jongere vanaf 11 jaar gevraagd om opnieuw de SDQ Jongere in te vullen en aan de ouders om opnieuw de SDQ Ouders en de Opvoedingsschaal in te vullen. Hiervoor ontving het gezin een geschenkbond ter waarde van €25. Aan de aanmelder werd een overzicht van de hulpverleningsgeschiedenis sinds aanmelding gevraagd.

Voor de controlegroep werden via de aanmelder 22 jongeren aangeschreven. Van 14 jongeren is er na zes maanden respons gekregen. Na een jaar kregen we de vragenlijsten van 5 jongeren terug.

Hoofdstuk 2:

Gegevens over het profiel van jongeren met een complexe psychosociale problematiek

Dit hoofdstuk omvat de gegevens bekomen via de aanmeldingsformulieren. Allereerst worden de redenen van aanmelding voor het project gerapporteerd. Daarop volgt een overzicht van de kindgegevens, hulpverleningsgeschiedenis, schoolcarrière, socio-economische gegevens en gezinssituatie. Tenslotte worden de gegevens uit de SDQ en de aanvaarding en het engagement van de jongere en de ouder(s) ten aanzien van hulpverlening weergegeven.

2.1. Aanmeldingsredenen

Op het aanmeldingsformulier werd er gevraagd naar de aanmeldingsredenen, zowel wat betreft de problematiek van de jongere als de problematiek van de context. Deze aanmeldingsreden(en) werd door de aanmelders uitgeschreven. Na analyse van de verzamelde aanmeldingsredenen overheen de 61 aanmeldingen voor 66 jongeren bekomen we onderstaande gegevens.

Aanmeldingsproblematiek van de jongere zoals beschreven door de aanmelder:

- Bij de meerderheid van de jongeren wordt minstens één aandoening of stoornis gerapporteerd:
 - o Ontwikkelingsstoornis (autisme) (N=21)
 - o Gehechtheidsstoornis (N=16)
 - o Stemmingsstoornis (N=9)
 - o Aandachtstekortstoornis en Gedragsstoornis (ADHD, oppositioneel opstandige gedragsstoornis) (N=10)
 - o Mentale handicap (N=24).
- Er zijn problemen op school, zoals een onregelmatige schoolloopbaan, gedragsproblemen, niet schoolgaan (N=29).
- Bij meer dan de helft van de jongeren worden moeilijkheden in verband met hulpverlening gerapporteerd (N=35):
 - o Het vinden van de geschikte hulpverlening
 - o Al lang op de wachtlijst
 - o Gebrek aan een perspectief
 - o Verschillende plaatsingen, zonder wezenlijke verbetering
 - o Verblijf in een voorziening(en) loopt moeilijk (niet houden aan regels, veel aandacht nodig)
- Problematisch gedrag vormt bij velen een reden van aanmelding, zoals:

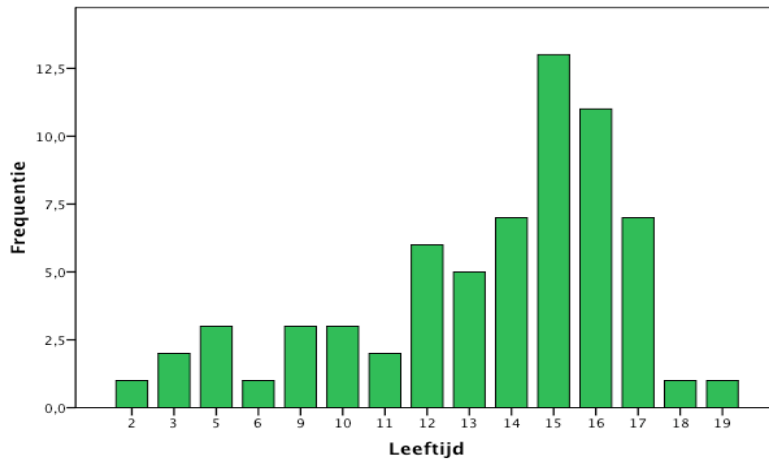
- Agressie (N=16)
- Weglopen (N=7)
- Middelengebruik (N=6)
- Plegen van feiten (N=6)
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag (N=5)
- Automutilatie (N=6)
- Belemmering in de gewetens- en persoonlijkheidsontwikkeling (N=6)
- Sociale problemen/weinig context (N=14)
- Traumatische ervaringen (misbruik, mishandeling, tijdens vroegere plaatsingen) (N=8)

Aanmeldingsproblematiek van de context zoals beschreven door de aanmelder:

- Gezinsamenstelling:
 - Alleenstaande ouder (N=7)
 - Scheiding (N=10)
 - Nieuwe partner (N=5)
 - Andere kinderen binnen het gezin (N=7)
 - Geen contact met ouder (N=11)
 - Ouder overleden (N=3)
- Bijna de helft (N=25) van de ouders wordt als pedagogisch zwak, met beperkte draagkracht, omschreven.
- In een aantal situaties gaat het om allochtone ouder(s) (N=13)
- Bijna 1/3^{de} van de gezinnen kampt met financiële problemen (N=17)
- Onduidelijke grenzen en normen / weinig structuur (N=11)
- Agressie binnen het gezin (N=8)
- Problematiek ouder(s)
 - Psychiatrische problematiek (N=5)
 - Mentale achterstand (N=5)
 - Middelengebruik (N=8)
 - Achtergrond, verleden ouder (N=8)
 - Medische problemen (N=2)
- Sprake van verwaarlozing, mishandeling, misbruik (N=15)
- In verband met hulpverlening:
 - Moeilijke samenwerking met ouder(s)/ouder(s) weinig zicht op de problematiek van de jongere (N=11)
 - Verschillende hulpverlening betrokken (maar geen oplossing/nood aan overleg) (N=4)

2.2. Gegevens kind/jongere

Van de 66 aangemelde jongeren zijn er 45 jongens en 21 meisjes. Deze jongeren hebben een leeftijd variërend van 2 tot 19 jaar. De gemiddelde leeftijd is 13 jaar. Veertien procent van de jongeren heeft geen Belgische nationaliteit.



Figuur 2a: Aantal aanmeldingen per leeftijd (N=66)

2.3. Hulpverleningsgeschiedenis

2.3.1. Ontwikkelingsfase eerste maal in contact met hulpverlening

In tabel 2a wordt het aantal jongeren dat in een bepaalde ontwikkelingsfase voor de eerste maal in contact komt met hulpverlening weergegeven.

Van de aangemelde jongeren kwam 45% in contact met hulpverlening voor ze de leeftijd van 6 jaar bereikten. De meerderheid van de aangemelde jongeren (78%) ontving hulp voor de leeftijd van 12 jaar.

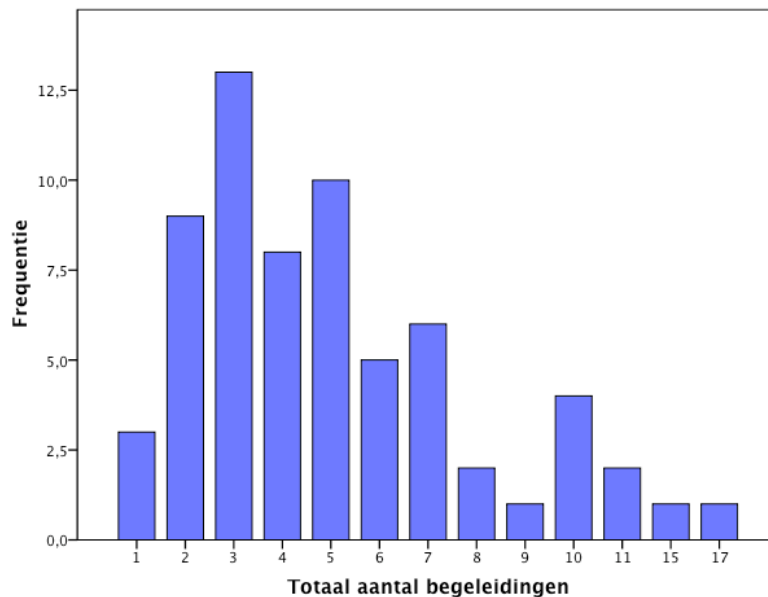
Tabel 2a: Ontwikkelingsfase eerste maal in contact met hulpverlening

N	0-2 jaar	3-5 jaar	6-12 jaar	12-18 jaar
64	16 (25%)	13 (20%)	21 (33%)	14 (22%)

2.3.2. Aantal begeleidingsinstanties

Onderstaande figuren geven een overzicht van het aantal instanties vanuit de verschillende sectoren waardoor de 65 jongeren begeleid werden.

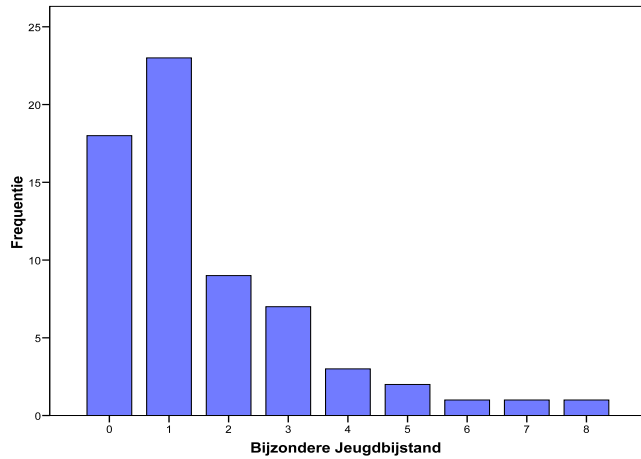
Figuur 2b geeft het aantal begeleidingsinstanties over de sectoren heen weer. Bijna de helft (N=32/65) van de jongeren werd tot op heden reeds begeleid door 4 of meer begeleidingsinstanties. Zeventien procent van de jongeren heeft meer dan zeven begeleidingsinstanties vanuit de verschillende sectoren achter de rug.



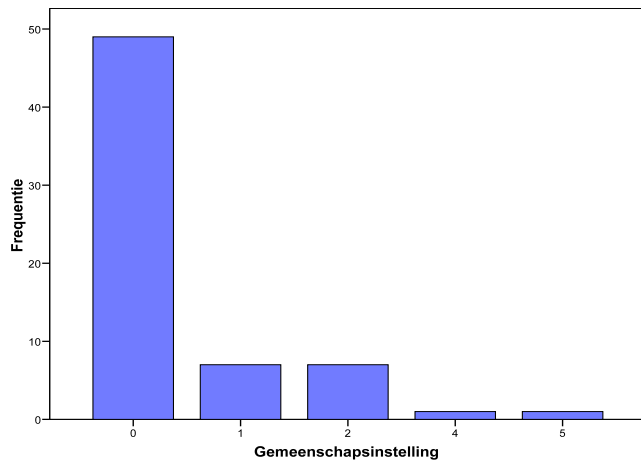
Figuur 2b: Aantal begeleidingsinstanties over de sectoren heen (N=65)

Figuren 2c tot en met 2g geven een overzicht van het aantal begeleidingsinstanties voor elk van de sectoren afzonderlijk.

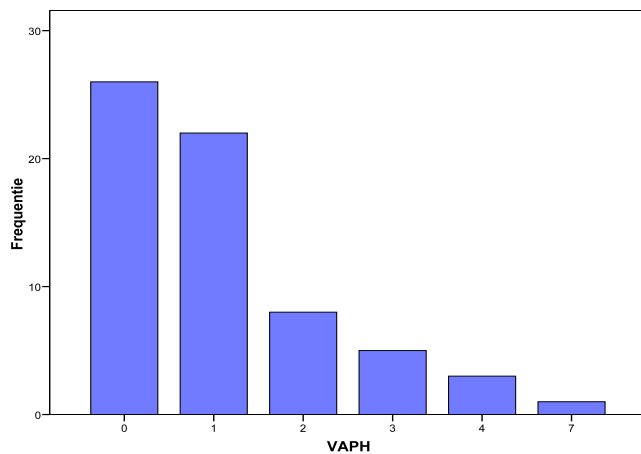
Acht procent van de jongeren heeft meer dan vier verschillende begeleidingsinstanties binnen de BJB achter de rug. Binnen de GBJ is 14% van de jongeren minstens één keer geplaatst geweest. 14% van de jongeren heeft binnen het VAPH meer dan twee begeleidingsinstanties gehad. Vanuit GGZ kreeg 33% van de jongeren nooit eerder hulp en bij 24,6% was er eenmalig contact. Kind en Gezin tenslotte heeft 6% van de jongeren meer dan één keer begeleid.



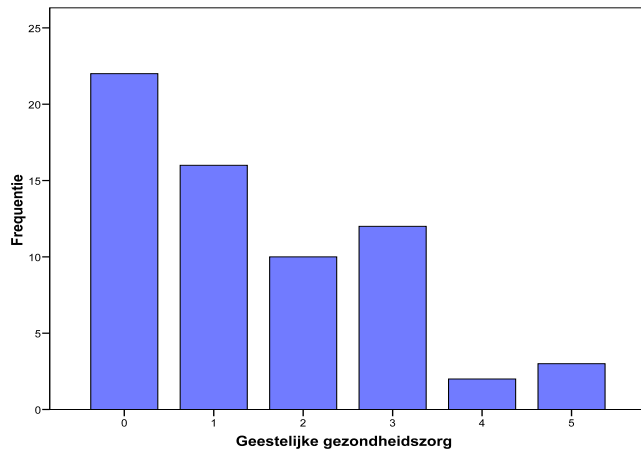
Figuur 2c: Aantal begeleidingsinstanties vanuit BJB (N=65)



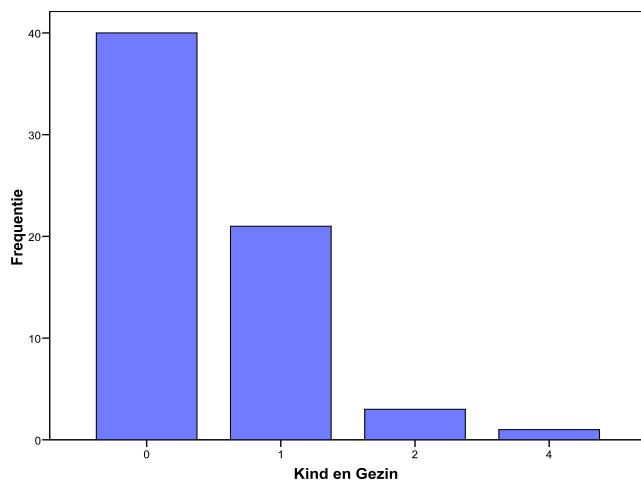
Figuur 2d: Aantal begeleidingsinstanties binnen de GBJ (N=65)



Figuur 2e: Aantal begeleidingsinstanties vanuit VAPH (N=65)



Figuur 2f: Aantal begeleidingsinstanties vanuit GGZ (N=65)



Figuur 2g: Aantal begeleidingsinstanties vanuit Kind & Gezin (N=65)

Tabel 2b geeft het percentage jongeren weer dat hulpverlening heeft ontvangen vanuit de verschillende sectoren, namelijk BJB (waaronder ook de GBJ vallen), VAPH, GGZ en Kind & Gezin.

Van de jongeren heeft reeds 40% uit drie of vier sectoren hulp ontvangen.

Tabel 2b: Aantal sectoren van waaruit jongeren hulpverlening (hebben) ontvangen.

N	1 sector	2 sectoren	3 sectoren	4 sectoren
65	9 (13,8%)	30 (46,2%)	19 (29,2%)	7 (10,8%)

2.4. Schoolcarrière

Meer dan 40% van de jongeren (N=65) gaat momenteel niet naar school. In onderstaande tabel 2c worden enkel de gegevens van deze jongeren weergegeven. De meerderheid van de jongeren loopt school in het buitengewoon onderwijs (zowel in het lager als het secundair onderwijs).

