

DAKLOZE JONGVOLWASSENEN [18-25 jaar]

Reeds meerdere jaren signaleren de maatschappelijk werkers en onthaalmedewerkers van het Algemeen Welzijnswerk - de OCMW's en de Centra Algemeen Welzijnswerk - ernstige problemen om geschikte begeleiding of opvang te vinden voor dakloze jongvolwassenen met een meervoudige of complexe vraagstelling (o.m. licht mentale handicap, psychische problemen, verslaving). Deze groep hulpvragers wordt met volgende terugkerende kenmerken - die in mindere of meerdere mate en in diverse combinaties voorkomen - geassocieerd:

- Wie zich aanmeldt, brengt de hele familiegeschiedenis (het cliëntsysteem) mee; de problematiek is niet te isoleren;
- Meergeneratieproblematiek – problematische opvoedingssituatie;
- Multi-probleem - dubbeldiagnose: vb. drug- en psychiatrische problemen; mentale handicap-druggebruik;
- Demotivatie (wel noodsignaal, maar hulp is niet gewenst); vb. jongere ervaart drugs zelf niet als probleem;
- Psychiatrische problematiek;
- Geëtiketteerd, gesitueerd (door omgeving én hulpverleners) als 'lastig';
- Desorganisatie;
- Financiële instabiliteit;
- Hulpverleningsgeschiedenis (+ shopping). Vaak werden deze jongeren een lange tijd uit huis geplaatst in een voorziening van de bijzondere jeugdzorg, MPI, psychiatrische voorziening. Terugkerend gegeven als jongvolwassene: geweerd uit psychiatrie wegens onaangepast aan het regime;
- Werkloos;
- Verslaving;
- Eenzaamheid;
- Suïcide;
- Agressie;
- Op de dool;
- Relationale problemen (scheiding, te vroeg gehuwd, thuis de deur gewezen);
- Huisvestingsproblemen;
- Tussen twee en meer stoelen: (met slaande deuren) vertrokken uit onthaalhuis of Begeleid Wonen + te goed voor psychiatrie.

Eenmaal 18 - soms na een termijn van begeleid zelfstandig wonen - wijzen ze professionele begeleiding af. Ze stellen zich een eigen studio en een zelfstandig leven voor.

Na een aantal maanden zelfstandigheid kan de ontzuivering erg dwingend zijn. De rekeningen raken niet betaald, ze openen hun briefwisseling niet meer, komen hun afspraken niet na, verschijnen niet op tijd of helemaal niet op het werk; met hun ouders hebben ze voortdurend hoog oplopende conflicten, ze trekken maar wat graag met 'kwalijke vrienden' op (die ook nog eens op hun kosten leven of in hun huis overnachten).

Hun uitkeringen worden geschorst, huisbazen of vrederechters maken een gedwongen einde aan de huurovereenkomst.

Voor deze kwetsbare jongvolwassenen bestaat geen aangepast vangnet.

De grijszone waarin zij als *kinderen en jongeren* al zijn terechtgekomen, omdat zij als zgn. 'moeilijkste groep' voortdurend nu eens te broos dan weer te beladen waren voor de categoriale specialistische voorzieningen, verlengt zich als jongvolwassene als een kwalijk structureel gegeven. 18 jaar is allerminst de nieuwe kans waarop ze gehoopt hadden. Als alleenwonende jonge volwassene, op eigen gebrek aan kracht, worden ze nog pijnlijker met zichzelf en hun omgeving geconfronteerd dan voorheen.

Alle gevestigde sectoren hebben redenen en verscherpte opnamecriteria te over om zich niet met deze beladen cliënten, die het tenslotte 'zelf' wilden proberen, in te laten.

Bij crisis melden ze zich bij het OCMW of de CAW.

NADERE TOELICHTING

EEN HULPVERLENINGSCARRIERE

Vaak zijn deze jongeren al sinds hun kleuterjaren met *een dossier* beladen. Ze verblijven van jongs af in een MPI of in voorzieningen van de Bijzondere Jeugdzorg, waar ze een accumulatie van mislukkingen doormaken.

Gegeven een tekort aan opvangcapaciteit, wachtlijsten in de gespecialiseerde jeugdhulp, zijn ze niet de meest geëerde bewoners. Ze zijn gesitueerd als geharde 'chronisch doorverwezenen'.

