

# EEN MOGELIJK KADER VOOR INTERSECTORALE SAMENWERKING IN HET REGIONAAL WELZIJNSOVERLEG

## Probleemstelling en eerste afbakening

De pleidooien voor *intersectorale samenwerking* zijn niet meer weg te denken uit het actuele welzijnsbeleid. Wie in de praktijk met deze intenties te maken krijgt, kijkt snel aan tegen meerdere vraagstukken, waarbij de oplossing niet wiskundig in de opdracht vervat ligt.

Als beleidsvoorbereidende praktijkwerker werd ikzelf vooral gehinderd door het gebrek aan een *verbindend referentiekader*.

Dit gemis bemoeilijkt niet enkel het gesprek en de conclusies over het onderwerp, maar evenzeer de opbouw van concepten op een toetsbare basis.

Ik geef twee voorbeelden, die de onduidelijkheden illustreren die de 'intersectorale samenwerking' eigen zijn:

- Er bestaat geen heldere definitie, wat gemaakt heeft dat een vrije markt is ontstaan voor preciserende begrippenkaders, die op hun beurt poly-interpretabel zijn en de reputatie van de professionele welzijnswerkers en –onderzoekers op dat vlak bevestigen.
- Nogal wat beleidsgerichte visieteksten poneren een intersectorale aanpak, maar houden de uitgangspunten voor een dergelijke benadering impliciet of beschouwen deze als evident. Nochtans lijkt mij een nadere verklaring nodig. De meest eenvoudige werkdefinitie, die stelt dat bij een intersectorale samenwerking minstens *twee* sectoren betrokken zijn - neem het algemeen welzijnswerk en de bijzondere jeugdzorg - roept meteen een geheel nieuwe focus op met eigen codes, overeenkomsten, formaliteiten.

Met dit artikel hoop ik een aanzet te kunnen geven tot een meer expliciet kader voor intersectorale samenwerking.

Dit vanuit de specifieke invalshoek - die meteen een beperking impliceert - van het *regionale*, dus bovenlokale, *welzijnsoverleg*.

In deze vorm van overleg zijn organisaties en voorzieningen in de welzijnssector betrokken, die met professionele deskundigheid een hulp- en dienstverleningsaanbod realiseren, gericht op de behoeften van de hulpvragers<sup>1</sup>. De deelnemers aan het overleg zijn veelal gemandateerde experts met een terugkoppelingsopdracht naar hun achterban.

In praktijk zijn vooral sectorale, thema-gecentreerde en gebiedsgerichte platforms actief, die een forum bieden voor beleidsvoorbereiding en -advies, signaal, coördinatie, analyse, uitwisseling. De besprekingen behandelen probleemclusters met een collectief belang. Individuele problemen komen in principe niet aan bod (casuïstiek heeft vooral een exemplarische functie).

De intersectorale context in dit overleg - indien niet *van bij aanvang* ingevuld vanuit een breedspectrumvisie - is meermaals het gevolg van het vaststellen van de *grenzen* van de oplossing voor een probleemcluster binnen de eigen sector.

Men komt in een overgangsgebied terecht met complexe problematieken, die aan meerdere werkvelden raken. Om tot realistische oplossingen te komen zijn de sectorvertegenwoordigers aangewezen op andere kennis, specialismen, werkvelden, inbrengen.

Wil men in dergelijke grensoverschrijdende verbanden *doelgericht* overleggen, dan is een zekere consensus wenselijk over de verwachtingen die men er als deelnemer mag aan koppelen en over de richtlijnen die er gelden.