Het dient vermeld te worden dat heel wat begeleidingen geen duidelijk zicht hebben op de huidige schoolloopbaan van de jongere. Dit blijkt uit van de beperkte invulling van schoolgegevens op de aanmeldingsformulieren.

Tabel 2c: Schoolcarrière schoolgaande jongeren

	Lager onderwijs (N=49)	Secundair onderwijs (N=43)
Gewoon onderwijs	15 (30,6%)	15 (34,9%)
Buitengewoon onderwijs	34 (69,4%)	28 (65,1%)

2.5. Socio-economische en gezinssituatie

De gemiddelde leeftijd van vader (N=39) is 43 jaar en van moeder (N=48) 39 jaar. Van de moeders heeft 16,4% geen Belgische nationaliteit evenals 18,5% van de vaders.

Het gemiddeld aantal kinderen van zowel moeder (N=61) als vader (N=49) is 3. De hulpverlener geeft aan dat moeder (N=60) bij 76,7% van de jongeren wordt aanzien als de primaire verzorger, vader (N=60) bij 36,7% van de jongeren. 45,8% van de aangemelde jongeren zijn het eerste kind van moeder (N=59) en 61,2% van de aangemelde jongeren zijn het eerste kind van vader (N=49). In meer dan de helft (N=29/54) van de gevallen is er eveneens hulpverlening voor de andere kinderen van moeder. Bij vader (N=43) is er in 48,8% van de gevallen tevens hulpverlening voor de andere kinderen.

In onderstaande tabellen worden de burgerlijke stand van beide ouders, de mate van contact tussen ouder(s) en het kind/de jongere, de tewerkstelling, het totale beschikbare gezinsinkomen en de woonsituatie van de ouders gespecificeerd.

Bijna één derde van de moeders is alleenstaand, in een kwart van de situaties heeft moeder een nieuwe partner. In 34,4% van de gevallen is moeder gehuwd of samenwonend met de vader van de jongere.

Moeder heeft in 45% van de gevallen meer dan één keer per week contact met de jongere. Bij vader is dit in 41,8% van de gevallen. In 38,2% van de situaties is er geen contact meer met vader. 20% van de moeders heeft een volledig jaar gewerkt (voltijds of halftijds). Betreffende tewerkstelling en verdere socio-economische gegevens geeft de hulpverlener vaak aan dat dit voor hem/haar onbekend is.

Tabel 2d: Burgerlijke stand ouders

	Moeder (N=61)	Vader (N=58)
Gehuwd of samenwonend met de moeder/vader van de jongere	34,4%	39,7% (2x stiefvader)
Gehuwd of samenwonend met een nieuwe partner	24,6%	19,0%
Weduwe/weduwenaar	3,3%	1,7%
Alleenstaand	29,5%	15,5%
Moeder/vader overleden	1,6%	6,9%
Onbekend	6,6%	17,2%

Tabel 2e: Contact tussen ouders en kind/jongere

	Moeder (N=60)	Vader (N=55)
Meer dan één keer per week	45,0%	41,8%
Eén keer per week	18,3%	7,3%
Minstens één keer per maand	15,0%	1,8%
Slechts één keer per maand of minder	11,7%	5,5%
Geen contact	6,7%	38,2%
Onbekend	3,3%	5,5%

Tabel 2f: Tewerkstelling moeder en vader

	Moeder (N=56)	Vader (N=50)
Volledig jaar gewerkt (voltijds/halftijds)	19,6%	26,0%
Merendeel van het jaar gewerkt	8,9%	12,0%
Voornamelijk werkloos	7,1%	6,0%
Hele jaar werkloos	17,9%	6,0%
Huisvrouw/huisman	25,0%	2,0%
Andere	7,1%	8,0%
Onbekend	14,3%	40,0%

Tabel 2g: Totale beschikbare gezinsinkomen per maand

	Moeder (N=56)	Vader (N=46)
€0-€800	1,8%	2,2%
€800-€1000	12,5%	2,2%
€1000-€1250	7,1%	6,5%
€1250-€1700	3,6%	2,2%
€1700 of meer	8,9%	13,0%
Onbekend	66,1%	73,9%

Tabel 2h: Woonsituatie

	Moeder (N=55)	Vader (N=48)
Eigendom	21,8%	20,8%
Huurwoning	23,6%	18,8%
Sociale woning	14,5%	8,3%
Andere	3,6%	4,2%
Onbekend	36,4%	47,9%

2.6. **Aanwezigheid van psychopathologie bij 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 informanten versie voor de ouders en de hulpverleners voor de 3 tot 16-jarigen (Goodman, 1997). Voor de jongeren van 11-16 jaar gebruikten we een zelf rapporterende 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). Van 42 kinderen en jongeren werd de vragenlijst ingevuld door de ouder(s). Indien de ouder(s) niet in staat was om de vragenlijst in te vullen, werd gevraagd aan de begeleider om dit te doen. Dit gebeurde bij 9 jongeren die in een residentiële voorziening verbleven. Van de 66 jongeren vulden er 40 de zelfrapporterende versie van de SDQ in, 13 jongeren waren jonger dan 11 jaar.

Een problematische totaalscore wordt door 83,3% van de ouders, 75% van de begeleiding en 55% van de jongeren aangegeven. Een overzicht van de scores is terug te vinden in tabel 2i tot en met 2l. Figuren 2h en 2i geven de impactscores weer.

Door de meerderheid van de ouders wordt op alle schalen behalve prosociaal gedrag een problematische score aangegeven. De resultaten van de begeleiders zijn vergelijkbaar, enkel dat zij de schaal prosociaal gedrag eveneens problematisch scoren. Opvallend is dat de jongeren zichzelf veel minder problematisch scoren.

In tabel 2l worden de scores van de ouders, de begeleiders en de jongeren vergeleken met de normscores van een normale Britse populatie. Alle drie de informanten rapporteren een significant hogere score dan de normpopulatie.

Tabel 2i: Resultaten SDQ Ouders (N=42)

	Gemiddeld	Verhoogd	Zeer verhoogd
Emotionele problemen	21,4%	14,3%	64,3%
Gedragsproblemen	19,0%	4,8%	76,2%
Hyperactiviteit/aandachtsproblemen	40,5%	4,8%	54,8%
Problemen in de omgang met leeftijdsgenoten	11,9%	14,3%	73,8%
Prosociaal gedrag	54,8%	19,0%	26,2%
Totale probleemscore	14,3%	2,4%	83,3%

Tabel 2j: Resultaten SDQ Begeleiding (N=9)

	Gemiddeld	Verhoogd	Zeer verhoogd
Emotionele problemen	11,1%	/	88,9%
Gedragsproblemen	11,1%	/	88,9%
Hyperactiviteit/aandachtsproblemen	33,3%	22,2%	44,4%
Problemen in de omgang met leeftijdsgenoten	25,0%	12,5%	62,5%
Prosociaal gedrag	33,3%	11,1%	55,6%
Totale probleemscore	12,5%	12,5%	75,0%

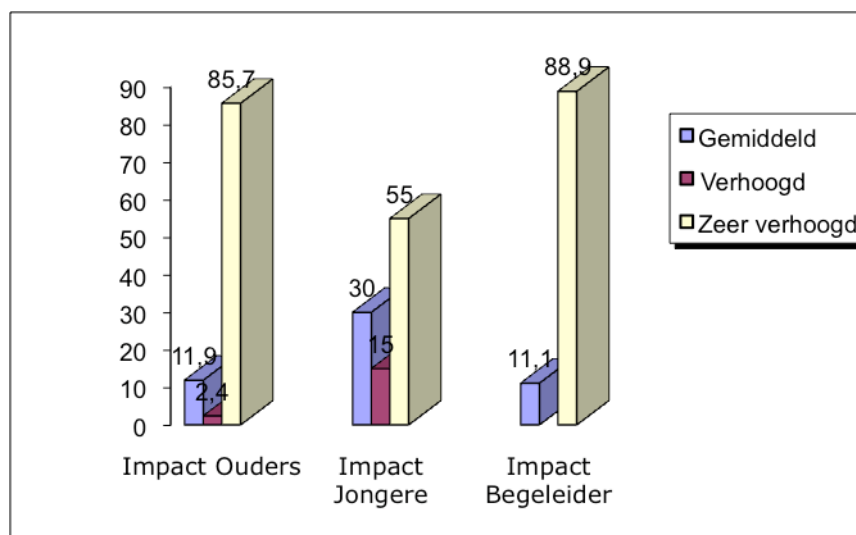
Tabel 2k: Resultaten SDQ Jongere (N=40)

	Gemiddeld	Verhoogd	Zeer verhoogd
Emotionele problemen	47,5%	25,0%	27,5%
Gedragsproblemen	47,5%	12,5%	40,0%
Hyperactiviteit/aandachtsproblemen	50,0%	7,5%	42,5%
Problemen in de omgang met leeftijdsgenoten	42,5%	32,5%	25,0%
Prosociaal gedrag	82,5%	5,0%	12,5%
Totale probleemscore	27,5%	17,5%	55,0%

Tabel 2l: Vergelijking totaalscores SDQ - normscores (Britse populatie; Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2000)

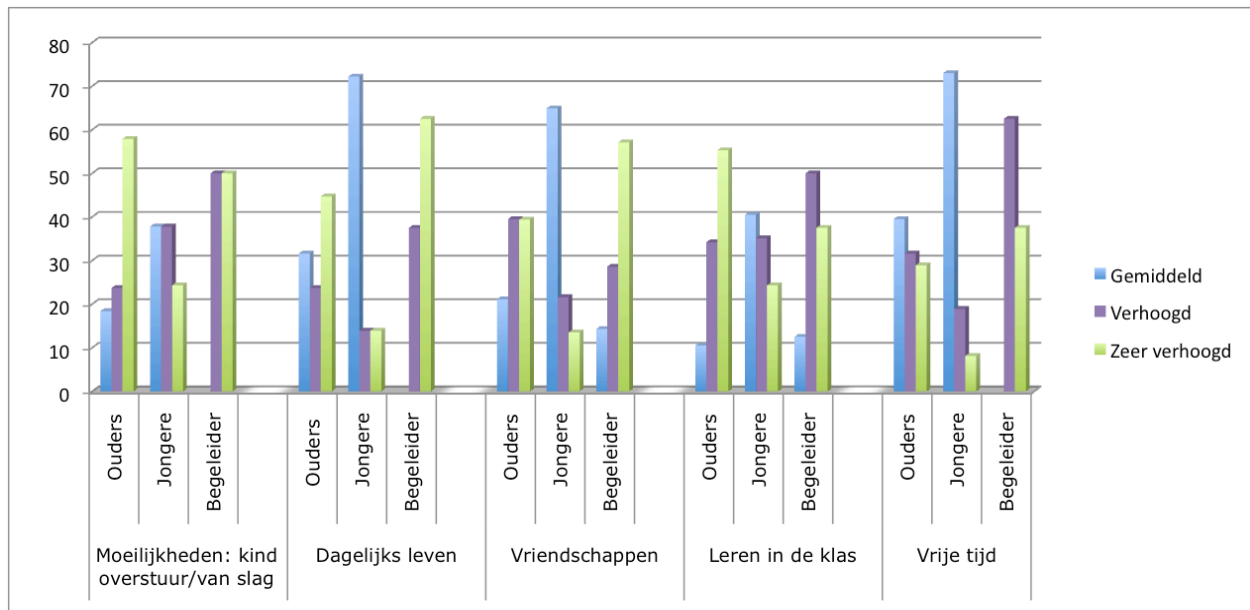
	Gem. tot. scores	Gem.normscores	Vershil	Sig.
Ouders (N=42)	22,74 (sd:7,95)	8,4 (sd:5,8)	14,34	0,0001
Begeleiders (N=8)	22,50 (sd:6,59)	6,6 (sd:6)	15,9	0,0001
Jongeren (N=40)	18,87 (sd:6,64)	10,3 (sd:5,2)	8,57	0,0001

Bij de impactscores zien we vergelijkbare resultaten. De ouders en de begeleiders geven in meer dan 80% van de gevallen een zeer verhoogde impactscore weer. Jongeren daarentegen in 55% van de gevallen.



Figuur 2h: Totale impactscores SDQ (weergegeven in percentages)

Figuur 2i geeft een opsplitsing van de impactscore in vijf dimensies weer, namelijk maken de moeilijkheden het kind/de jongere overstuur of van slag, de impact op het dagelijks leven, op vriendschappen, op leren in de klas en op activiteiten in de vrije tijd.



Figuur 2i: Subscales Impact SDQ (weergegeven in percentages)

De scores van de ouders, de begeleiders en de jongeren worden in tabel 2m opnieuw vergeleken met de normscores van een normale Britse populatie. Alle drie de informanten rapporteren een significant hogere score dan de normpopulatie.

Tabel 2m: Vergelijking Impactscores SDQ – normscores Impact (Britse populatie; Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2000)

	Gem. tot. impactscores	Gem. normscores impact	Verskil	Sig.
Ouders (N=42)	5,48 (sd:3,24)	0,4 (sd:1,1)	5,08	0,0001
Begeleiders (N=8)	3,56 (sd:1,74)	0,4 (sd:1,0)	3,16	0,001
Jongeren (N=40)	2,63 (sd:2,83)	0,2 (sd:0,8)	2,43	0,0001

2.7. 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. Waarbij 1 helemaal niet van toepassing en 5 ten zeerste van toepassing betekent.

Onderstaande vragen werden beantwoord door de aanmelder:

1. Gaat een positieve therapeutische relatie aan met clinici 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 en de gevolgen ervan, door anderen (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.

Hulpverleners scoorden de aanvaarding en het engagement van de jongere en de ouder(s) ten aanzien van hulpverlening eerder laag.

Tabel 2n: Houding van **kind/jongere** ten aanzien van hulpverlening: 5-punts Likertschaal (1=helemaal niet van toepassing - 5= ten zeerste van toepassing)

	1-2	3	4-5
Positieve therapeutische relatie	21 (33,9%)	23 (37,1%)	18 (29,1%)
Zelf probleem omschrijven	39 (62,9%)	12 (19,4%)	11 (17,7%)
Aanvaardt probleemomschrijving/gevolgen	29 (48,3%)	17 (28,3%)	14 (23,4%)
Aanvaardt leeftijdsadequate verantwoordelijkheid	44 (71%)	8 (12,9%)	10 (16,1%)
Actieve deelname behandeling	29 (46,8%)	15 (24,2%)	18 (29,1%)

Tabel 2o: Houding van **moeder** ten aanzien van hulpverlening: 5-punts Likertschaal (1=helemaal niet van toepassing - 5= ten zeerste van toepassing)

	1-2	3	4-5
Positieve therapeutische relatie	16 (27,5%)	15 (25,9%)	27 (46,6%)
Problematiek omschrijven	13 (22,8%)	23 (40,4%)	21 (36,9%)
Ontwikkeling, instandhouding en gevolgen	21 (37,5%)	23 (41,1%)	12 (21,4%)
Bewust eigen bijdrage	26 (45,6%)	16 (28,1%)	15 (26,3%)
Actieve deelname behandeling	21 (36,8%)	18 (31,6%)	18 (31,6%)

Tabel 2p: Houding van **vader** ten aanzien van hulpverlening: 5-punts Likertschaal (1=helemaal niet van toepassing - 5= ten zeerste van toepassing)

	1-2	3	4-5
Positieve therapeutische relatie	16 (39%)	14 (34,1%)	11 (26,8%)
Problematiek omschrijven	17 (42,5%)	9 (22,5%)	14 (35%)
Ontwikkeling, instandhouding en gevolgen	20 (51,2%)	9 (23,1%)	10 (25,6%)
Bewust eigen bijdrage	22 (55%)	8 (20%)	10 (25%)
Actieve deelname behandeling	18 (46,2%)	12 (30,8%)	9 (23%)

Hoofdstuk 3:

Netwerkontwikkeling: Theoretisch kader

Hoofdstuk 3 beschrijft het theoretisch kader van de methodiek van netwerkontwikkeling. De principes van het geïndividualiseerd zorgplan/zorgteam alsook de noodzakelijke condities voor de implementatie ervan komen aan bod. Vervolgens wordt er een overzicht gegeven van de verschillende fasen van het praktijkmodel dat ook gehanteerd werd in het project tijdens de netwerktafels.