Bij elke nieuwe opname in een voorziening wordt vlug duidelijk dat ze zwak en problematisch zijn, dat ze zich snel laten beïnvloeden door de jongeren met delinquent gedrag etc. etc.

Een nieuwe overplaatsing is dan wel vaker het gevolg.

De passage in één of meerdere gemeenschapsinstellingen (Mol, Ruislede, Beernem) maakt niet zelden deel uit van het parcours.

Gedragsproblemen liggen voor meerdere gespecialiseerde voorzieningen aan de basis van een doorverwijzing, hoewel deze acting out hoogstwaarschijnlijk gerelateerd is aan een kernproblematiek (sociale achterstelling, mentale handicap, nood aan psychiatrische begeleiding) die binnen deze gespecialiseerde voorzieningen een passende behandeling zou moeten vinden.

Vanaf 18 jaar is de jeugdzorg - in zijn algemeenheid - niet langer bevoegd.

Met hun - soms meer dan behoorlijke - spaarboek zien deze nieuwe volwassenen hun grootst mogelijke vrijheid tegemoet, zonder bemoeienis van opvoeders, begeleiders, maatschappelijk werkers of jeugdrechters.

Verlenging van het hulpverleningsaanbod op vrijwillige basis na 18 wijzen ze resoluut af.

VAN DE REGEN IN DE DROP

Daar staat men dan, recht uit de voorziening richting zelfgekozen ultieme zelfstandigheid.

Van het behoorlijk beschermde en goed georganiseerde klimaat (van orthopedagoog tot maatschappelijk werker tot schoonmaak) naar de opdracht om voor zichzelf in te staan.

Er is plots niemand meer die de financiën beheert. Wat op 15 jaar bij mekaar is gespaard (bvb. het rechtmatige derde van het kindergeld) verdwijnt op een paar maanden aan uitgaan en luxeproducten.

Of neem die andere groep jongvolwassenen, die zich omwille van een psychiatrische problematiek hebben laten opnemen in een kliniek, de behandeling niet volhouden en deze vroegtijdig afbreken.

Sommigen heeft men van de ene dag op de andere geweerd omdat ze zich niet aan de regels gehouden hebben. Voor anderen blijkt er op het einde van hun behandeling geen doorstroming naar de woonvoorzieningen voor psychiatrische patiënten (beschut wonen) mogelijk te zijn bij gebrek aan capaciteit en/of wachtlijsten.

Ook zijn er veel jongeren met een residentieel verleden die 'terug thuis willen wonen'. Hun ouders zijn dit perspectief ook genegen (de motieven zijn zeer verschillend: schuldgevoelens, een goede moeder of vader willen zijn, 'gezin vormen', met een nieuwe lei beginnen; helaas soms ook het uitzicht op een spaarboek).

Hun voorstelling van deze reünie is – o.m. door jarenlang verblijf in leefgroepen – geïdealiseerd: het gekoesterde 'warme nest' heeft nooit bestaan, in plaats van een eigen kamer slaapt men in de zetel, er zijn de ruzies als het meegebrachte geld opgesoupeerd is.

Ouders in gedepriiveerde gezinnen kampen zelf met de nodige zorgen: nieuwe gezinssamenstelling, armoede, materiële achterstelling, sterk uiteenlopende zienswijzen van de ouders, aanpassing aan de wetten en normen van een nieuwe partner (waarvan men financieel afhankelijk is), gemis aan opvoedingsvaardigheden, gebrek aan psychische of mentale draagkracht, alleenstaand met een zwakke ruggengraat.

Na verloop belanden een aantal van deze jongvolwassenen - met elk hun eigen geschiedenis - op straat: dakloos en zonder anker.

Ze zoeken de grootsteden op waar ze (tijdelijk) verdwijnen in de anonimiteit.

Dat de familiale context (als deze al bestaat) onvoldoende steun kan bieden, wordt in deze fase van afhaken in alle scherpheid bevestigd. Er is geen terugval mogelijk. Er is geen weg terug.

Vooraf degenen met psychische problemen en/of een zwakke verstandelijke begaafdheid komen in een neerwaartse spiraal terecht.

Administratief is weinig in orde. Jongvolwassenen met een gezond sociaal en familiaal netwerk staan wél tijdig op wachtlijsten, geraken sneller in de juiste voorzieningen. De zwakkere groep heeft de trein van de 'papieren verplichtingen' gemist en blijft dit doen. Dat het sommige goedmenende ouders aan vaardigheden op dat vlak ontbreekt, creëert een feitelijke discriminatie.