Mits enige aanpassing kan de definitie van 'partnerariat' in de 'dictionnaire critique de l'action sociale'<sup>2</sup> – ook al gebruikt in het kader van 'interorganisationale samenwerking' – als nuttige kapstok dienen voor intersectorale samenwerking: intersectorale verbanden worden gekenmerkt door een gelijkwaardige verhouding tussen twee of meer sectoren die van elkaar kunnen verschillen qua organisatietype, doelstellingen, activiteiten en werkwijzen. De partijen leveren allen een onderscheiden maar essentieel geachte bijdrage tot de verwezenlijking van de doelstelling van het samenwerkingsverband. Het verband is gebaseerd op wederzijds respect en erkenning van de waarde van de onderscheiden bijdragen en van elkaars onafhankelijkheid. In de samenwerking wordt permanent ruimte gecreëerd voor gesprekken en onderhandelingen over (gezamenlijke) projecten die de realisatie van de doelstellingen dichterbij brengen.

Ik sluit dit hoofdstuk af met een woordkeuze. Hoewel benoemingen als 'transsectoraal', 'multi-sectoraal', 'sectoroverschrijdend', 'sectordoorlatend'<sup>3</sup> misschien meer accurate verwoordingen zijn dan 'intersectoraal', conformeer ik mij in deze nota zonder verder exposé aan de overmacht van het meest verspreide woordgebruik. 'Intersectoraal', dus.

## Redenen te meer

De zogeheten functionele differentiatie - het ontstaan van verzelfstandigde handelingssferen die zich elk toeleggen op het vervullen van één enkele maatschappelijke functie - is tot voor kort erg bepalend geweest in onze samenleving<sup>4</sup>. Het resultaat is een optelling van relatief autonome velden, die afzonderlijke waarden en reguleringsprincipes voorschrijven. Er is weinig samenhang. De hang naar steeds verdere specialisatie past in deze mentaliteit. De zorgorganisatie op basis van 'doelgroepen' eveneens.

De indeling is ons vertrouwd: demografisch (jongeren, ouderen), sociaal-economisch (armen), naar problematiek (verslaving). Het heeft geleid tot een eindeloze uitsplitsing van de bevolking in doel- en risicogroepen, die op hun beurt door steeds nieuwe deskundigen opgeëist worden. De utopie die dit proces inspireert is die van de unieke oplossing voor elk uniek probleem. Ook de geografische, territoriale omschrijving - zorgregio, welzijnsregio - is een vorm van differentiatie. De zorg wordt dan georganiseerd op basis van gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend geheel van voorzieningen functioneert.

De verschillende welzijnssectoren waarin enige jaren geleden nog het credo van de zorgdifferentiatie opgang maakte, zijn nu eerder geneigd de grenzen van hun groei te beperken. Dit niet in de eerste plaats om budgettaire redenen.

Wellicht had men van bij aanvang van deze ontwikkeling kunnen vaststellen dat het sectoraal aanbieden van een 'brede waaier van zorgenverstrekking'<sup>5</sup> eindig was, maar de beleidswerkers van eind tachtig- begin negentig hadden zichzelf ervan overtuigd dat een categoriale opstelling nodig was om te ordenen en vaagheden of dubbele subsidiestromen te beperken (vb. tussen psychiatrie en gehandicaptenzorg, tussen bijzondere jeugdzorg en gehandicaptenzorg). Er werd zorg geboden op beperkte maat.

De welzijnssector trok te weinig lessen uit de evoluties in de gezondheidszorg - de interne tegenbewegingen ook - waar de toename aan specialisaties na verloop de eerstelijnszorg dreigde te verdrukken zonder bij optelling tot een globaal betere gezondheid te hebben geleid.

Het *vraaggerichte* denken moet in consequentie leiden tot het opnieuw openzetten van de deuren.

Een categoriaal armoedebelied, om één voor de hand liggend voorbeeld te noemen, is een absurditeit.

De aanbieders van hulp en zorg onderkennen zelf steeds meer de interdependenties van voorzieningen bij het zoeken naar een kwalitatieve zorg en de kracht van synergie en complementariteit.

De complexe (maatschappelijke<sup>6</sup>) omgeving zorgt ervoor dat vragen vaak niet meer beantwoord kunnen worden vanuit één afdeling<sup>7</sup>.