3.1. Inleiding

Binnen de jeugdhulp in Vlaanderen wordt steeds meer belang gehecht aan samenwerking. Er wordt in toenemende mate op een creatieve wijze geëxperimenteerd met allerlei vormen van overleg en samenwerking. Dit om tegemoet te komen aan de diverse noden van kinderen en jongeren, in het bijzonder aan de noden van kinderen en jongeren met een complexe psychosociale problematiek. Deze verschillende vormen van samenwerking vinden op verschillende niveaus plaats. Zo is er samenwerking tussen zorgsystemen, sectoren, voorzieningen of tussen hulpverleners onderling, al dan niet samen met de jongere en de ouders. Deze vormen van samenwerking zijn zeer divers, zowel wat de vorm als de inhoud betreft. Overleg kent daarenboven diverse namen. Men spreekt over netwerking, casusbespreking, rondetafelgesprekken, gezinsteam, enz.

In het kader van BIJPASS, een project ter bevordering van de samenwerking tussen Bijzondere Jeugdbijstand en Kinder- en Jeugdpsychiatrie, werd een behoefteonderzoek gedaan bij zorgverstrekkers naar de actuele samenwerking. Hieruit bleek een nood aan concrete samenwerking op cliëntniveau en dan vooral als het gaat om jongeren met een complexe problematiek (Janssens, & Deboutte, 2007).

De reeds bestaande vormen van overleg hebben allen hun waarde, alleen blijven de doelstellingen, als ze al geëxpliciteerd zijn, heel verschillend. *In dit project was de doelstelling zeer expliciet het ontwikkelen van een zorgplan op vraag van de jongere en de ouders. De jongere en de ouders werden als partners gezien. In functie van hun vraag werd de samenwerking gerealiseerd en/of verbeterd.*

Welke methodiek is nu het meest doelmatig als we de behoefte van het kind of de jongere en zijn/haar ouders centraal stellen? Met doelmatig bedoelen we dat wat ondernomen wordt in eerste instantie tegemoet komt aan de noden van de betrokken kinderen, jongeren en hun context. Zo moet er enerzijds een (positief) effect zijn op het functioneren en de ontwikkeling. Anderzijds moeten ouders en opvoeders zich in staat voelen en in staat zijn om op een adequate wijze hun opvoedings- en begeleidingstaken waar te maken.

Voor de ontwikkeling van de methodiek van netwerkontwikkeling werd uitgegaan van 'Systems of Care' (Stroul, & Friedman, 1986) en de 'Wraparound' benadering (Goldman, 1999).

'Systems of Care' of vrij vertaald 'systemen van geïntegreerde zorg' gaat over een filosofie, over de wijze waarop zorg zou geboden moeten worden aan kinderen en hun gezinnen indien ze doelmatig wil zijn. Deze filosofie komt voort uit de erkenning van de complexiteit van de problemen van sommige jongeren en hun gezinnen. Systemen van geïntegreerde zorg worden geconcretiseerd in een aantal waarden en daarvan afgeleide principes. De drie basiswaarden betreffende de zorg zijn: gericht op het kind met het gezin als focus, in de directe sociale omgeving van het kind en met respect voor en competentie in de diverse culturen. De principes geven het belang aan van de volgende punten:

- toegang tot een brede waaier aan diensten,
- een geïndividualiseerd en minst restrictief aanbod,
- betrokkenheid van het gezin op elk niveau in de planning en aanbieding van diensten,
- integratie en coördinatie van de diensten,
- hulpcoördinatie,
- vroege identificatie en interventie,
- vlotte overgang naar het zorgsysteem voor volwassenen en
- herkennen van de rechten en diversiteit van kinderen en gezinnen

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

Geïndividualiseerde zorgplanning voor kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen staat in de internationale literatuur het best bekend als 'Wraparound' (Faw, 1999). Het is één van de primaire strategieën voor het implementeren van de 'System of Care' filosofie (Stroul, 2002). 'Wraparound' wordt gedefinieerd als "een filosofie van zorg dat een identificeerbaar planningsproces omvat waarbij het kind en het gezin betrokken worden. Het proces resulteert in een unieke set van maatschappelijke diensten en natuurlijke vormen van steun die geïndividualiseerd zijn voor het kind en het gezin om een set van positieve uitkomsten te bereiken" (Goldman, 1999; Burchard, Bruns, & Burchard, 2002). De waarden geassocieerd met wraparound specificeren dat zorg gebaseerd moet zijn op sterktes, culturele competentie en de percepties van de gezinsleden over de eigen noden en doelen (VanDen Berg, 1993; Burchard, & Clarke, 1990).

Het Wraparound proces is evidence-based. Suter en Bruns (2008) geven een overzicht van 36 effectiviteitsstudies uit de periode 1986 tot 2008. De studies evalueerden interventies die het wraparound proces volgden bij kinderen en jongeren tussen 5 en 22 jaar met ernstige emotionele en gedragsproblemen. De resultaten tonen het potentieel

van wraparound aan om een positieve impact op kinderen/jongeren en hun gezinnen te hebben.

De waarden geassocieerd met 'System 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, 2001) benaderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het gezin wordt als een volwaardige partner beschouwd. Dit draagt bij tot optimisme en versterking van het probleemoplossende vermogen.

3.2. Principes van het geïndividualiseerde zorgteam/zorgplan

De volgende elementen vormen de filosofische basis voor wraparound:

- (1) Wraparoundzorg en hulp moeten gesitueerd zijn in de gemeenschap, in de directe omgeving van het kind en het gezin;
- (2) Hulp en ondersteuning moeten geïndividualiseerd zijn, gebaseerd op sterktes, en tegemoet komen aan de noden van de kinderen en hun gezin en op de verschillende levensdomeinen;
- (3) Het proces moet cultureel competent zijn en de hulp moet voortgaan op de unieke culturele waarden, voorkeuren en sterktes van kinderen, hun gezin en hun gemeenschap;
- (4) Gezinsleden zijn actieve partners en moeten betrokken worden bij elk niveau van het wraparound proces;
- (5) De wraparound benadering moet een teamgestuurd proces zijn, dat samengesteld is uit het gezin, het kind, natuurlijke steunfiguren, hulpverleningsinstanties en maatschappelijke diensten die samenwerken en de verantwoordelijkheid delen voor het ontwikkelen, implementeren, monitoren en evalueren van het geïndividualiseerde zorgplan;
- (6) Het team moet beschikken over flexibele benaderingen alsook adequate en flexibele fondsen;
- (7) In de wraparound plannen moet er een balans zijn van formele diensten en informele samenlevings- en familiale bronnen;
- (8) Hulp moet onvoorwaardelijk zijn, veranderingen in de noden van het kind en het gezin moeten samengaan met veranderingen in de aangeboden hulp;
- (9) Het zorgplan moet ontwikkeld en geïmplementeerd worden op basis van een gemeenschapsgeoriënteerd samenwerkingsproces;
- (10) Voor elke vastgelegde doelstelling moeten de uitkomsten bepaald en gemeten worden, zowel op het niveau van het kind, het gezin, het programma als op systeemniveau (Goldman, 1999; Walker, ea, 2004).

3.3. Implementatie van het geïndividualiseerde zorgteam/zorgplan: **Noodzakelijke condities**

Ondanks de consensus over de waarden van wraparound (Goldman, 1999), blijkt de implementatie ervan in de praktijk zeer verschillend. Er is een gebrek aan formele definities, voorwaarden, technieken, methodes en procedures (Bruns, Suter, Burchard, & Leverents-Brady, 2004; Burchard, Bruns, & Burchard, 2002; Walker, Koroloff, & Schutte, 2003; Walker, & Schutte, 2004).

Walker, Koroloff en Schutte (2003) stellen een kader voor bestaande uit een aantal noodzakelijke voorwaarden die de implementatie van het wraparound model meer succesvol maken. Deze voorwaarden zijn gesitueerd op het team-, het organisatie- en het bredere systeemniveau (of beleid en financieringscontext). Het kader wordt in de vijf punten hieronder verder uitgediept. De eerste voorwaarde is het opstellen van het praktijkmodel. De andere voorwaarden hebben betrekking op samenwerking tussen de sectoren, de uitbouw van capaciteit en personeel, het verwerven van diensten en ondersteuning en verantwoordingsplicht, elk met diverse subcategorieën. Het onderzoek van Bruns, Suter en Leverentz-Brady (2006) toont de relevantie hiervan aan. Aan de hand van de Wraparound Fidelity Index (WFI) (Bruns, Burchard, Suter, Leverentz-Brady, & Force, 2004) en de WFI-Program Administrator versie (WFI-PA) werd aangetoond dat de aan- of afwezigheid van noodzakelijke voorwaarden een invloed heeft op de kwaliteit van de planning en implementatie. Vasthouden aan de wraparound principes verhoogt de kansen op een positieve uitkomst (Bruns, Suter, Force, & Burchard, 2005).

A. Het Praktijkmodel

Voor het praktijkmodel zijn er zeven noodzakelijke subvoorwaarden uitgewerkt.

Ten eerste structureren effectieve teams het planningsproces rondom specifieke tussentijdse en einddoelen met geassocieerde strategieën, verantwoordelijkheden en resultaatsgebonden criteria. De evolutie van de geplande acties en bijhorende doelen wordt opgevolgd en de strategieën voor het bereiken van de doelen worden indien nodig aangepast.

Ten tweede deelt het team informatie en overweegt verschillende alternatieven alvorens over te gaan tot beslissingen. Het genereren van meerdere opties bij probleemoplossend denken leidt in de regel tot betere oplossingen. De eerst geformuleerde oplossingen zijn meestal van een mindere kwaliteit dan de later bedachte oplossingen. Het afwegen van verschillende alternatieven geeft ook meer inzicht in de aard van het probleem.

Ten derde moet het planningsproces en het opgemaakte plan geïndividualiseerd, gezinsgericht en cultureel competent zijn. Het team laat zich leiden door de sterktes, noden en prioriteiten die het gezin aangeeft. Gezinsparticipatie leidt tot plannen met

realistischere doelen, meer creatieve en flexibele strategieën en uiteindelijk een betere coördinatie en resultaat. Daarnaast krijgt het gezin een gevoel van eigenaarschap.

Ten vierde verhoogt de doelmatigheid indien alle teamleden het gevoel hebben dat discussies en besluitvormingsprocessen fair verlopen. Alle teamleden moeten gerespecteerd worden en hun bijdragen moeten gewaardeerd worden. Als dit niet het geval is, is er een verlies aan creativiteit, een verlies aan informatie en een verhoging van conflicten. Bovendien voelen de teamleden zich in deze situatie niet verbonden met de genomen beslissingen en ontstaan er problemen in de uitvoering en opvolging.

Ten vijfde gaat een effectief team uit van coöperatieve doelen. De teamleden gaan ervan uit dat de acties van elk teamlid afzonderlijk bijdragen tot het bereiken van het gezamenlijke doel. Er dient gestreefd te worden naar een akkoord, ongeacht verschillen in prioriteiten en mandaten.

Het proces moet bovendien op sterktes gebaseerd zijn. Het team bouwt voornamelijk voort op de sterktes van de jongere en zijn gezin. Daarnaast worden de mogelijkheden van elk teamlid en de mogelijkheden binnen de gemeenschap bekeken in functie van het plan. De bevestiging van sterktes kan teamleden met een lage status versterken en hun vertrouwen en participatie verhogen.

Het praktijkmodel moet tenslotte specifieke informatie verschaffen over het verhogen van de culturele competentie van het team. 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.

Op organisatie- en systeemniveau moet in het praktijkmodel training, supervisie en ondersteuning voorzien worden.

B. Samenwerking/partnerschap

De tweede noodzakelijke voorwaarde volgens Walker en collega's heeft betrekking op het opbouwen van samenwerkingsverbanden. De teamleden moeten een brede waaier aan deskundigheden en mandaten vertegenwoordigen, kunnen werken in de geest van de waarden van geïndividualiseerde zorg en bereid zijn beslissingen te nemen en verbintenissen aan te gaan. Er wordt van de leden bovendien een engagement van voldoende duur verwacht.

Op organisatieniveau is het belangrijk dat het werk van de geïndividualiseerde zorgteams gesteund wordt door elk van de participerende voorzieningen, dit door mensen te motiveren en hen tijd en ruimte te geven om deel te nemen aan een geïndividualiseerd zorgteam. Teamleden moeten bovendien het mandaat krijgen om tijdens de overlegmomenten zelf beslissingen te nemen.

Op het systeem of sectoraal niveau moet samenwerking tussen organisaties op vlak van teamwerking en planning aangemoedigd worden. Whetten (1981) identificeerde twee groepen van variabelen die van invloed zijn voor een succesvolle coördinatie. Er moet aandacht besteed worden 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. De tweede variabele omvat de aanwezigheid van middelen en structurele mogelijkheden die flexibel kunnen ingezet en eventueel aangepast worden. Bovendien moet er vanuit het systeem- of sectoraal niveau aandacht zijn voor beleidszaken die van invloed zijn op het functioneren van de organisaties en deze teams.

C. 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 is er een grote verantwoordelijkheid om teamleden te ondersteunen bij het verwerven en behouden van vaardigheden en kennis om de kernrollen binnen de geïndividualiseerde zorgteams op te nemen. Dit kan bijvoorbeeld via opleiding en supervisie. Binnen de organisatie en vanuit de zorgsystemen of zorgsectoren moeten er werkvoorwaarden geschapen worden die kwaliteitsvol werken mogelijk maken, bijdragen tot jobsatisfactie en jobturnover en burnout reduceren. Het werkklimaat in organisaties wordt geassocieerd met positieve uitkomsten en kwaliteit van geleverde hulp.

D. Het verwerven van hulp en ondersteuning

Het team moet op de hoogte zijn van een brede waaier aan beschikbare hulpverleningsvormen, diensten en ondersteuning en hun effectiviteit, voornamelijk in de directe omgeving van het gezin en de jongere. Dit maakt het mogelijk om diensten en ondersteuning te koppelen aan de specifieke noden van het gezin.

Verder is het de opdracht van het team om informele, gezinsspecifieke ondersteuningsmogelijkheden te identificeren en aan te wenden. Er zijn echter een aantal factoren die het vinden van deze vormen van ondersteuning bemoeilijken. Deze gezinnen zijn vaak geïsoleerd omwille van de chronische aard van de problemen en/of omwille van het gevoel de schuld te krijgen voor de problemen waar hun kinderen mee kampen. Het gezin kan de betrokkenheid ook weigeren als er gevoelige thema's besproken worden. Soms leeft bij jongeren en gezinnen de 'wens' niemand te willen lastig vallen. Als er dan wel steunfiguren zijn, blijkt het team vaak niet te weten hoe hen effectief in te zetten.

Op beleids- en organisatieniveau moeten er duidelijke beleidslijnen en snelle financieringsmogelijkheden zijn. Hierbij moet erover gewaakt worden dat de hulp en ondersteuning beantwoordt aan de waarden van wraparound. De overheid en de

voorzieningen moeten het gebruik van evidence-based benaderingen stimuleren. Bovendien zouden ouders en jongeren ook op beleidsniveau betrokken moeten worden in het beslissingsproces.

E. Verantwoordelijkheid

De laatste noodzakelijke voorwaarde heeft betrekking op de verantwoordelijkheid op en van de verschillende niveaus. Teams moeten documentatie bijhouden van doelen, te ondernemen acties, uitvoerders van de acties en van 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, stijgt de motivatie voor de uitvoering ervan.