Noodgedwongen komen deze jongeren dan terecht (met of zonder doorverwijzing) bij de onthaalmedewerkers van het OCMW of het CAW met de dringende vraag naar een slaapplek voor de nacht.

Achter deze vraag schuilt uiteraard een complexe, moeilijk te definiëren, nood. Acute dakloosheid die niet direct refereert naar ernstige familiale en psychische belasting, zal grote uitzondering zijn.

HET ONVERMOGEN VAN DE HULPVERLENING

De problematiek overstijgt de materiële bijstand (geld) en zelfs de minimale dienstverlening (bed, bad, brood). Het gaat hier om een vorm van minimale tot gerichte *hulpverlening*, ook al is de persoon in kwestie daartoe – bij eerste analyse – niet gemotiveerd.

In de beschouwing van de CAW geven de OCMW precies deze geïndividualiseerde hulpverlening vrij snel uit handen.

In regel weten aangesproken hulpverleners zich verantwoordelijk om de beste en langwerkende oplossingen te realiseren. Zij bieden immateriële steun waar mogelijk.

Ook de begeleiding die het AWW kan bieden is echter beperkt in tijd en intensiteit. Hun generalistische, niet-specialistische aanpak is ontoereikend voor jonge mensen met bijvoorbeeld een licht mentale handicap of een psychiatrische problematiek.

Deze hulpverleners laten dan vrij snel weten dat zij de specifieke kennis en vaardigheden missen om aan deze doelgroepen de hulp te bieden die ze behoeven.

Qua *kortdurende opvang* zijn de OCMW en CAW - gezien de wachtlijsten in de zorgsectoren - in de meeste situaties aangewezen op een eigen voorziening.

In deze opvang houden deze jongeren zich moeilijk overeind tussen het bestaande cliënteel.

Vaak worden deze jongeren geplaagd door misbruik van vertrouwen. Ze worden aangezet tot diefstal of worden zelf bestolen, worden slachtoffer van seksueel geweld, maken schulden, nemen hun medicatie niet meer of niet correct met opstoten van hun ziektebeeld tot gevolg, hebben moeite met de regels en afspraken, vinden geen daginvulling, creëren een administratieve puinhoop, halen zich juridische problemen op de hals, zitten niet langer in een traject naar opleiding of werk, hebben geen verwachtingen meer, verzeilen in een depressie.

Het resultaat is identiek aan dat uit hun jeugdijaren: ambtelijke schrapping, het noodgedwongen moeten verlaten van het tijdelijke opvangcentrum.

Wat de opvang voor *langere duur of specialistische zorg* betreft, is de situatie ronduit dramatisch.

De vraag naar bijkomende zorg inzake geestelijke gezondheid, bijvoorbeeld, is in vele situaties prominent aanwezig. Deze zorg zou evenwel niet op een flexibele manier inzetbaar zijn.

CAW-medewerkers telefoneren soms uren en dagen zonder succes naar voorzieningen in gans Vlaanderen.

Na de telefonische aanmelding - op zich al een lichtpunt - volgt in veel situaties het antwoord dat de jongvolwassene toch niet past binnen de voorziening: te zwak begaafd, te psychiatrisch, te gedragsgestoord. Te.

De jongvolwassene verneemt afwijzing na afwijzing. Wanneer heeft zij/hij dat nog meegemaakt? Zij/hij wordt nog meer hulpverleningsmoe, haakt af, verdwijnt uit het zicht van hulpverleners, tracht toch opnieuw op straat te overleven, etaleert nog meer destructief of delinquent gedrag, soms met zelfdoding als tragische slotconclusie.