Probleemstellingen (in bvb. slachtofferhulp, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, verslaving e.a.) vormen vaak een immens kluwen. Hulpverleners beseffen dat hun werk slechts mogelijk is vanuit een *globale* visie op de hulpverlening en de maatschappelijke bejegening<sup>8</sup>. Naast het inzicht dat men door contact verwerft met vertegenwoordigers van verwante disciplines komt bvb. de grijze buffer tussen eerste en tweede lijn scherp in zicht. Meer klant- en marktgericht werken heeft tot direct gevolg dat voorzieningen of organisaties niet langer naast elkaar kunnen werken, maar in overleg moeten treden, om samen hiaten te detecteren, de taken te verdelen, de samenwerking te organiseren.

Voorzichtige aanzetten om het particuliere aanbod te doorbreken vormden de '*bilaterale*' *samenwerkingen*. Zo ontstonden bijvoorbeeld op het domein van de slachtofferzorg bijzondere modaliteiten tussen eerstelijnsdiensten als huisartsen, politie en centra voor slachtofferhulp enerzijds en CGG anderzijds<sup>9</sup>.

Een stap verder gingen de *netwerken* die - ook door de Vlaamse overheid (zie verder) - als werkmodel vooruitgeschoven werden.

Daarin stond opnieuw de gedeelde zorg voor een hulpvraag centraal.

Het exploreren van de mogelijkheden, onderscheiden, gerichtheden en grenzen van deze formule is momenteel nog volop aan de gang.

Eens binnen een regionaal welzijnsoverleg de keuze gemaakt is voor een vraaggestuurd netwerk, ontkomt men niet aan minstens de vraag in hoeverre een overgang van een netwerk van organisaties naar een netwerkorganisatie<sup>10</sup> zich opdringt.

De dwingende hulpvragen nopen tot een overschrijden van 'structureel en strategisch samenwerken', waarbij niet geraakt wordt aan het particuliere management van de onderscheiden voorzieningen.

Er ontstaat wel degelijk een synergetische en zelfs contractuele structuur met een duidelijke gezamenlijke visie en de nood aan een vorm van voorzieningen- of sectoroverschrijdende sturing, ondersteuning, (bege)leiding, coördinatie.

Precies het vrije engagement van de betrokkenen, de wil om eigen prerogatieven ondergeschikt te maken aan een breder ingrijpend belang en de solidariteit in het zoeken naar oplossingen voor de confronterende problemen leiden - volgens een haast onafwendbare logica - tot een meer imperatieve besluitvorming voor het gehele structuur.

### **Actie en beperkte middelen, een spanningsveld.**

De social-profit-organisaties zullen ten eeuwigden dage conjunctuur-afhankelijk blijven.

De overheid is een vaste partner in het welzijnsbeleid, die een dimensie aan het debat toevoegt: de besteding van middelen.

Als beleidsvoerder met een financieel maximale participatie, heeft de overheid een groot belang bij een kwalitatieve organisatie en goed algemeen beheer van de voorzieningen waarvoor zij verantwoordelijkheid draagt. Ze is het aan zichzelf verplicht haar voorzieningen systematisch steeds beter te coördineren.

Daartoe beschikt zij ook over middelen. Zij kan regelgeving aanpassen, inspectie voorzien, budgettaire marges aanpassen, incentives inlassen, subsidies laten afnemen of toenemen, erkenningsnormen inlassen, subsidievoorwaarden opleggen, kwaliteitsnormen voorzien, beleidsovereenkomsten afsluiten.

Al hebben onze subsidiërende overheden heel wat invloed prijsgegeven door de beleidsvoering grotendeels over te laten aan het particulier maatschappelijk initiatief, zij blijven bij machte tot een belangrijke regie-functie. Die rol kan ook nodig zijn. Het is immers een vraag waard of het respect voor het maatschappelijk initiatief niet tot 'gesubsidieerde vrijheid'<sup>11</sup> kan leiden.