Vanuit de organisatie moet opgevolgd worden of het team zich houdt aan het praktijkmodel, hoe de kwaliteit van het teamwerk is, wat de effecten hiervan zijn bij de ouders en de jongere en wat de kosten zijn. De organisatie geeft hierover feedback. Op systeemniveau moet men erover waken dat programma's die beweren 'geïndividualiseerde zorg' te bieden dit ook daadwerkelijk doen. Beleidsmakers en financiers moeten bovendien informatie krijgen over de kosten en de effectiviteit van geïndividualiseerde zorgteams om deze te kunnen vergelijken met andere hulpverleningsvormen/programma's.

3.4. Procedures geïndividualiseerde zorgteam/zorgplan

Het praktijkmodel voor het wraparoundproces werd opgesteld door het National Wraparound Initiative. De tekstboxen geven een overzicht van de fasen en activiteiten zoals voorgesteld door Walker, ea (2004). De implementatie van het wraparoundmodel binnen het project 'Netwerkontwikkeling voor jongeren met een complexe psychosociale problematiek' kent enkele aanpassingen die verband houden met de praktijk binnen de jeugdhulpverlening in Vlaanderen. Deze implementatie wordt neergeschreven in hoofdstuk 4 dat handelt over de netwerktafels zelf.

Fase 1: Overeenkomst en teamvoorbereiding (tekstbox 1)

(1) Het gezin en de jongere oriënteren

- Het gezin en de jongere krijgen een korte, jargonvrije uitleg over het 'wraparound' proces.
- Wettelijke en ethische zaken komen aan bod.

(2) Crisissen stabiliseren

- Het gezin en de jongere worden bevraagd over directe crisiszorgen.
- Er wordt informatie verkregen van hulpverleners en mogelijke teamleden over onmiddellijke of potentiële crisissen.
- Indien onmiddellijke actie nodig is, wordt een actieplan geformuleerd voor onmiddellijke interventie of stabilisatie.

(3) Gesprekken met het gezin en de jongere vergemakkelijken

- Sterktes, noden, cultuur en visie worden samen met de jongere en zijn gezin geëxploreerd.
- Deze informatie wordt samengevat in een document gebaseerd op sterktes.

(4) Andere teamleden aantrekken

(5) Logistieke regelingen voor het overleg treffen

Fase 2: Zorgplanontwikkeling (tekstbox 2)

(1) Een eerste zorgplan ontwikkelen

- De basisregels worden doorgenomen.
- Sterktes worden beschreven.
- Een team missie, een overkoepelend doel, wordt vooropgesteld.
- Noden, doelstellingen en prioriteiten hierbinnen worden beschreven.
- Doelen en geassocieerde uitkomsten en indicatoren hiervoor worden bepaald.
- Strategieën worden geselecteerd.
- Actiestappen worden toegewezen.

(2) Crisisplan ontwikkelen

- Potentiële risico's worden bepaald.
- Een crisisresponsplan wordt gecreëerd.

(3) Zorgen voor logistiek en informatieverspreiding

Fase 3: Implementatie van het zorgplan (tekstbox 3)

(1) Implementeren van het zorgplan

- Voor elke oplossing in het zorgplan worden actiestappen geïmplementeerd.
- De vooruitgang van de actiestappen wordt opgevolgd.
- Het succes van de oplossingen wordt geëvalueerd.
- Successen worden erkend en gevierd.

(2) Het zorgplan herbekijken en eventueel aanpassen

- Er wordt, indien nodig, nagedacht over nieuwe oplossingen/strategieën.

(3) Samenhang en vertrouwen binnen het team opbouwen

- De tevredenheid van de teamleden doorheen het proces wordt opgevolgd.

(4) Zorgen voor logistiek en informatieverspreiding

Fase 4: Overgang (tekstbox 4)

(1) Het afbouwen van de formele wraparound

- Er wordt een overgangsplan opgesteld.
- De noden van de familie geven aan wanneer en hoe de overgang begint.
- Ondersteuningen worden gradueel afgebouwd met aandacht voor de gevolgen.
- Er wordt nagedacht over mogelijke crisissen en toekomstige ontwikkelingen.
- Een crisismanagementplan wordt opgemaakt.

(2) Afsluitingsactiviteiten plannen en implementeren

(3) Follow-up

Hoofdstuk 4:

Netwerktafels

De netwerktafels worden volgens een vast protocol, gebaseerd op het praktijkmodel in hoofdstuk 3, georganiseerd. In dit hoofdstuk wordt dit protocol uitgeschreven. Vervolgens worden de gegevens over de georganiseerde netwerktafels weergegeven. Daarop volgen de evaluatiegegevens overheen de drie opvolgmomenten. We eindigen met de beoordeling van de netwerktafels van de jongere, de ouders, de casemanager en de leden van de vaste groep.

4.1. Verloop netwerktafels

De volgende *voorwaarden* werden 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 nodig van de ouder(s) of de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de minderjarige en van de jongere zelf indien deze 12 jaar of ouder is.

Mededeling geselecteerd

De voorzitter deelt de aanmelder mee dat zijn aanmelding geselecteerd is voor het verdere verloop van het project. De aanmelder op zijn beurt stelt de ouders en de jongere op de hoogte.

A. Fase 1: Voorbereiding

Kind/jongere en gezin oriënteren

In deze eerste fase is er een ontmoeting tussen de hulpverlener die de aanvraag doet en het gezin. De jongere en zijn gezin worden duidelijk geïnformeerd over de doelstellingen en het verloop van het project, de mogelijkheid tot participatie en de wetenschappelijke evaluatie. Hierbij wordt een inlichtingen- en toestemmingsformulier gebruikt. De schriftelijke toestemming van de ouders en de jongere vanaf 12 jaar moet er zijn voor de start van het eerste overleg.

Vorbereidend gesprek

In een voorbereidend gesprek tussen het kind, de jongere, de ouders en de aanmelder worden 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 team samengesteld.

Op volgende vragen wordt er een antwoord geformuleerd:

- Wie wordt er uitgenodigd op de netwerktafel?
- Wat zijn de sterktes van de ouders, 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?

Team samenstellen

Om het overleg te plannen communiceert de aanmelder met de voorzitter.

Het overleg bestaat uit volgende deelnemers:

- de aanmelder als casemanager,
- de jongere en zijn ouders,
- andere betrokkenen op uitnodiging,
- een vaste groep 'deskundigen' uit de vier sectoren (Bijzondere Jeugdbijstand, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Geestelijke Gezondheidszorg, Kinder- en Jeugdpsychiatrie) en
- 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 bijdragen aan het zorgplan voor de jongeren en het gezin, dit vanuit de expertise vanuit de eigen sector. Het overleg wordt voorbereid en voorgezeten door een externe, onafhankelijke voorzitter. Deze persoon is niet als hulpverlener betrokken op het dossier.

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*)

B. Fase 2: Zorgplanontwikkeling

Een eerste zorgplan ontwikkelen

Om een eerste zorgplan op te stellen wordt een planningsproces met identificeerbare stappen gevolgd (zie hoofdstuk 3: tekstbox 2). 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.

- 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, 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.
 - 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 casemanager 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 casemanager 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' 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.

C. Fase 3: 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 en de trouw aan het plan wordt opgevolgd door de casemanager. De verstrekte hulp wordt regelmatig getoetst aan de geïdentificeerde noden en zonodig bijgestuurd. Het zorgteam kan op regelmatige basis door de casemanager 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. 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 casemanager worden bevraagd over het verloop van het zorgplan. Er wordt gepeild naar de uitvoering, de eventueel aangebrachte wijzigingen door het zorgteam, de al bereikte resultaten bij 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 1: Na drie maanden (facultatief)

Drie maanden na de netwerktafel informeert de voorzitter bij de casemanager, de jongere en de ouders naar het verloop van het zorgplan. Er wordt gevraagd naar de uitvoering, de eventueel aangebrachte wijzigingen, de reeds bereikte resultaten en de tevredenheid.

Er wordt nagegaan of een opvolgoverleg georganiseerd moet worden met alle leden van de netwerktafel, dit om eventueel aanpassingen te doen aan het zorgplan of 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.

Fase 4: Overgang

Binnen het project werd een aanmelding na één jaar afgerond bij de eindevaluatie.

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:

- Beoordeling van de uitvoering van het zorgplan(nen).
- 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

4.2.1. Aantal

In totaal zijn er 30 netwerktafels doorgedaan voor 35 jongeren. De twee gezinnen waarvan drie en vier kinderen zijn aangemeld, zijn ook geselecteerd voor een netwerktafel. In Antwerpen hebben 19, in Turnhout 9 en in Mechelen 2 netwerktafels plaatsgevonden. Voor een overzicht kan tabel 4a geraadpleegd worden.

Tabel 4a: Aanmeldingen waarvoor een netwerktafel is doorgedaan

	Arrondissement			Totaal
	Antwerpen	Mechelen	Turnhout	
BJB	6	0	2	8
GBJ	4	0	0	4
GBJ/BJB	0	0	1	1
Kinder-en Jeugdpsychiatrie	1	0	0	1
VAPH	6	2	4	12
VAPH/BJB	2	0	0	2
Onderwijs	0	0	2	2
Totaal	19	2	9	30

4.2.2. Gegevens deelnemers

De gemiddelde leeftijd van de jongeren waarvoor een netwerktafel is doorgedaan is 12 jaar. De leeftijd van de jongeren varieert van 2 tot 17 jaar. Het gaat om 26 jongens en 9 meisjes.

Wat de aanwezigheid van de jongere en de ouders bij de netwerktafel betreft, kunnen we volgende cijfers weergeven:

- Jongere alleen aanwezig (N=2)
- Ouder(s) aanwezig (N=10)
- Jongere samen met de ouder(s) aanwezig (N=11)
- Bij 7 netwerktafels was er niemand vanuit de context aanwezig, volgende redenen worden aangehaald:
 - o Afwezigheid van de jongere omwille van leeftijd, mentale achterstand, inschatting door de hulpverleners, praktische redenen.
 - o Afwezigheid van de ouder(s) omwille van anderstaligheid, gezondheidsproblemen, job, of de keuze van de ouder(s) om niet deel te nemen.

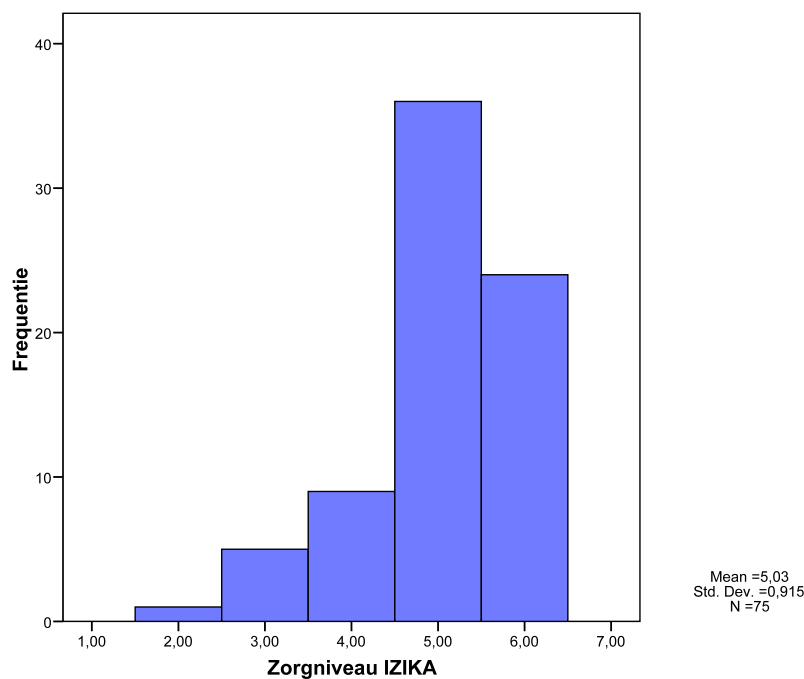
4.2.3. Resultaten IZIKA

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

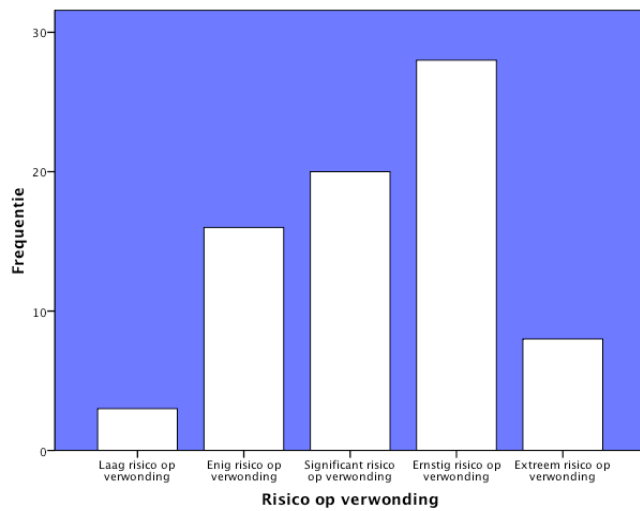
met betrekking tot behandeling. Elke dimensie heeft een vijf punten schaal, gaande van minst naar meest ernstig (Fallon, ea, 2006).

Figuur 4a geeft het zorgniveau weer dat door de leden van de vaste groep (N=75) aan de hand van de IZIKA is aangegeven tijdens de netwerktafels. In de meerderheid van de gevallen wordt zorgniveau 5 of 6 aangegeven. Zorgniveau 5 komt overeen met niet-beveiligde, 24 uurs hulpverlening met psychiatrische beschikbaarheid en 6 met beveiligde, 24 uurs hulpverlening onder psychiatrische leiding.

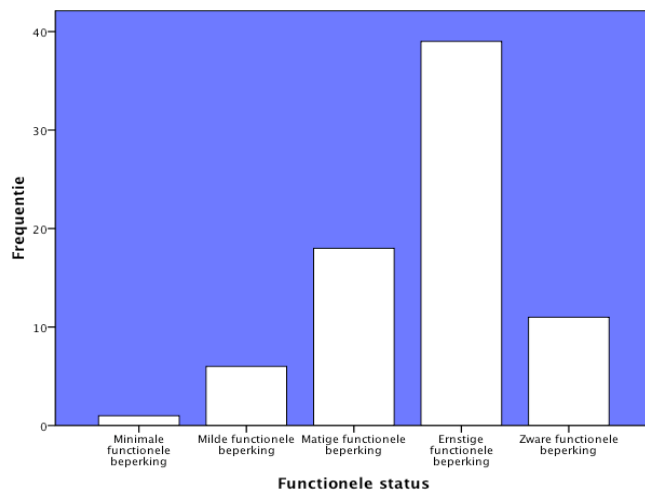
Figuur 4b tot en met figuur 4g geven hoge scores op de verschillende dimensies weer, wat de noodzakelijke hulpverlening intensief maakt. Een positief resultaat is wel dat de houding ten aanzien van de hulpverlening van zowel de ouders als het kind, de jongere door het merendeel van de externen als constructief wordt aangegeven.