CONCRETE KNELPUNTEN

Algemeen

- Sommige jongeren kunnen niet terugvallen op een erkenning, een dossiernummer, een eerdere goedkeuring voor gespecialiseerde hulp (begeleid/beschermd/beschut wonen).
Dit is extra pijnlijk voor jongeren waarvan haast 'voorspeld' kon worden dat ze later begeleiding zouden kunnen gebruiken.
- De administraties waaronder de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de bijzondere jeugdzorg ressorteren beschikken niet over onthaalmedewerkers die personen in crisis kunnen helpen, ondersteunen, toeleiden en opvang garanderen. De drempel is té hoog, de toegankelijkheid is té beperkt.
- De onthaalmedewerkers in de CAW beschikken evenmin over voldoende kennis van de (toegang tot) gespecialiseerde hulpvormen en alle afleidingen daarvan: hoe ziet de timing van de wachtlijsten eruit? Wat is de gebruikelijke termijn om een overbrugging te vinden? Welke procedure is nodig om in een zorgboerderij terecht te kunnen? Etc.
- Het is voor maatschappelijk werkers van OCMW en onthaalmedewerkers van CAW bijzonder moeilijk om dossier-informatie te bekomen bij specialistische voorzieningen, diensten, administraties. Men schermt met het beroepsgeheim. Ondermeer psychiaters hanteren hun beroepsgeheim zeer strikt.
Voor de onthaalmedewerkers is het haast onmogelijk om in te schatten welke hulp gepast, haalbaar, noodzakelijk is zonder enige relevante informatie over aard van de handicap, evolutie, oorzaken van de probleemstelling, handelingsplan, psychiatrisch verleden problemen en de mogelijke gevolgen hiervan.
- Er bestaat geen procedure om jongeren, die er niet in geslaagd zijn een geordend zelfstandig leven op te bouwen en afgezien hebben van hun rechtmatige toegang tot begeleiding of zorg vanaf achttien jaar, versneld (terug) toe te laten tot een voorziening Begeleid Wonen. Sommige jongeren hebben dan wel een goedkeuring Begeleid Wonen maar staan nog niet op de centrale registratielijst.
Bovendien zijn wachttijden van drie jaar en meer geen uitzondering bij de bestaande voorzieningen begeleid wonen. Voor acute bijstand, hoe ernstig de probleemstelling ook, is geen ruimte.
- De bestaande crisisbedden bij OCMW en CAW zijn niet snel beschikbaar. Ze zijn soms maanden op voorhand geboekt. Andere bewoners verblijven er een jaar en langer (bij de vaste 'hotelgasten' is zelfs sprake van meer dan tien jaar). Een vlotte doorstroming blijkt bijzonder moeilijk te zijn.
Dit laatste geldt trouwens ook voor de ambulante diensten (Begeleid Wonen, thuisbegeleiding). Een aantal bewoners worden haast 'vast cliënteel', terwijl zij de meer intensieve hulp niet echt meer nodig hebben en ook terecht zouden kunnen bij meer open vormen van woonbegeleiding.
- Intersectoraal overleg tussen maatschappelijk werkers of directies van OCMW, CAW en voorzieningen VAPH, Bijzondere Jeugdzorg, psychiatrische zorg dat tot doel heeft vastgelopen dossiers opnieuw vlot te krijgen en de draad van de hulpverlening weer op te nemen, is vrijwel onbestaande.
- De diensten Begeleid Wonen van het VAPH, bijvoorbeeld, mogen enkel budgetbegeleiding aanbieden aan hun cliënten, geen budgetbeheer.
Wie in aanmerking wil komen voor sociaal beheer via het OCMW moet eerst voldoende schulden gemaakt hebben. Een preventief luik of een tussenweg blijkt niet voorhanden.

Sectorspecifiek

ZORG VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

- Een ruim aantal jongvolwassenen met een lichte tot matige mentale handicap vinden een uitstekende, aangepaste, begeleiding in voorzieningen van het VAPH, en hoeven er ook helemaal niet weg.
Toch maken zij zelf de keuze om te vertrekken. Ze wensen niet geëtiketteerd te worden als persoon met een handicap. Hun zelfbeeld is onrealistisch. Zelfoverschatting maakt deel uit van de problematiek.
In hun zelfstandig leven blijkt dan snel hoe groot hun gemis aan vaardigheden is.