Erkenning en subsidiëring mogen dus best 'voorwaardelijk' zijn en aan maatschappelijke criteria gebonden. Zo nodig moet zo'n overheidsregie aan de particuliere belangen van de sociale ondernemingen en hun sectorale belangenbehartigers kunnen raken<sup>12</sup>.

In dit gehele spanningsveld kan het *regionaal en intersectoraal welzijnsoverleg* zowel voor de overheid als voor de sectoren van grote betekenis zijn.

Regie wordt immers niet enkel met centen en reglementen gevoerd, maar evenzeer met onderhandelen.

Het overleg omvat dan wel meer dan het creëren van - eerder vrijblijvende - 'gedocumenteerde overlegtafels' voor de particuliere aanbieders van zorg. Het overleg omvat ook meer dan een samenwerking van voorzieningen als succesvol instrument om van de overheid bijkomende middelen te krijgen.

Als het de deelnemers aan het welzijnsoverleg ernst is wat betreft de uitbouw van hun samenkomsten tot een volwaardig beleidsinstrument, dan horen financiële en/of bestuursgerichte keuzen (naast bvb inhoudelijke en organisatorische thema's) hierin een prominente plaats te krijgen.

Dit veronderstelt kennis van de budgettaire afwegingen die de overheid maakt en van de minimale financiële middelen die kunnen ingezet worden (per sector).

Tegen die achtergrond is de directe betrokkenheid bij het welzijnsoverleg van vertegenwoordigers van de overheid ten zeerste aanbevolen.

In een dergelijke constellatie biedt een intersectoraal referentiekader wellicht een meer correcte weergave van de maatschappelijke realiteit dan een sectorale benadering.

Wanneer op basis van beschikbare middelen loyaal prioriteiten bepaald moeten worden staat men voor een politiek-ethisch veel complexere – maar tegelijk veel correctere – opdracht.

Als '*de cliënt*' centraal staat, krijgen we in het intersectorale perspectief een erg moeilijk te vatten cliënt, want aan wie moet eerst hulp geboden worden? Aan de dementerende oudere, de medemens met autisme, de zieke die thuis wil verzorgd worden of de jongere met een agressieproblematiek?

Dit is overigens niet enkel een kwestie van budget. Pregnanter is de vraag naar de limieten van onze verzorgingsstaat, die ook voortdurend toetst naar de wenselijkheid van een toename van specialistisch-professionele hulp en een georganiseerde zorgafhankelijkheid.

Programmatienormen zijn vitaal om de discussie op regionaal vlak ordentelijk te kunnen voeren. Deze programmatie moet aan een regionale toetsing onderworpen worden. Evoluties worden niet enkel op een centraal bureau berekend.

In die logica plaatste minister Luc Martens destijds zijn beleid (1995) in het kader van 'netwerkvorming'. Wanneer een intersectorale aanpak vooropstaat, biedt het netwerk zowel de voorzieningen als de overheid een uitgelezen ontmoetingsplaats waar belangen afgewogen moeten worden.

Aan deze netwerken koppelde de minister een grotere regionale verantwoordelijkheid.

Met name gaf hij aan dat in de toekomst een dwingende invloed zou uitgaan van een *regionale programmatie*, waarbij minder in termen van aanbod of categorieën zou gedacht worden, en meer nodengericht.

Luc Martens voorzag regionale enveloppes met een duidelijk intersectorale opdracht, dit ondermeer vanuit de vaststelling dat men vastloopt wanneer men een jongerenprobleem louter vanuit de bijzondere jeugdzorg aanpakt.

Karakteristiek is zijn uitdrukkelijke wens om de bijzondere jeugdzorg niet in haar bijzonder karakter te verabsoluteren<sup>13</sup>.

Deze stelling illustreert de beleidsafstand van de sectorale zorgdifferentiatie. Door zijn denken in termen van netwerken is een beleidsmaker aangetreden die evenzeer waarde hecht aan het faciliteren van (regionaal en intersectoraal) beleid dan aan een centraal planbureau.