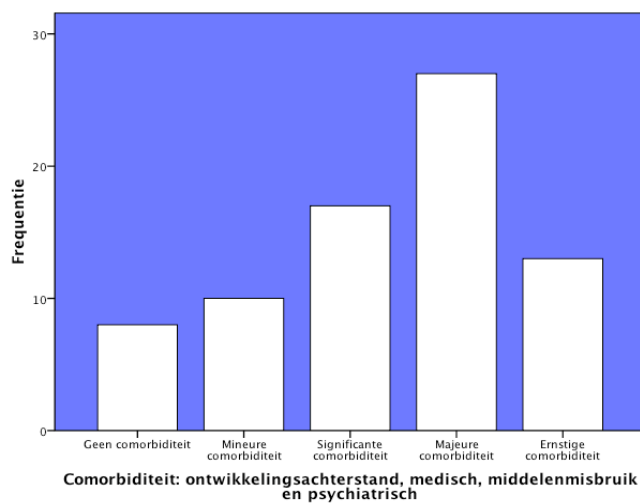
Figuur 4a: Zorgniveau IZIKA leden van de vaste groep



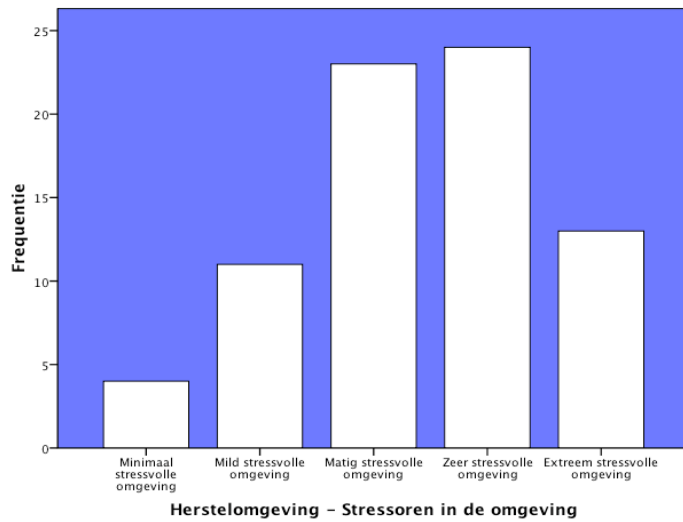
Figuur 4b: Risico op verwonding



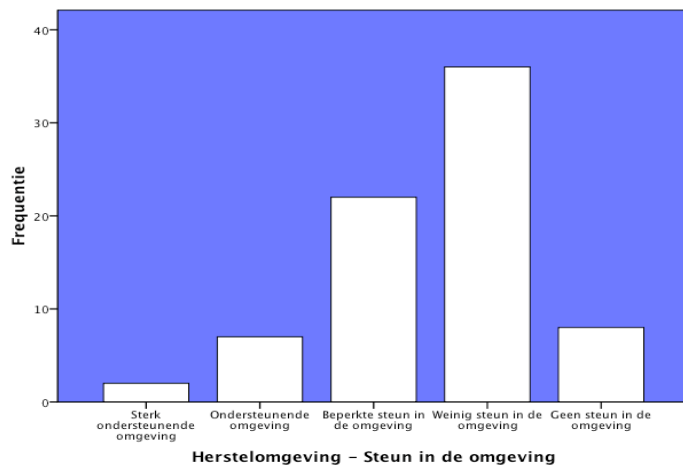
Figuur 4c: Functionele status



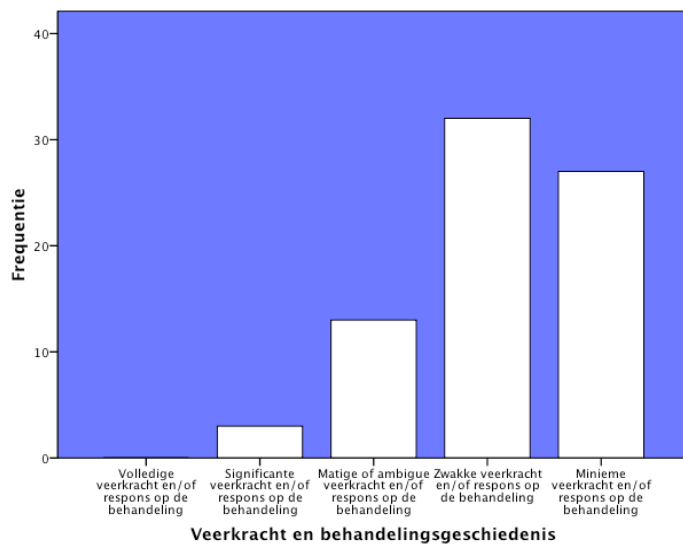
Figuur 4d: Comorbiditeit



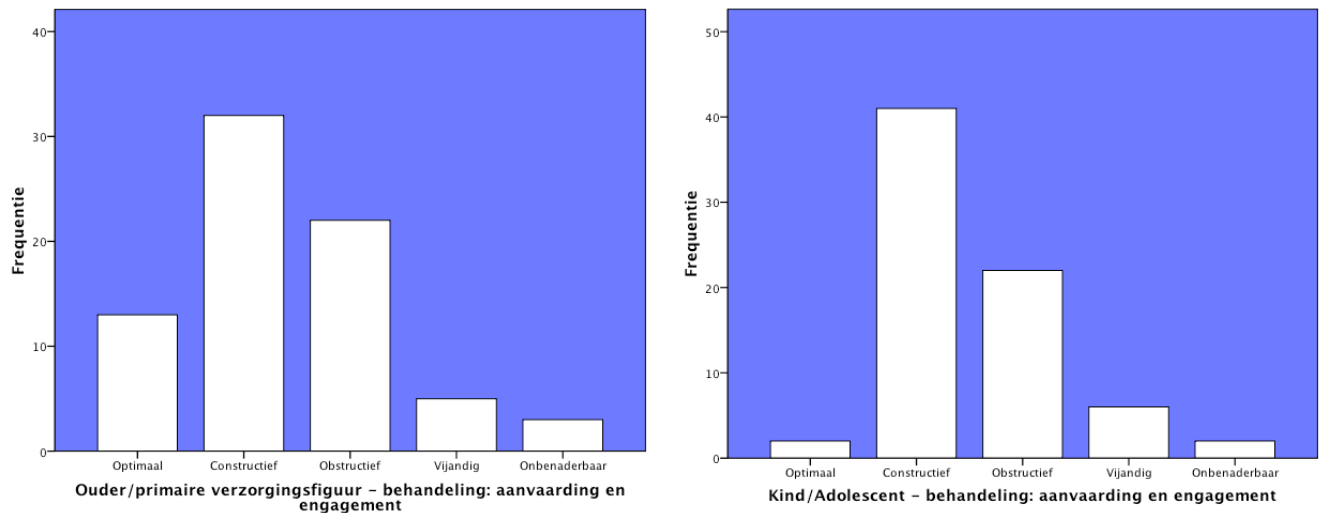
Figuur 4e: Herstelomgeving – Stressoren in de omgeving



Figuur 4f: Herstelomgeving – Steun in de omgeving



Figuur 4g: Veerkracht en behandelingsgeschiedenis



Figuur 4h: Behandeling: aanvaarding en engagement (Links: kind/adolescent, rechts: ouder/primaire verzorgingsfiguur)

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verwijst naar de mate waarin de observaties van twee (of meer) onafhankelijke beoordelaars overeenkomen. Er werd bekeken in welke mate de resultaten op de verschillende schalen van de IZIKA van de leden van de vaste groep uit de verschillende sectoren (BJB, VAPH, GGZ, Kinder-en Jeugdpsychiatrie) overeenkomen.

Gemiddeld over alle schalen heen is er sprake van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Voor de interpretatie van deze gegevens worden de richtlijnen van Landis en Koch (1977) gehanteerd.

Vooraf op de dimensies Risico op verwonding (0,813 – 0,982), Aanvaarding en Engagement zowel van het kind/adolescent (0,706 – 0,949) als de ouder/primaire verzorgingsfiguur (0,724 – 0,955) en Herstelomgeving – steun in de omgeving (0,608 – 0,88) is er sprake van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Bij de overige schalen zoals Comorbiditeit (0,474 – 0,941), Veerkracht en Behandelingsgeschiedenis (0,474 – 0,867), Functionele status (0,453 – 0,716) en Herstelomgeving – stressoren in de omgeving (0,393 – 0,942) is er een matige tot goede overeenstemming

4.2.4. Resultaten Opvoedingsschaal

De *Parenting Scale* (PS), vertaald Opvoedingsschaal, meet drie disfunctionele opvoedingsstijlen van ouders (Arnold, O’Leary, Wolff, & Acker, 1993). De vragenlijst levert een totaalscore en drie factoren op, namelijk laksheid, overreactiviteit en breedsprakigheid. De PS bevat 30 items die geformuleerd zijn aan de hand van een aantal uitspraken die opvoedingsstijlen beschrijven. Voor elke uitspraak moet de ouder

een cijfer van 1 tot 7 aanduiden dat het beste overeenkomt met de eigen opvoedingsstijl van de laatste twee maanden.

Bij de aanvang van de netwerktafels vulden de ouder(s) de Opvoedingsschaal in. Veel ouders gaven aan dit een moeilijke vragenlijst te vinden en het moeilijk te vinden om in hun antwoorden te nuanceren.

In tabel 4b en 4c worden de gemiddelde scores van de ouders weergegeven. Zowel voor moeder als vader liggen de scores op de drie factoren significant hoger dan de normscores van een niet-klinische populatie. Betreffende de totaalscore zijn de scores van de moeders significant hoger dan de normscores, bij de vaders is dit niet het geval.

De Opvoedingsschaal is bij opvolging na zes maanden en bij de eindevaluaties opnieuw ingevuld door de ouders. Er werden echter weinig veranderingen gerapporteerd.

Tabel 4b: Opvoedingsschaal moeder

	N	Minimum	Maximum	Gemiddeld	Standaarddeviatie
Laksheid	17	1,55	4,55	2,9**	0,81
Overreactiviteit	20	1,7	5	3,4**	1,07
Breedsprakigheid	19	3,14	5,86	4,52**	0,797
Totaal	14	2,37	4,43	3,6**	0,597

Aan de hand van een one sample t-test werden de gegevens van moeder en vader afgezet tegen Amerikaanse normen (Arnold, O'Leary, Wolff, & Acker, 1993). Significant hoger dan Amerikaans gemiddelde van een niet-klinische groep op niveau $p < 0,01^*$, $p < 0.001^{**}$

Tabel 4c: Opvoedingsschaal vader

	N	Minimum	Maximum	Gemiddeld	Standaarddeviatie
Laksheid	4	1,82	3,82	2,75*	0,82
Overreactiviteit	5	2,1	5	3,74**	1,14
Breedsprakigheid	4	2,86	4,29	3,785**	0,64
Totaal	4	2,47	4,27	3,34	0,77

4.3. Eerste opvolging

Na drie maanden werd aan de hand van een opvolgingsformulier geïnformeerd bij de jongere, de ouders en de casemanager naar de uitvoering van het zorgplan en de eventuele nood aan een opvolgoverleg.

Meer dan de helft van de ouders en de casemanagers vond de netwerktafel nuttig. Bij de kinderen, jongeren deelde de overgrote meerderheid (90%) deze mening. Het opgestelde zorgplan beantwoordde in de meerderheid van de gevallen voor zowel de ouders als de jongeren aan de verwachtingen. De casemanager ervaaarde in ongeveer de helft van de situaties het plan als een versterking van de aangeboden hulp.

Na drie maanden bleek er volgens de ouders aan bijna de helft van de plannen veranderingen te zijn aangebracht. Volgens de casemanagers was dit in 74% (17) van de plannen het geval. De meerderheid van de jongeren, de ouders en de casemanagers rapporteerden dat het plan werd uitgevoerd. De samenwerking met de verschillende betrokken hulpverleners werd door de overgrote meerderheid van de drie bevroegde partijen als positief ervaren.

Jongeren (60%) gaven aan wel een positieve invloed van het plan bij zichzelf te ondervinden. De casemanager zag deze positieve invloed op de jongere minder, slechts 16,7% rapporteerde een positieve evolutie dankzij het plan. De resultaten gaan dezelfde richting uit in verband met een positieve invloed van het plan bij de andere gezinsleden.

- *In welke mate vond u het overleg (de netwerktafel) nuttig?*

	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=13)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	5 (38,5%)
Jongere (N=10)	0	1 (10,0%)	3 (30,0%)	6 (60,0%)
Casemanager(N=24)	3 (12,5%)	5 (20,8%)	9 (37,5%)	7 (29,2%)

- *In welke mate beantwoordt het op het overleg bedachte plan aan uw verwachtingen? (ouders, jongere)*

In welke mate is het plan een versterking van uw hulp? (casemanager)

	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=13)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)
Jongere (N=8)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)
Casemanager(N=23)	4 (17,4%)	7 (30,4%)	11 (47,8%)	1 (4,3%)

- *In welke mate zijn er veranderingen aangebracht aan het, zoals hierboven geformuleerde, plan?*

	n.v.t.	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=13)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)
Jongere(N=7)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	0	2 (28,6%)	2 (28,6%)
Casemanager (N=23)	1 (4,3%)	0	5 (21,7%)	10 (43,5%)	7 (30,4%)

- *In welke mate wordt het plan uitgevoerd?*

	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=13)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)
Jongere (N=8)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	4 (50,0%)	2 (25,0%)
Casemanager(N=23)	4 (17,4%)	3 (13,0%)	11 (47,8%)	5 (21,7%)

- *In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met de verschillende betrokken hulpverleners?*

	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=13)	2 (15,4%)	0	4 (30,8%)	7 (53,8%)
Jongere (N=10)	0	1 (10,0%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)
Casemanager(N=22)	1 (4,5%)	3 (13,6%)	14 (63,6%)	4 (18,2%)

- *In welke mate ondervindt u al een positieve invloed van het plan bij de jongere/bij uzelf?*

	n.v.t.	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=12)	4 (33,3%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)
Jongere (N=10)	2 (20,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)	4 (40,0%)	2 (20,0%)
Casemanager(N=24)	6 (25,0%)	7 (29,2%)	7 (29,2%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)

- *In welke mate ondervindt u al een positieve invloed van het plan bij uzelf/bij de ouders?*

	n.v.t.	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=13)	2 (15,4%)	4 (30,8%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)
Casemanager (N=24)	5 (20,8%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)	8 (33,3%)	1 (4,2%)

- *In welke mate ondervindt u al een positieve invloed van het plan bij de andere gezinsleden?*

	n.v.t.	Helemaal niet	Eerder niet	Een beetje	Helemaal wel
Ouder (N=13)	5 (38,5%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)
Jongere (N=9)	2 (22,2%)	0	1 (11,1%)	5 (55,6%)	1 (11,1%)
Casemanager (N=24)	11(45,8%)	7 (29,2%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)

- *Vindt u een nieuwe samenkomst met de deelnemers van de netwerktafel nodig om een nieuw plan op te stellen?*

	Ja	Neen
Ouder (N=13)	8	5
Jongere (N=10)	7	3
Casemanager (N=23)	11	12

⇒ Zowel in Antwerpen als in Turnhout vond er na drie maanden voor zeven dossiers een opvolging plaats.

4.4. Tweede opvolging en eindevaluatie

4.4.1. Resultaten SDQ overheen drie meetmomenten

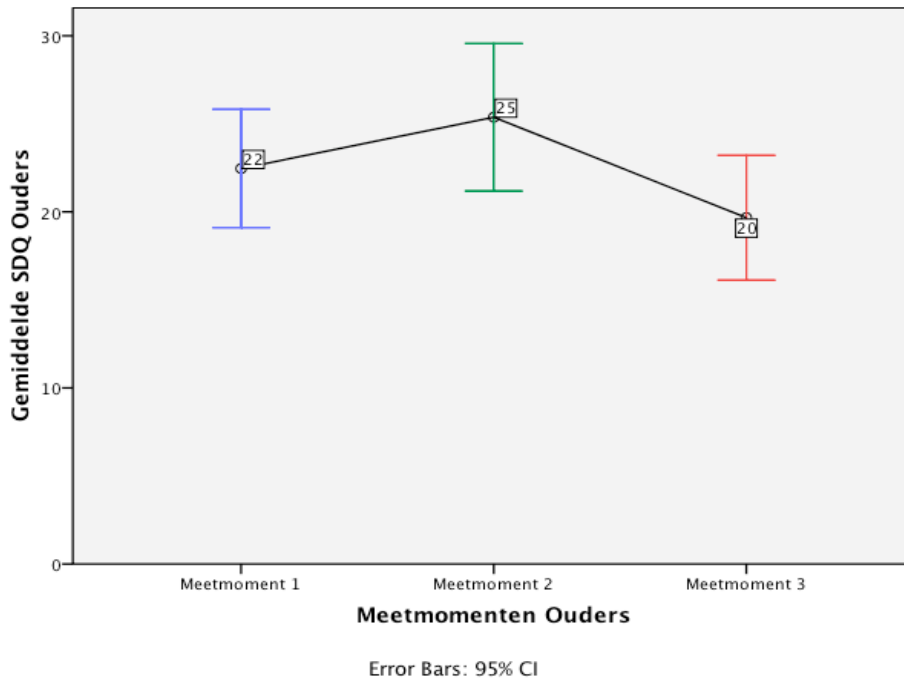
De drie meetmomenten omvatten de aanmelding, de opvolging na zes maanden en de eindevaluatie. De follow-up versie van de SDQ, gebruikt bij de opvolgmomenten, heeft betrekking op de afgelopen maand en heeft twee additionele opvolgvragen na behandeling (Goodman, 1999).