- De toegang tot de gehandicaptenzorg is grondig en (dus) vrij omslachtig: Multidisciplinaire teams (MDT) bereiden, in opdracht van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, - via het multidisciplinair verslag (MDV) – de toegang tot de zorg voor. De formele bevestiging gebeurt door een provinciale evaluatiecommissie (PEC), die interdisciplinair is samengesteld. De positieve beslissing van de PEC (het 'ticket') geeft de zorgvrager ook recht op financiering. Dit geldt ook voor de voorzieningen die instaan voor de begeleiding. Zij ontvangen immers geen subsidie voor opgenomen cliënten, aan wie geen toegang tot de zorg verleend is.
Naast de doorlooptijd, die nodig is om een PEC-beslissing te bekomen, kijkt de persoon met een handicap ook aan tegen de centrale registratie (algemeen gekend als 'wachtlíjst').
Een PEC-beslissing staat dus niet synoniem voor onmiddellijke toegang tot de zorg.
- Veel jongeren die zich aanmelden bij het CAW of OCMW beschikken over een erkenningsnummer van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en maken dus aanspraak op zorg.
Zoals reeds aangegeven wensen zij niet terug naar deze zorg. Bovendien blijkt de voorziening, waar zij eerder zelf verbleven hebben, vrijwel hun enige referentie te zijn. Zij blijken onvertrouwd te zijn met het bredere hulpaanbod van het VAPH en de procedures om hiermee (opnieuw) aansluiting te vinden.
Daarnaast is er natuurlijk opnieuw de wachtlíjst van jaren, die zich vooral bij vragen naar woonbegeleiding stelt.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

- Ontslag van een jongvolwassene uit een psychiatrische voorziening zonder alternatief komt meermaals voor. Er wordt dan bijvoorbeeld enkel een briefje meegegeven met het adres van een CAW. Het genoemde CAW wordt hierover niet gecontacteerd. Dit heeft voor de jongere directe gevolgen: moeten overleven op straat, het niet meer opvolgen van soms zware medicatie. Het veronderstelt 'kunnen toveren' van de maatschappelijk werkers in de OCMW en van onthaalmedewerkers van de CAW.
- Jongvolwassenen worden soms snel uit psychiatrische afdelingen verwijderd omwille van het overtreden van de interne regels, bv. verliefdheid op een medepatiënt. Men toont weinig begrip voor een vertraagde maturiteit. Sommige achttienjarigen bevinden zich nog in een exploratieve en tegendraadse puberteit.

EERSTE AANBEVELINGEN

Algemeen

PREVENTIE

- Secundaire scholen, in het bijzonder in het beroeps- en technisch onderwijs – de opleidingen met de grootste groep risicojongeren –, MPI's, jeugdpsychiatrieën en voorzieningen in de bijzondere jeugdzorg kunnen jongeren nog beter voorbereiden op te voorziene moeilijkheden.
Bijv. door zelfstandigheidstraining, getuigenissen van oudere ex-verblijvers, sessies over vrijetijdsinitiatieven.
- Ten aanzien van risico-leerlingen zouden de (gespecialiseerde) CLB pro-actief kunnen handelen. Zou een dossier op maat, een 'klaarliggende' vraag tot toegang tot de zorg niet heel wat problemen kunnen voorkomen?
- (Al of niet opgelegd) 'voortijdig' budgetbeheer zou bij sommige jongvolwassenen kunnen voorkomen dat zij onverantwoorde uitgaven doen.

INCLUSIEVE HULPVERLENING

- Het streven blijft een zo inclusief mogelijke benadering. Het betekent dat de voorzieningen waar de jongvolwassene thuishoort of zich aanmeldt zich tenvolle blijven inzetten voor hun cliënt en niet te gemakkelijk doorverwijzen of er zich met 'gedeelde zorg' van afmaken.
Ook bij jongvolwassenen kan een aanklappende, zelfs directieve, hulpverlening – zo nodig ingaand tegen de inzichten van de cliënt – veel leed voorkomen.
- Het blijft een opdracht, ook voor hulpverleners uit zeer verscheiden sectoren, om de OCMW-dienstverlening te detaboeëren. Het is geen schande voor een cliënt om het OCMW te contacteren. Het is een plek waar reële hulp geboden worden. Een onthaalmedewerker van een CAW kan hierbij mediëren en de cliënt begeleiden.
- Achter veel vaststellingen door de OCMW en CAW over de doelgroep jongvolwassenen schuilt ook de vraag van deze organisaties om bij crisissituaties of tijdens het verloop van een begeleiding te kunnen beroep doen op methoden van zorg, die de jeugdzorg, gehandicaptenzorg, psychiatrische hulpverlening te bieden hebben.
Daarbij wordt in de eerste plaats gedacht aan (o.m.):
 - Observatie (na crisis bvb);
 - Tijdelijke opvang, kortopvang, logeerfunctie;

- Vormen van flexibele opname (ook bij bv de residentiële voorzieningen), zodat sneller op vragen voor dringende gespecialiseerde hulp kan ingespeeld worden.
Meer specifiek vraagt men dat diensten Begeleid Wonen sneller plaats zouden vrijmaken, zodat nieuwe hulpvragers hier terecht kunnen.
- Trajectbegeleiders/ casemanagers die een cliënt gedurende ruime tijd blijven opvolgen zouden een zinvolle aanvulling betekenen om de hiaten tussen het eerstelijns- en tweedelijnsaanbod te dichten.