Het is niet toevallig dat de *regio* bij de constructies in het kader van de jeugdhulp zulk een prominente rol toebedeeld krijgt.

In een regio zou een volledig hulpverleningsnetwerk tot stand komen, dat in staat zou moeten zijn bijna alle hulpvragen zelf op te vangen. Over de uitbouw van dit netwerk zouden de regio's zelf beslissen<sup>14</sup>.

Het responsabiliseren van de regio's vereist het bepalen van de functies die zij moeten kunnen opnemen. Tegen de achtergrond van wachtlijsten in diverse sectoren, een gebrekkige - zelfs sectorale - monitoring tussen vraag en aanbod, een traditie van aanbodgerichte programmatie, onvoldoende inschatting van de zorgbehoefte, een toegenomen doorschuiven van informele naar professionele zorg, is dit geen evidentie gebleken.

In een eerder pragmatische aanpak zal men in de ene regio immers - om de manco's in de informatie te dichten die op Vlaams niveau bestaan - regionaal overleg ontwikkelen dat gaandeweg eigen inzichten verwerft en onderbouwt doorheen haar *activiteit*.

Een andere regio verkiest misschien een *meer academische benadering*, die bijvoorbeeld een verbeterde registratie vooropstelt om de regionale zorgbehoeften in kaart te brengen.

Naar mijn oordeel vormt de eerste werkwijze een stimulans voor de tweede .

Wanneer heldere en veralgemeenbare functies voor de regio's bepaald zijn, kunnen ook de taken van de verschillende overheden beter afgebakend worden. Een regionaal overleg kan informatie over de eigen regio beter interpreteren, corrigeren, relativeren dan een verdere overheid. De Vlaamse overheid heeft dan weer een beter zicht op de evenwichten tussen de regio's onderling.

Hoe meer regionale netwerken een duurzame en geformaliseerde structuur vertonen, hoe groter de garantie voor de overheid is dat een continueerbaar proces van samenwerking tussen beide tot stand kan komen.

Een dergelijke structuur maakt het mogelijk om verantwoordelijkheden naar deze lagere entiteiten over te dragen en kan tevens een basis vormen voor communicatie tussen de overheid en de lagere niveaus<sup>15</sup>.

Om dit hoofdstuk af te ronden wil ik het begrip 'overheid' nog wat verder specificeren.

In de context van een intersectoraal welzijnsbeleid moet de realiteit van onverbonden departementele bevoegdheden enerzijds en complicerende federale en Vlaamse bevoegdheden verrekend worden.

In een idee over intersectorale samenwerking zitten de gedachten 'interdepartementaal' en 'intergouvernementeel' vervat. Ook hier kan de vraagsturing als gids fungeren.

Een probleemoplossende aanpak mag niet vertrekken vanuit de bevoegdheden van de verschillende ministers, maar wel vanuit de noden en behoeften van de hulpvragers en de wegen en mogelijkheden die hen kunnen of idealiter zouden moeten kunnen aangereikt worden bij het zoeken naar de best mogelijke oplossing voor hun concrete situatie. Vervolgens moet gekeken worden onder wiens bevoegdheid een bepaalde te nemen maatregel valt<sup>16</sup>.

Dezelfde overheden beschikken over de greep en de mogelijkheden om deze intentie ook een zekere praktijk te geven.

Daartoe moeten - op een juridisch en budgettair-technisch beveiligde manier - gezamenlijke, departementaal ontschotte middelen worden vrijgemaakt. Dat zulks mogelijk is wordt door het project integrale jeugdhulp bewezen.

Daartoe moeten federale en Vlaamse overheid bindende samenwerkingsprotocols afsluiten.

In het tegemoetkomen aan hulpvragen kunnen overheid en zorgverleners niet anders dan objectieve bondgenoten worden.