De resultaten van de jongeren waarvoor een netwerktafel is doorgedaan en de resultaten van de controlegroep op de SDQ worden naast elkaar weergegeven. De controlegroep omvat jongeren die zijn aangemeld voor het project, maar waarvoor geen netwerktafel is doorgedaan. Zoals in hoofdstuk 1 werd vermeld, is er sprake van een bias in deze controlegroep. De controlegroep bestaat uit de oorspronkelijk niet-geselecteerde aanmeldingen. Toch werden deze aangesproken voor een netwerktafel doordat er van de aanvankelijk geselecteerde dossiers hadden afgehaakt. Er bleken echter heel wat aanmeldingen te zijn waarvoor in tussentijd een traject was uitgewerkt. Deze jongeren werden toch opgenomen in de controlegroep.

Betreffende de invulling van de SDQ wordt de respons over de meetmomenten kleiner. Er is met andere woorden een grote uitval van respondenten.

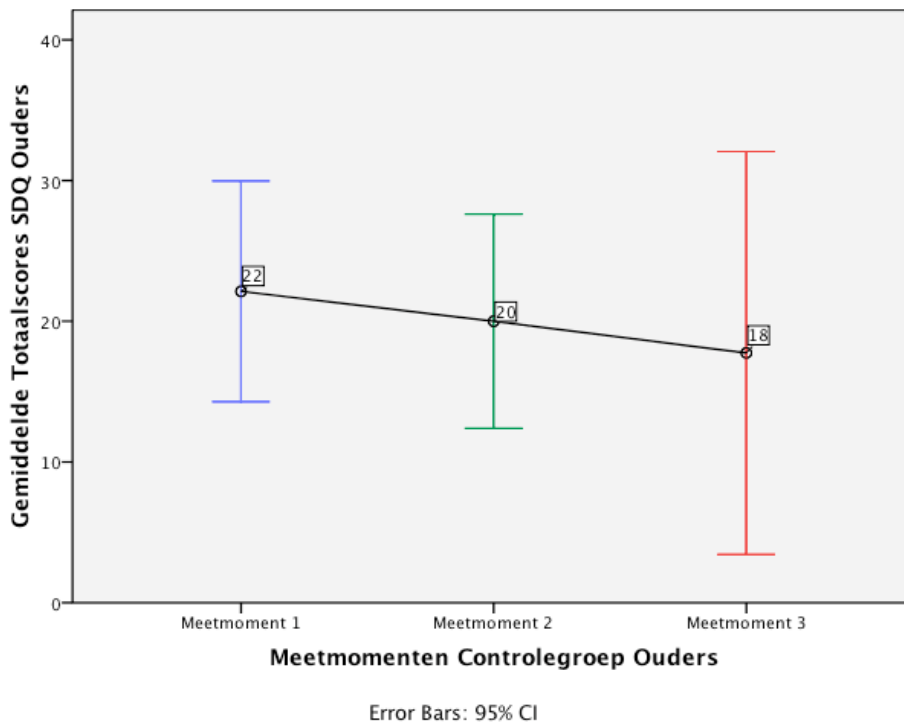
Zowel bij de SDQ Ouders als de SDQ jongere zien we een daling overheen de drie meetmomenten. Deze tendens zien we echter ook bij de controlegroep.

Vervolgens worden de resultaten van de Impactscores op de SDQ overheen drie meetmomenten weergegeven. Bij de ouders, van zowel de controlegroep als diegenen waarvoor een netwerktafel is doorgedaan, is er een daling in de impactscores. Bij de jongeren gaan de scores overheen de drie meetmomenten in stijgende lijn.

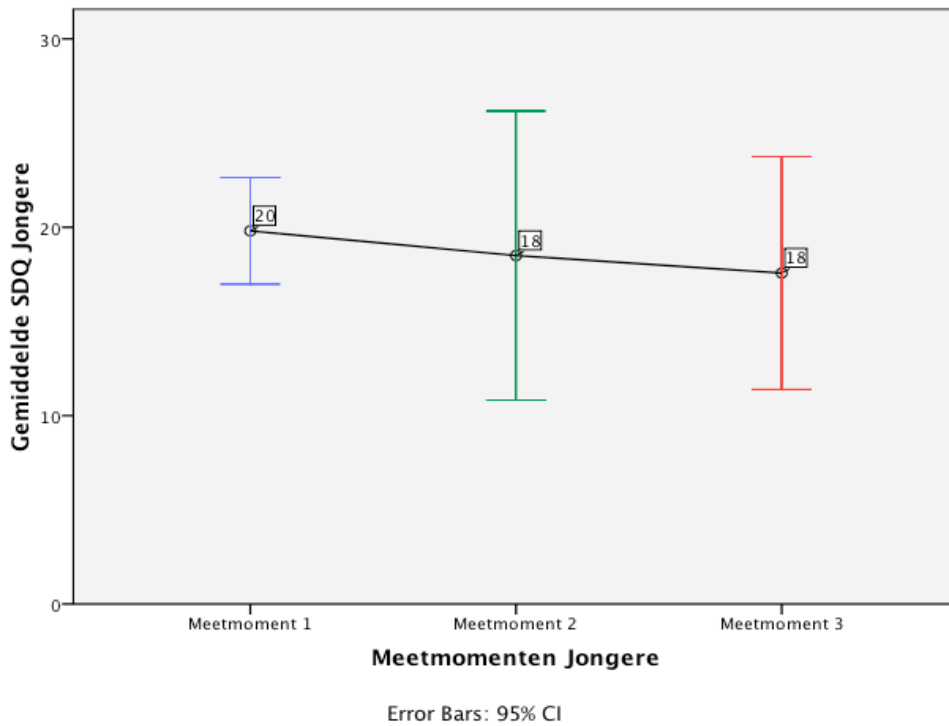


Noot: Confidence Interval (betrouwbaarheidsinterval)

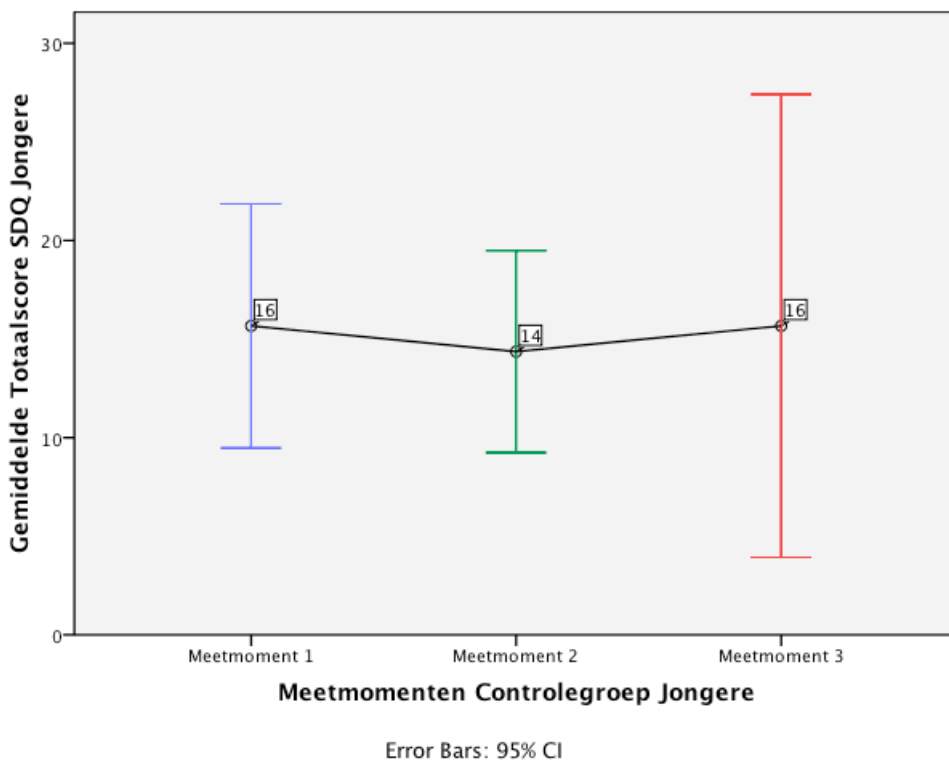
Figuur 4i: SDQ Ouders (meetmoment 1 (N=26), meetmoment 2 (N=8), meetmoment 3 (N= 12))



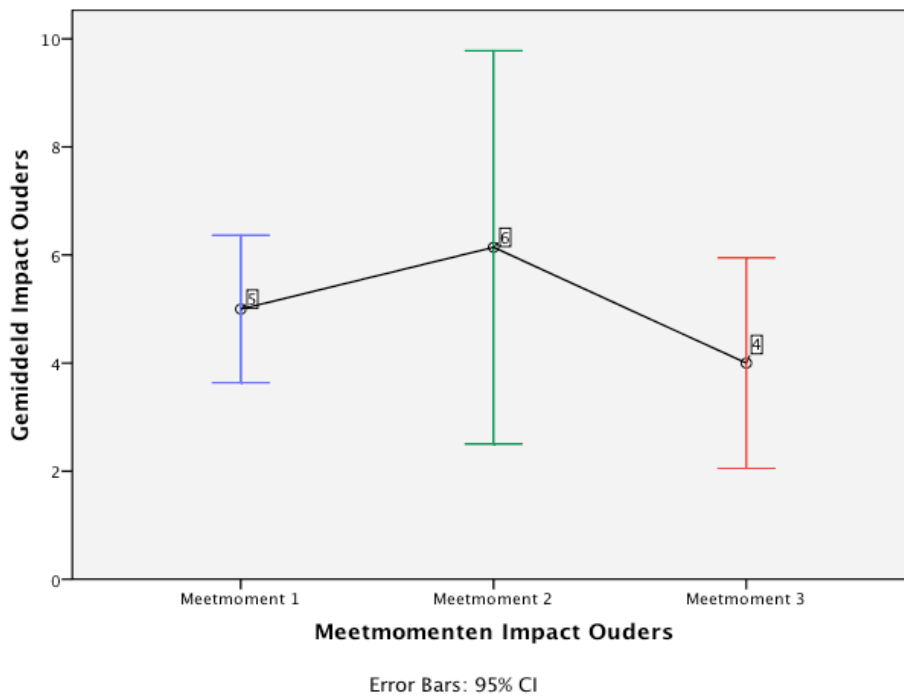
Figuur 4j: SDQ Ouders controlegroep (meetmoment 1 (N=8), meetmoment 2 (N=11), meetmoment 3 (N=4))



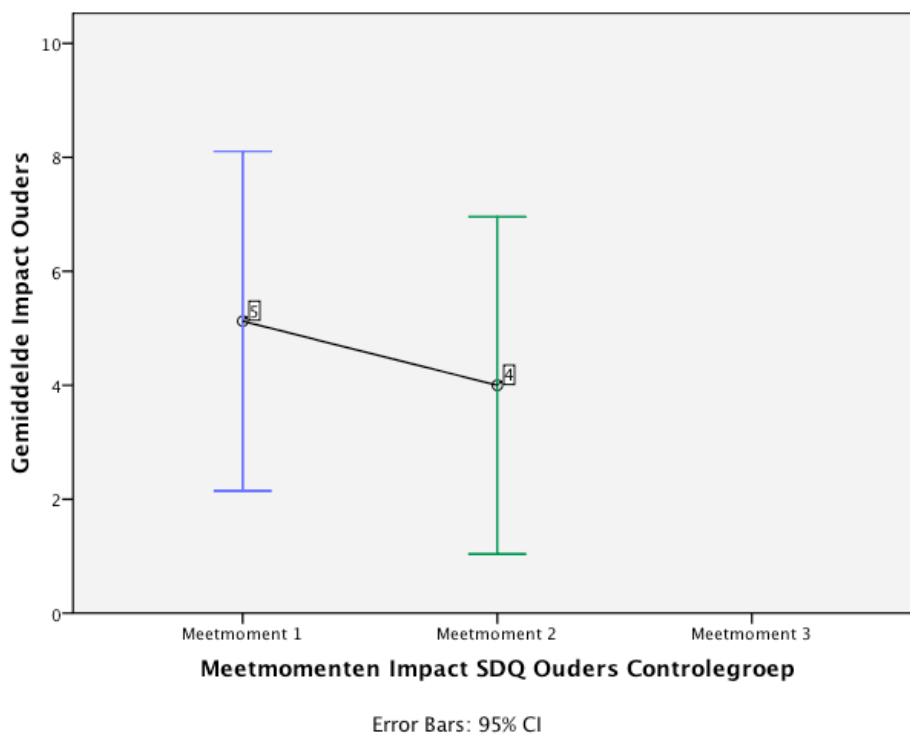
Figuur 4k: SDQ Jongere (meetmoment 1 (N=23), meetmoment 2 (N=6), meetmoment 3 (N=7))



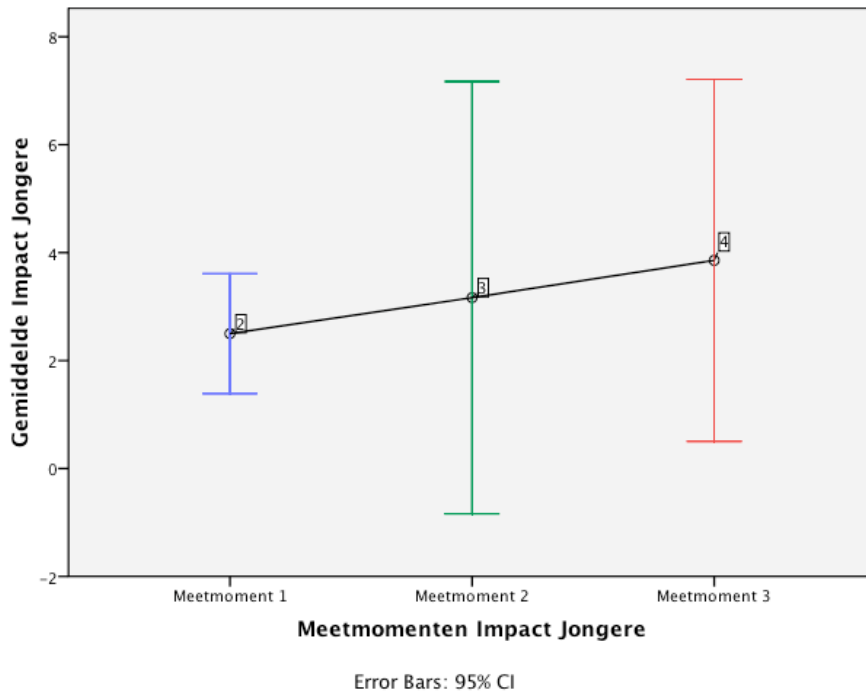
Figuur 4l: SDQ Jongere Controlegroep (meetmoment 1 (N= 9), meetmoment 2 (N=11), meetmoment 3 (N=3))