INFORMATIE EN INTERSECTORALE SAMENWERKING

- Systematische toelichting door vertegenwoordigers van de verschillende belendende zorgsectoren (VAPH, BJZ, Psychiatrische zorg) aan onthaalmedewerkers van CAW en OCMW - maar ook aan hulpverleners! - over de procedures die toegang geven tot deze zorg en de verschillende mogelijkheden die de zorg te bieden heeft zou veel misverstanden uit de weg kunnen ruimen. Aan de kant van de CAW en OCMW bestaat veel onbegrip bij gebrek aan kennis van de praktijk.
- Wederzijdse kennismaking en vertrouwde samenwerking tussen voorzieningen op provinciaal, regionaal en lokaal niveau zorgt voor betere hulpverlening. Daarbij wordt best meteen overwogen welke belendende sectoren of vormen van dienstverlening ook betrokken kunnen worden (vb. politie, slachtofferhulp,...).
Het Intersectoraal en Regionaal Welzijnsoverleg, georganiseerd door het provinciebestuur, zou een stimulerende kracht kunnen betekenen om de samenwerking op dat vlak te bevorderen.
- Stages van hulpverleners en onthaalmedewerkers in andere zorgvoorzieningen zijn aanbevolen om werkwijzen en probleemstellingen beter te begrijpen. Ook intersectorale intervisies passen in dit opzet.
- Voor medewerkers (onthaal en hulp) van het Algemeen Welzijnswerk – dat zich nadrukkelijk laagdrempelig en generalistisch profileert – zou het een hele hulp betekenen bij hun begeleidingsopdracht effectief een beroep te kunnen doen op de expertise die in de voorzieningen van de gespecialiseerde hulpverlening aanwezig is. Bv. informatie over licht mentale handicap, specifieke neurologische beelden, aanpak, procedures.
Dit komt neer op het organiseren van een back-up van deskundigheid. Men suggereert een regionaal georganiseerde consultfunctie, een vorm van centrale dispatching, met medewerkers die vertrouwd zijn met het voorzieningennetwerk, de methodes, de toegangsmogelijkheden voor jongvolwassenen en die dit kunnen toelichten ten aanzien van hulpvragers, hulpverleners, doorverwijzers, onthaalmedewerkers, doorverwijzers.
Een stap verder is het formuleren van een intersectoraal advies, een gezamenlijke diagnose of probleemstelling.
Ook in dat kader zou een kwalitatieve regionale samenwerking van betekenis kunnen zijn.

CLIËNTOVERLEG

- Men vraagt na te gaan in hoeverre meerdere betrokken sectoren kunnen betrokken worden bij het (sectorspecifieke, voorzieningspecifieke) *cliëntoverleg*.
- Naast het zoeken naar betere cliëntgerichte samenwerking tussen voorzieningen om de schakelmomenten beter te laten verlopen, is er ook een uitdrukkelijke vraag naar *structurele oplossingen*. Geregeld intersectoraal beleidsoverleg tussen leidinggevenden kan op termijn leiden tot gedeelde zorg, intersectorale zorgplanning, bredere zorgprogramma's.

EEN 'CATEGORIAAL' AANBOD?

- Uit het oogpunt van residentiële zorg is de begeleiding van 18-25-jarigen te catalogeren als *langdurige zorg*. OCMW en CAW kunnen nagaan in hoeverre zij *een eigen aanbod langdurige zorg* en begeleiding - gericht naar jongvolwassenen (18+) - vb. in het kader van woonprojecten - met hun doelstelling/maatschappelijke opdracht kunnen verenigen en bijgevolg kunnen uitbouwen.

Sectorspecifiek

ZORG VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

- Voor doorverwijzing van een jongvolwassene met een handicap geeft het ROG aan de onthaalmedewerkers van OCMW en CAW volgend advies:
 1. Een voorziening opzoeken, door het VAPH gesubsidieerd, met oog op aanmelding;
 2. Zich tot een contactpersoon te richten, die de aanmelding bij de zorg begeleidt;
 3. De contactpersonen kunnen situeren. De contactpersoon van het VAPH - en kennis ervan - is cruciaal, omdat via deze richtfiguur kan afgetoetst worden welke hulpverleningsvorm meest geschikt is voor de aanvrager.
 Gegeven: wie langst op de lijst staat, komt niet automatisch eerst in aanmerking voor toegang tot de zorg. Het ROG bepaalt ook een urgentiecode. Een versnelde opname behoort tot de mogelijkheden (gezien de omvang van de registratielijst blijft dit meer mogelijkheid dan realiteit).

- Bij jongvolwassenen met een licht of matig mentale handicap, die perfect passen in het bestaande aanbod van het VAPH maar zich van deze zorg afgekeerd hebben, kunnen de medewerkers van het AWW een bijzonder waardevolle inbreng hebben door er deze hulpvragers van te overtuigen 'naar hun thuis' terug te keren.
Een professionele 'neutrale en onbevooroordeelde derde' vermag soms meer dan de opvoeders, maatschappelijk werkers, (ortho)pedagogen uit hun vertrouwde voorziening, waarop zij - gezien hun problematiek ten onrechte - uitgekeken zijn.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Onthaalmedewerkers van OCMW en CAW blijken – bij gebrek aan alternatief – wel meer te snel naar de psychiatrie te verwijzen, terwijl de problematiek voor deze laatste onvoldoende belastend is.

Een tussenopvang (tussen generalistisch en specialistisch) zou meer dan welkom zijn.

HET CAW-OVERLEG PROVINCIE ANTWERPEN [COPA]

Afgelegde weg

In 2004 gaf het COPA aan de toenmalige ondersteunende medewerker voor de CAW van de provinciale Dienst Welzijn en Gezondheid de opdracht om de problematiek van 18-25 jarige daklozen in de regio te inventariseren.

Doordat deze medewerker binnen het provinciebestuur met een andere opdracht belast werd en aan de CAW op dat ogenblik geen plaatsvervanger kon geboden worden, is het resultaat beperkt gebleven tot een aantal aanzetten.

Toch is de probleemstelling vervolgens opgenomen in 'Beleidsplan IRWO 2006-2008' [1],

ALS VOLGT:

'De groep van dak- en thuislozen kent 'een restgroep' vooral bestaande uit mensen met een dubbele diagnose (vb combinatie psychiatrie en/of verslaving en/of handicap en thuisloosheid. Aan de multiproblematische restgroepen kan alleen via intersectorale samenwerking en een gezamenlijke verantwoordelijkheid een antwoord geboden worden.

Ondersteuning van deze noodzakelijke intersectorale samenwerking vanuit de provincie is wenselijk.

In de loop van de termijn 2006 – 2008 zal worden gepreciseerd welke vorm deze provinciale inbreng en deze intersectorale samenwerking kan aannemen.

Binnen deze 'restgroep' vereist de deelgroep van de 18 – 25-jarige thuislozen bijzondere aandacht, waarbij een beslissende nieuwe of laatste poging wordt ondernomen hen uit een spiraal van verdere desocialisatie te houden.

Deze jonge volwassenen vormen vaak een restgroep van andere sectorale hulpverleningsvormen (gehandicaptenzorg, bijzondere jeugdzorg, geestelijke gezondheid, detinerings, begeleid wonen, begeleid werk).

Meer algemeen is het noodzakelijk bijzondere aandacht te hebben voor deze groep van jongvolwassenen.

Er bestaat reeds een specifiek aanbod voor 18-25-jarigen binnen het AWW (zowel ambulante via de JAC's als residentieel via de specifieke opvangcentra zoals Taalfabet).

Omdat dit aanbod ontoereikend is, komen velen in de reguliere opvang van de CAW terecht, wat niet echt een oplossing biedt.

Gezocht wordt hoe het bestaande aanbod verbeterd kan worden.

Momenteel wordt gedacht aan een vorm van intensieve begeleiding op projectmatige basis.

Het AWW zou daarin een centrale rol kunnen opnemen.

Subsidies kunnen bepleit worden bij de provinciale en Vlaamse overheid.

De inhoudelijk medewerker zal het dossier voorbereiden.'