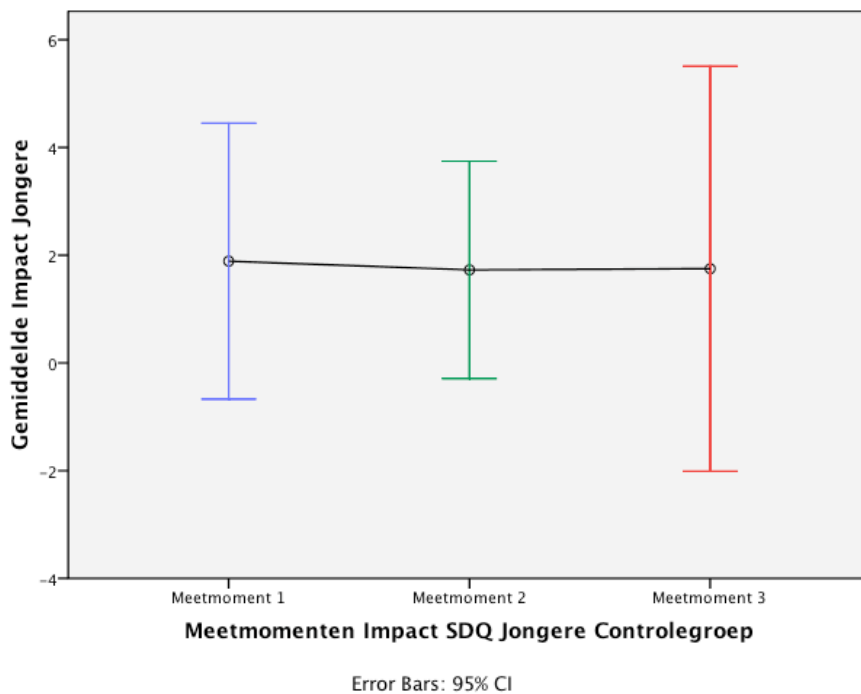
Figuur 4m: SDQ Impact ouders (meetmoment 1 (N=26), meetmoment 2 (N=9), meetmoment 3 (N=11))



Figuur 4n: SDQ Impact ouders controlegroep (meetmoment 1 (N=8), meetmoment 2 (N=11), meetmoment 3 (N=0))



Figuur 4o: SDQ Impact Jongere (meetsmoment 1 (N=23), meetsmoment 2 (N=6), meetsmoment 3 (N=6))

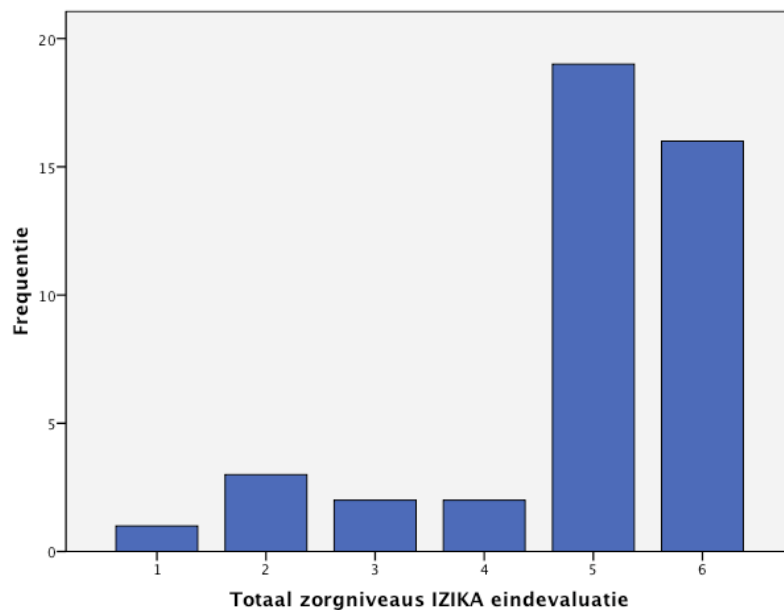


Figuur 4p: SDQ Impact Jongere controlegroep (meetsmoment 1 (N=9), meetsmoment 2 (N=11), meetsmoment 3 (N=4))

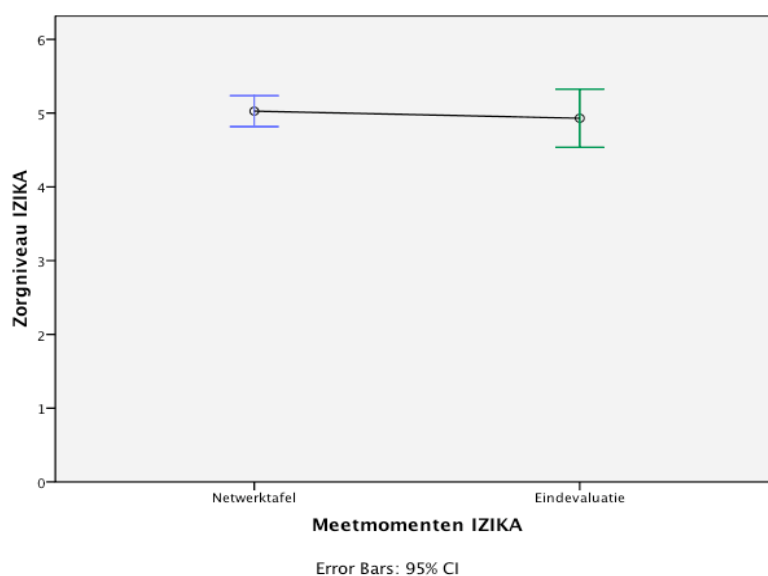
4.4.2. Resultaten IZIKA bij eindevaluatie

Figuur 4u geeft het zorgniveau weer dat door de leden van de vaste groep (N=43) aan de hand van de IZIKA is aangegeven tijdens de eindevaluaties. Evenals bij de eerste netwerktafel 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.

Figuur 4v toont het zorgniveau aangegeven bij de eerste netwerktafels en bij de eindevaluaties. Hierin zien we weinig verandering.



Figuur 4u: Zorgniveau IZIKA Eindevaluatie



Figuur 4v: Zorgniveau IZIKA overheen twee meetmomenten

4.5. Evaluatie netwerktafels

4.5.1. Resultaten zorgplannen

De netwerktafels zijn naar hun zinvolheid en effectiviteit beoordeeld op basis van het nakomen van de afspraken uit het zorgplan(nen), de satisfactie van de jongere en de ouders over de netwerktafels en eventuele opmerkingen van de betrokkenen.

Voor vijf netwerktafels werd het zorgplan(nen) volledig uitgewerkt en was er tevredenheid bij de jongere, de ouders en de betrokken hulpverleners over de netwerktafels. Volgende zaken werden hierbij tevens als positief aangegeven:

- De grote betrokkenheid van de contextfiguren.
- De vooruitgang van de jongere.
- *'Via de netwerktafel hebben we meer klaargekregen'.*

Bij vier dossiers kunnen we spreken van een beperkte uitvoering van het zorgplan en/of tevredenheid over de netwerktafels.

- Bij één dossier werd de netwerktafel en het daaruit voortgevloeide zorgplan door de casemanager als positief beoordeeld. Het uiteindelijke resultaat van het zorgplan was echter eerder negatief. Het gedrag van de jongere was erop achteruitgegaan. *'Er werd een weg ingegaan en dan weet je vooraf niet waar je uitkomt.'*
- Het zorgplan voor de aangemelde jongere zelf werd uitgewerkt met een goed resultaat tot gevolg. De jongere en de moeder waren echter niet volledig tevreden, aangezien de gevraagde oplossingen voor de andere kinderen niet verwezenlijkt waren.
- *'Er zijn nog veel vragen over verdere evolutie.'* (casemanager)
- De meeste afspraken van het zorgplan werden uitgevoerd. Bij sommige afspraken liet de uitwerking op zich wachten omwille van wachtlijsten. De ouders waren tevreden over de netwerktafels, maar bij de eindevaluatie werden er bezorgdheden geuit naar de toekomst toe.

Er werd ook ontevredenheid geuit als er te weinig leden van de vaste groep of er te weinig betrokken hulpverleners aanwezig waren. Hieronder de reacties van twee dossiers:

- Door de beperkte aanwezigheid van de vaste groep was het zorgplan minder gedragen. Men is van plan om netwerktafels te blijven organiseren binnen dit dossier met de betrokken hulpverleners. Het werd als zeer zinvol aangegeven om met de hulpverleners binnen dit gezin samen te zitten om te bekijken wie met wat bezig was.

- De ouders vonden dat er bij de eindevaluatie te weinig leden van de vaste groep aanwezig waren. Het zorgplan raakte ook niet uitgewerkt omwille van tekortkomingen in de hulpverlening. Er werd wel voorgesteld om in de toekomst netwerktafels te blijven organiseren: als de acties rond het plan dreigden stil te vallen, zou men opnieuw met iedereen rond de tafel gaan zitten om te bekijken wie wat kon opnemen.

In een aantal gevallen kon het zorgplan niet uitgewerkt worden omwille van obstakels in wet- en regelgeving en hiaten in de jeudghulpverlening. Per dossier worden de volgende redenen opgegeven:

- Er werd geen opvang gevonden voor de jongere, al had moeder aangegeven de situatie thuis niet aan te kunnen. Dit ondanks de vele inspanningen en de regelmatige rondetafelgesprekken die los van de netwerktafels door de betrokken hulpverleners werden georganiseerd.
- Het zorgplan kon niet uitgewerkt worden vanwege een te beperkt/te vrijblijvend hulpverleningsaanbod voor de jongere. *'De netwerktafel werd wel als ondersteunend ervaren. We, zowel de jongere als wij als hulpverleners, kregen erkenning. Dat doet deugd.'*
- Het niet kunnen uitwerken van het zorgplan heeft geleid tot een nieuwe aanmelding van het gezin binnen 'Cliëntoverleg complexe problematiek'.
- De meeste afspraken uit het zorgplan werden uitgevoerd, maar de nodige intensiteit van hulp kon niet geboden worden.
- De jongere verblijft nog steeds in de gemeenschapsinstelling, ondanks het feit dat hij daar helemaal niet op zijn plaats zit.
- De jongere verblijft nog steeds in de gemeenschapsinstelling, omdat er tot op heden geen vervolghulpverlening werd gevonden.
- Moeder hoopt dat de *'deelname aan het project ook mag resulteren in concrete veranderingen'*, dit zowel in het geval van haar eigen zoon als op beleidsniveau. Er kon geen oplossing gevonden worden voor de jongere, enkel het hiaat in de hulpverlening kon gerapporteerd worden.
- Ondanks vele engagementen overheen de netwerktafels, was er bij de eindevaluatie weinig perspectief voor de jongere omwille van zijn problematiek en het bereiken van de meerderjarigheid. Er waren bovendien belangrijke partners afwezig.
- Een zorgplan kon niet uitgewerkt worden omwille van beperkte medewerking en motivatie van de jongere. De hulpverlener merkt hierbij op dat voor deze jongere binnen de jeudghulpverlening al alles is geprobeerd. De hulpverlener heeft het gevoel deze jongere niets meer te kunnen bieden.

Bij twee eindevaluaties wensten de ouders niet meer deel te nemen. De betrokken hulpverlener kreeg van hen wel het mandaat om hun stem te vertegenwoordigen tijdens de eindevaluaties.

- In één dossier waren de ouders erg ontevreden omdat er naar hun gevoel weinig nieuwe informatie was bekomen en ze de manier waarop naar hen gecommuniceerd werd niet correct vonden. De betrokken hulpverlener deelde dit ongenoegen maar merkt hierbij op dat er dankzij de netwerktafel wel een verwerkingsproces bij de ouders omtrent de problematiek van de jongere op gang is gebracht.
- De casemanager was niet de aanmelder. De casemanager gaf aan dat men wist welke weg men uit wilde met het gezin. De netwerktafel sloot daarenboven volgens hem niet aan bij de cultuur van het gezin. Een netwerktafel werd voor dit dossier dus minder zinvol bevonden, al werd de zinvolheid voor andere dossiers wel gezien.

Voor twee dossiers kwam de netwerktafel eigenlijk te laat. Er was met andere woorden een te lange wachtperiode tussen de aanmelding en de organisatie van de netwerktafel.

- *'Bij de aanmelding stond de jongere nog op een wachtlijst. Op het moment dat de netwerktafel startte was er voor de jongere al een oplossing. Toch denk ik dat voor andere dossiers een netwerktafel zinvol kan zijn, als er voldoende rekening gehouden wordt met regelgeving en procedures.'*
- De netwerktafel kwam te laat. Bij de aanmelding zat de hulpverlening vast. *'Het zorgplan werd opgesteld buiten de netwerktafel op eigen initiatief en in overleg met de betrokken partijen werd een hulpverleningstraject uitgetekend. Dit traject werd gecommuniceerd op de netwerktafel en werd vervolgens een zorgplan.'*

Voor zes dossiers is er geen eindevaluatie doorgegaan, wat maakt dat er weinig zicht is op de uitvoering van de zorgplannen en de beleving van de netwerktafels. De redenen voor het niet kunnen doorgaan van de eindevaluaties zijn:

- Het afhaken van de ouders tijdens het project (3x)
- Het stoppen van de begeleiding vanuit de dienst van de aanmelder, wat maakte dat deze geen gegevens meer had over de jongere.
- Het niet uitvoeren van het tijdens de netwerktafel opgestelde zorgplan. Dit werd achteraf door de aanmelders als te weinig realistisch beoordeeld.
- Het overdragen van het dossier aan een nieuwe consulent, wat maakte dat deze nog geen goed zicht had op het functioneren van de jongeren, in combinatie met een onbeschikbare ouder.

4.5.2. Tevredenheid jongere, ouders en casemanager

Onderstaande vragen werden door de jongere, de ouders en de casemanager bij de eindevaluatie beantwoord. Eén betekent helemaal niet en vier helemaal wel.

Tabel 4d: Tevredenheid ouders, jongere, casemanager bij eindevaluatie

	Ouders Gem. Score (7 beoordelingen)	Jongere Gem.score (5 beoordelingen)	Casemanager Gem.score (19 beoordelingen)
In welke mate bent u tevreden over de informatie die u over de netwerktafel(s) hebt ontvangen?	2,9 (range 1-4)	3,3 (range 3-4) (4 beoordelingen)	3,5 (range 1-4) (18 beoordelingen)
In welke mate vond u de netwerktafel(s) nuttig?	2,9 (range 2-4)	3,2 (range 2-4)	2,9 (range 1-4)
In welke mate bent u tevreden over het verloop van de netwerktafel(s)?	2,9 (range 1-4)	3,3 (range 3-4) (4 beoordelingen)	3,2 (range 2-4)
In welke mate hebt u het gevoel dat de hulpverleners naar u luisterde? (jongere, ouders) / In welke mate hebt u het gevoel dat het zorgplan(nen) een versterking van uw hulp was? (casemanager)	3,9 (range 3-4)	3,4 (range 1-4)	2,2 (range 1-4)
In welke mate bent u tevreden over de inhoud van de zorgplan(nen) opgesteld tijdens de netwerktafel(s)?	3 (range 2-4)	3,4 (range 3-4)	2,8 (range 1-4) (18 beoordelingen)
In welke mate bent u tevreden over de uitvoering van het zorgplan(nen)?	2,3 (range 1-4)	3,4 (range 3-4)	2,6 (range 1-3) (18 beoordelingen)
In welke mate bent u tevreden over de samenwerking met de verschillende betrokken hulpverleners?	/	/	2,8 (range 2-4) (17 beoordelingen)
In welke mate ondervindt u al een positieve invloed van het plan bij uzelf/de ouders ?	2,1 (range 1-4)	/	/
In welke mate ondervindt u al een positieve invloed van het plan bij uzelf/de jongere?	2,4 (range 1-4)	3,3 (range 3-4) (4 beoordelingen)	2,2 (range 1-4)

In welke mate ondervindt u al een positieve invloed van het plan bij de andere gezinsleden?	1,8 (range 1-3) (6 beoordelingen)	2,3 (range 1-4) (4 beoordelingen)	1,5 (range 1-4) (13 beoordelingen)
Hebt u het verslag van de netwerktafel(s) ontvangen?	4x ja 2 x neen	3 x ja 1 x neen	17 x ja
Bent u tevreden over het verslag?	4 x ja 1 x neen	3 x ja 1 x neen	17 x ja

4.6.3. Beoordeling vaste groep

De leden van de vaste groep deskundigen hebben op het einde van de netwerktafels telkens in een evaluatieformulier aangegeven 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 was tegengekomen.