In deze context of als rechtstreeks gevolg daarvan vonden in het COPA tot op heden drie intersectorale uitwisselingsmomenten plaats:

- Reeds in september 2005, bij gelegenheid van de bespreking van het ontwerp van beleidsplan 2006 – 2008 heeft KINA (Krisis Interventie Netwerk Antwerpen) - een initiatief van 26 OCMW's in het arrondissement A'pen - zich voorgesteld, met oog op een eventuele verdere samenwerking met de CAW in de toekomst.
- Op 23 november 2006 was een delegatie aanwezig van de provinciale stuurgroep van het 'Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg' (ROG).
- Op 7 juni 2007 ontmoetten we de 'Provinciale Overleggroep Middelengebruik GGZ' over dubbele/multiple diagnosecliënten.

Na consultatie van de permanente cel/thematische werkgroep en de 'adviserende stuurgroep IRWO'/raad van bestuur vzw WPA' wordt de probleemstelling opnieuw geselecteerd voor het 'Beleidsplan IRWO 2009-2011'.

In de aanloop daartoe komen we tot de vaststelling dat ook de Regionale Stuurgroep Integrale Jeugdhulp Antwerpen aandacht aan deze doelgroep - zij het vanaf 16 jaar - wenst te geven.

Uiteraard wordt meteen een gezamenlijke aanpak afgesproken, te beginnen met een ronde tafel in september 2008.

Eerste afspraken

- KINA, ROG, de provinciale overleggroep middelengebruik GGZ en COPA wensen aan de eerste verkenning een vervolg te geven, plenair of ad hoc.

- Het ROG heeft zich geëngageerd om op provinciale (studiedag) en regionale schaal (overleg) aan doorverwijzers, onthaalmedewerkers en hulpverleners van het OCMW en de CAW toelichting te geven over de eigenheden van de gehandicaptenzorg.
- Men kan zich bij het ROG informeren over de contactpersonen in de verschillende regio's.

In beraad

- Het vinden van een gepaste begeleiding voor jongvolwassenen met een gedrags- en emotionele stoornis spreekt een *collectieve zorgverantwoordelijkheid* aan. Een afschermend sectorgebonden beleid is ineffectief (dit geldt trouwens evenzeer voor minderjarigen met dezelfde problematiek). *Iemand* moet dit (willen) opnemen, het ganse traject door, tot een hopelijk perspectiefbiedende afronding. Het voortdurend scherpen met een incompatibiliteit tussen vraag en aanbod is (voor hulpverleners) een zwak argument. Hier is *een* engagement nodig om tot een oplossing te komen, om 'ondanks alles' aanklappende hulp te bieden.
- In een sterk pragmatische aanpak zouden OCMW en CAW kunnen nagaan in hoeverre zij zich, behoorlijk ondersteund door de sectorale deskundigen, *bijzonder* kunnen inzetten voor deze doelgroep - die ondertussen bij hen tenslotte reeds kind aan huis is -. De Vlaamse overheid zal beseffen dat hier een substantiële subsidie en een wettelijk kader tegenover moet staan.
- De discussie over middelen is relatief. Zoals reeds tot treurens toe is herhaald: de kost voor de samenleving van preventief en ambulante werken (o.m. via Begeleid Wonen) is te verwaarlozen in vergelijking tot levenslange residentiële en repressieve opnames (psychiatrie wanneer het helemaal uitzichtloos is geworden, gevangenis wanneer misdaad de laatste uitweg is geworden).

Willi Huyghe

Senior-Adviseur
Dienst Welzijn
Provincie Antwerpen

[1] IRWO = Intersectoraal en Regionaal Welzijnsoverleg - Een kerntaak van de provincies binnen het beleidsdomein Welzijn

BRONNEN

BOGAERTS, Nico e.a., namens het signaaloverleg van CAW Metropool: 'Vorbereidingsnota COPA 23 november 2006'; 2006;

Verslag COPA 29 september 2005; Dienst Welzijn en Gezondheid provincie Antwerpen;

Verslag COPA 23 november 2006; Dienst Welzijn en Gezondheid provincie Antwerpen;

Verslag COPA 7 juni 2007; Dienst Welzijn en Gezondheid provincie Antwerpen;

BLUEKENS, Wouter: 'Voorstelling KINA'; In: Vergadering COPA 29 september 2005; Dienst Welzijn en Gezondheid provincie Antwerpen;

'Beleidsplan RWO 2006 – 2008'; Dienst Welzijn en Gezondheid provincie Antwerpen; 2006.

HUYGHE, Willi: 'Vorbereiding denkdag crisissituaties – Vlaams-Brabant – 03.2004'