A. Beoordeling overleg

De vragen van het evaluatieformulier leest u hieronder. Van zowel de eerste netwerktafel, de opvolging als de eindevaluatie worden de gemiddelde scores overheen de verschillende dossiers weergegeven. Eén betekent helemaal niet en vier betekent helemaal wel.

- *In welke mate vond u dat dit overleg voor de hulp aan betrokken kind/jongere en ouders nuttig was?*

Eerste netwerktafel (16 dossiers, 37 beoordelingen)	Opvolging (14 dossiers, 38 beoordelingen)	Eindevaluatie (18 dossiers, 40 beoordelingen)
3,2 (range 2-4)	3 (range 1-4)	2,6 (range 1-4)

De eerste netwerktafel werd als nuttig ervaren, maar er werd opgemerkt dat er meer aan overleg zou moeten gedaan worden ook buiten dit project. De netwerktafel werd gezien als een mogelijkheid om nieuwe openingen en perspectieven voor zowel het cliëntsysteem als de hulpverlening te creëren. Het bleek nuttig om over de sectoren heen naar mogelijkheden te kijken. Al moest men soms vaststellen dat er geen plaats was in de jeugdhulp voor bepaalde jongeren, er te weinig concrete adviezen konden gegeven worden of dat er uitzonderlijke engagementen werden aangegaan wegens een gebrek aan andere mogelijkheden. In een dossier werd ook de noodzaak aan coördinatie van de hulpverlening gerapporteerd. Er werd aangegeven dat het belangrijk was dat alle partijen aanwezig waren, namelijk de betrokken hulpverleners, ouders en voldoende

leden van de vaste groep. Indien de ouder(s) en/of de jongere niet aanwezig waren, werd dit als een gemis ervaren. Hun aanwezigheid werd als een meerwaarde beschouwd.

De opvolging werd gezien als de gelegenheid om de afspraken te herbekijken, te concretiseren en alles nog eens duidelijk op een rijtje te zetten. Ook hier werd het belang van de aanwezigheid van alle partijen aangehaald. Opnieuw werd de betrokkenheid van de cliënt als positief ervaren. In een aantal dossiers werd aangegeven dat er niet onmiddellijk een oplossing voorhanden was. De opvolging kon op die momenten enkel een luisterend oor bieden en de blinde vlek in het hulpverleningsaanbod vaststellen.

Bij een aantal eindevaluaties werd er geconcludeerd dat er tekortkomingen waren in de hulpverlening. Bijgevolg waren er weinig tot geen oplossingen ondanks de inspanningen en het feit dat er ook positieve dingen waren gebeurd. Voor een aantal netwerktafels werd een beperkte meerwaarde aangegeven. Opgemerkt werd dat een netwerktafel verwachtingen kon scheppen bij de cliënt, wat tot teleurstelling kon leiden als deze niet werden ingelost.

Een aantal eindevaluaties eindigden ook met een positieve noot, namelijk een uitgewerkt zorgplan of het lanceren van nieuwe voorstellen. Bovendien voldeed de eindevaluatie in een aantal gevallen aan de nood van ouders aan overleg en terugkoppeling.

- *In welke mate bent u tevreden over het verloop van het overleg?*

Eerste netwerktafel (16 dossiers, 37 beoordelingen)	Opvolging (14 dossiers, 38 beoordelingen)	Eindevaluatie (18 dossiers, 40 beoordelingen)
3,3 (range 2-4)	3,3 (range 2-4)	3,2 (range 2-4)

De opbouw van het overleg werd als positief ervaren, namelijk het werken met sterke en minder goede punten. Ook het feit dat steeds aan de ouders gevraagd werd naar eventuele oplossingen werd als een sterkte van de aanpak ervaren. Hierbij moet wel opgelet worden dat ouders geen valse hoop krijgen.

Het werd als belangrijk aangegeven dat elke deelnemer het mandaat had om te reflecteren, associëren en te spreken. Soms traden sommige mensen echter te sturend op. Hierbij werd de bedenking gemaakt dat dit mogelijks als gevolg kon hebben dat oplossingen achteraf niet door iedereen gesteund worden.

Er werd bij twee overlegmomenten een beperkte dossierkennis bij de betrokken hulpverleners gerapporteerd. De aanmelder zelf was hierop afwezig. In één gesprek werd meer nood aan structuur aangegeven.

Ondanks het feit dat er in een aantal gevallen geen oplossing voorhanden was, werd het overleg als constructief ervaren, wegens de betrokkenheid van de ouders en het samen leggen van de kennis van de hulpverleners. In één dossier werden er engagementen uitgewerkt. Hierbij stelde men de vraag of dit wel de meest gepaste oplossing was. Wat namelijk met andere jongeren met dezelfde problematiek?

Ook bij de eindevaluaties werd het niet kunnen aanbieden van oplossingen en een kleine opkomst van de betrokkenen als negatief ervaren.

- *Waren volgens u de belangrijkste betrokkenen aanwezig op het overleg?*

Eerste netwerktafel	Oprvolging	Eindevaluatie
(16 dossiers, 37 beoordelingen)	(14 dossiers, 38 beoordelingen)	(18 dossiers, 40 beoordelingen)
19 ja / 18 neen	19 ja / 19 nee	19 ja / 21 neen

Overheen de drie overlegmomenten werd er in 23 keer van de gevallen aangegeven dat de ouder(s) en/of de jongere ontbraken op het overleg. Dertien keer werd er aangegeven dat er leden van de vaste groep ontbraken. Daarnaast zouden bepaalde betrokken hulpverleners aanwezig moeten zijn, waarbij herhaaldelijk de consultant werd aangehaald. Ook werd de bedenking geformuleerd dat mensen met beslissingsrecht zouden moeten deelnemen aan de netwerktafel.

B. Gesignaleerde knelpunten

De antwoorden op de vraag over welke knelpunten men tijdens het overleg was tegengekomen worden hieronder uitgeschreven. Ook tijdens de netwerktafels werden er door de deelnemers knelpunten aangegeven, die hieronder mee in de opsomming zijn opgenomen. Deze lijst is niet exhaustief.

Knelpunten op vlak van combineren

- Het niet kunnen combineren van hulpverleningsvormen binnen een sector. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om thuisbegeleiding te combineren met een opname in een residentiële voorziening.
- Hulpverleningsmaatregelen die de sectoren overschrijden kunnen niet gecombineerd worden.
- Er zijn problematieken die niet door één sector te dragen zijn.

Knelpunten i.v.m. een beperkt of afwezig aanbod

- De lange wachtlijsten omwille van een tekort aan opvangmogelijkheid binnen de verschillende sectoren.
- Weigeringen tot opstart/opname door voorzieningen.

- *'Begeleid Zelfstandig Wonen vanuit residentie slechts mogelijk na residentieel verblijf BJB'.*
- Er is nood aan een specifiek aanbod voor jongeren met autisme in combinatie met een normale begaafdheid, dit tevens op schools vlak. Bijvoorbeeld in de overgang van het lager naar het secundair onderwijs.
Als het moeilijk loopt binnen de schoolse setting bij een jongere met ASS en een normale begaafdheid zijn er geen andere mogelijkheden. Jongeren met een mentale beperking kunnen nog bij andere instellingen aankloppen.
'Weinig alternatieven voor jongeren met autisme'.
- Er bestaat geen Buitengewoon Secundair onderwijs voor kinderen met een complexe comorbiditeit. *'Een BuSo kan geen één op één begeleiding bieden en deze kinderen vragen dit wel'.*
- Er is weinig aanbod voor jongeren met gedragsproblemen, agressie.
Er is nood aan een behandelingsprogramma rond agressie voor jongeren met mentale beperkingen.
- Er stelt zich een probleem bij de combinatie van problematieken zoals matig mentale handicap, psychiatrische problematiek en pleger van seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- *'Een gesloten voorziening voor personen met een handicap die niet thuishoren in de psychiatrie en ook niet in de GBJ van de BJB kan wellicht nog wel nuttig zijn voor heel wat jongeren'.*
- Er zijn beperkte mogelijkheden qua vrijetijdsbesteding, dagbesteding.
- Er is meer nood aan ondersteuning van ouders.
- *'Onmogelijkheid tot het individualiseren naar een traject op maat'.*

Knelpunten eigen aan een bepaald hulpaanbod

- Er is nood aan structureel meer diversiteit in thuisbegeleiding zowel in intensiteit als in duur.
'Intensieve thuisbegeleiding ontbreekt'.
'Thuisbegeleiding moet het tempo van het gezin kunnen volgen. Er ligt druk op de duur van thuisbegeleiding.'
- De afwezigheid van een school is voor vele MPI's een voorwaarde voor opname, wat bij een gebrek aan een school tot moeilijkheden leidt.
- Binnen het VAPH is het voor 12-18 jarigen heel moeilijk om nog in een MPI opgenomen te worden. Als de jongere al vanaf jonge leeftijd in een MPI verblijft, kan die doorschuiven. Op oudere leeftijd wordt er moeilijk een plek gevonden.
'Ouders die hun kind zo lang mogelijk thuis hebben gehouden, worden op deze manier eigenlijk gestraft.'

- De strikte regelgeving en het handhaven van bepaalde criteria binnen VAPH. *'Jongeren met mentale handicap qua functioneren te goed/te zwak, IQ te laag/te hoog'.*
- *'Leeftijdsgrenzen voor wachtlijsten.'*
- Er bestaat geen opnameplicht binnen VAPH.

Knelpunten intersectoraal

- Er is sprake van onvoldoende bekendheid met de mogelijkheden van de andere sectoren.
- Er is beperkt overleg tussen de verschillende sectoren, er wordt te traag doorgeschoven of informatie uitgewisseld.
- De overdracht van informatie tussen de sectoren loopt soms moeilijk wat juiste bemiddeling bemoeilijkt.
'BJB verwijst vanuit de gezinssituatie en het Vlaams Fonds heeft een verslag over het functioneren (mentaal, motorisch) zelf nodig. Anders kunnen zij niet gericht doorverwijzen'.
- *'Er zou een brug moeten zijn tussen een opname in kinder- en jeugdpsychiatrie en de terugkeer naar de leefgroep van een voorziening'.*
- Jongeren kunnen niet terecht in de vereiste sector. *'Iemand voor de gehandicaptensector zit in psychiatrie'.*
'Oneigenlijke plaatsingen in de gemeenschapsinstellingen bij gebrek aan andere mogelijkheden'.
- De overgang van minderjarigheid naar de volwassenwerking is zeer moeilijk.
Voor een jongere van 17 jaar zijn er beperkte mogelijkheden binnen het jongerencircuit en voor het volwassenencircuit speelt de leeftijdsgrens van 18 jaar.
'Als de betrokkene meerderjarig is, hangt veel af van zijn/haar verantwoordelijkheid'.
'Vanuit volledig toezicht omtrent JRB gaat de jongere op zijn 18 jaar naar volledige vrijwilligheid'.
'Spijtig voor inzet, als je ze op hun 18 jaar terug moet loslaten. Jongere kan ineens zelf beslissen. De jongere heeft niet altijd ziekte inzicht'.

Algemene knelpunten

- De wisseling van personeel bij de verwijzers bemoeilijkt de opvolging van dossiers, omdat informatie niet of te weinig wordt doorgegeven.
- Er kan een probleem rijzen als een diagnose op te late leeftijd gesteld wordt.
- Er is een casemanager nodig die naast de cliënt staat en het ganse traject volgt.

- Het is belangrijk dat verslaggeving up to date wordt gehouden, namelijk dat ook positieve evoluties vermeld worden.
- *'Beroepsgeheim kan belemmerend werken tussen hulpverleners'*.
- Jongeren dragen een negatieve stempel mee als ze van een bepaalde afdeling komen, bijvoorbeeld van de afdeling For-K.

Hoofdstuk 5:

Samenvatting en aanbevelingen

De eerste fase van het project leverde 61 aanmeldingen voor 66 jongeren op (Hoofdstuk 1). Op basis van deze gegevens kon een profiel van jongeren met een complexe psychosociale problematiek geschetst worden. De aanmeldingsproblematiek zoals beschreven door de aanmelder bevestigt dat de problematiek van deze jongeren zich op verschillende levensdomeinen situeert, namelijk op het functioneren van de jongere, de schoolloopbaan en in de (gezins)context. De aanmeldingsproblematiek situeert zich echter ook op het niveau van de hulpverlening. De jongeren komen al op jonge leeftijd in contact met hulpverlening en hebben tot op heden verscheidene begeleidingen in de verschillende sectoren achter de rug. In verband met schoolgegevens en socio-economische gegevens blijken hulpverleners over minder informatie te beschikken. Ouders en begeleiders gaven een grote aanwezigheid van psychopathologie aan bij de aangemelde jongeren. De jongeren scoorden zichzelf daarentegen minder problematisch. Hulpverleners scoorden de aanvaarding en het engagement van de jongere en de ouders ten aanzien van hulpverlening eerder laag (Hoofdstuk 2).

Uit de aanmeldingen werden dertig dossiers ad random geselecteerd voor de tweede fase van het project. Voor deze dertig dossiers werd een netwerktafel georganiseerd. Er werd gebruik gemaakt van een theoretisch kader om op doelmatige wijze zorg te bieden aan deze kinderen/jongeren en hun gezinnen (Hoofdstuk 3).

Tijdens een netwerktafel wordt via een vast protocol samen met de jongere, de ouders, betrokken hulpverleners en een vaste groep deskundigen een geïndividualiseerd zorgplan opgesteld. De jongere en de ouders worden hierbij als partners gezien, het zorgplan gaat uit van hun vraag en in functie daarvan wordt de samenwerking gerealiseerd en/of verbeterd.

In Antwerpen hebben er 19 netwerktafels plaatsgevonden, in Mechelen 2 en in Turnhout 9. De kracht van de gehanteerde methodiek tijdens de netwerktafels kan samengevat worden in onderstaande opsomming:

- De aanwezigheid van het kind, de jongere en de ouders
- Het uitgaan van de hulpvraag van de cliënt
- Het vertrekken vanuit de sterktes van het kind, de jongere en de ouders
- De aanwezigheid van de vaste groep deskundigen
- Het samen nadenken over de sectoren heen

Bij een groot aantal netwerktafels kon het zorgplan niet uitgevoerd worden omwille van beperkingen in de hulpverlening. Belangrijke hindernissen waren de onbeschikbaarheid of afwezigheid van de geschikte hulpverlening en obstakels in het intersectoraal werken. (Hoofdstuk 4)

Aanbevelingen

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.

Literatuur

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

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.

Bruns, E.J., Suter, J.C., Force, M.M., & Burchard, J.D. (2005). Adherence to Wraparound Principles and Association with Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 521-534.

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.

Bruns, E.J., Burchard, J.D., Suter, J.C., Leverentz-Brady, K., & Force, M.M. (2004). Assessing Fidelity to a Community-Based Treatment for Youth: The Wraparound Fidelity Index. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(2), 79-89.

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.

Burchard, J.D., & Clarke, R.T. (1990). The role of individualized care in service delivery system for children and adolescents with severely maladjusted behavior. *Journal of Mental Health Administration*, 17, 48-60.

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.

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.

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.

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.

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.

Janssens, A., & Deboutte, D. (2007). *Even Bijpass-en*. Wilrijk: Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Youth Mental Health.

Landis, J.R., Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data, *Biometrics*, 33, 159-174.

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., and Ford, F. (2000) *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office

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.

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: Brookes Publishing.

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.

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.

VanDenBerg, J. (1993). Integration of individualized mental health services into the system of care for children and adolescents. *Administration and Policy in Mental Health, 20*, 91-112.

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.