### **Intersectoraal: ons gedacht**

Aan het einde van het eerste hoofdstuk van deze tekst confronteer ik mezelf met een reeks *verbeterende begrippen* om dan toch maar een keuze te maken voor de meest gangbare term, in de wetenschap dat deze laatste niet eens in het meest gezaghebbende woordenboek van de Nederlandse taal voorkomt.

Wie zich aan het schrijven van denkkaders waagt, riskeert brandwonden. Want elke verbredende term vraagt, voor goed begrijpen, tekst en uitleg.

Men kan gemakshalve denkstappen overslaan en zich beperken tot wat *als zeker* wordt aangenomen.

Omdat ik elke stap van belang acht voor de opbouw van mijn exposé, ga ik niet in op deze aanlokkelijke suggestie.

Wél verlaat ik mij in wat zo meteen volgt - niet schaamteloos, eerder schroomvallig - op een vermoede common sense.

Het betekent dat ik verwacht dat de lezer uit de haast naakte opsomming in de loop van dit hoofdstuk van - even beladen als hier ongedefinieerde - zinnen, een globaal beeld kan distilleren, dat voldoende scherp is om de redenering verder te zetten.

Het is zoeken naar een aantal 'ideologische' accenten voor intersectoraal beleid, die het operationele voorafgaan en die de deelnemers aan het regionaal welzijnsoverleg kunnen verbinden.

Laat ik beginnen met de grote woorden die reeds impliciet of expliciet voorkomen in het voorafgaande deel van deze tekst.

Wie zich op intersectoraal terrein beweegt, erkent bijgevolg:

- dat voorzieningen interdependent zijn in hun aanbod;
- de noodzaak van veralgemeenbare en meetbare kwaliteitsnormen;
- de kracht van synergie en complementariteit;
- dat de verzorgingsstaat geen onbeperkte mogelijkheden heeft en er dus positief-realistisch met beperkingen moet worden omgegaan;
- de noodzaak van een interdepartementale en intergouvernementele aanpak.

Vervolgens voeg ik een aantal uitgangspunten toe, die mijns inziens een voorwaarde vormen voor een intersectorale benadering.

Wie zich op intersectoraal terrein beweegt, erkent bijgevolg ook:

- dat de samenhang tussen de welzijnsvoorzieningen centraal staat in de beschouwing. Een categoriale benadering is niet langer aan de orde;
- een holistische, integrale en inclusieve visie op welzijnszorg;
- de evidentie van een pluralistische, ontzuilde visie, waarbij - in functie van de vraag en het welzijn van de cliënt - complementair en met open visier wordt samengewerkt;
- het subsidiariteitsprincipe, dat de onderscheiden niveaus responsabiliseert tot een optimale werking en het definiëren van eigen kerntaken, zodat overlapping wordt vermeden;
- het grote belang van zorgcontinuïteit en zo naadloos mogelijke overgangen tussen zorgvormen;
- dat een economische benadering - als een correct, doordacht besteden van de beschikbare middelen en een plicht tot afwegen van prioriteiten - een positief effect kan zijn van een streven naar samenhang;
- publieke en private voorzieningen als partners in de zorg;
- 'een meer vraaggerichte zorg' of 'zorg op maat' als richtinggevend consensusprincipe (zeker wanneer aanbodgeoriënteerde belangendiscussies dreigen de overhand te halen);
- dat het zoeken naar samenhang geen krampachtige tegenbeweging mag vormen tegen een differentiatie-politiek. Ook een globaliserende aanpak moet oog houden voor (nieuwe) doelgroepen met specifieke zorg- en integratieproblemen;
- het samen zoeken van hulpvragers en hulpaanbieders enerzijds en hulpaanbieders onderling anderzijds als een essentieel onderdeel van de hulpverlening. Het zorgaanbod zal wellicht steeds 'menselijk onvolmaakt', onvolledig, te algemeen ingevuld blijven; het is ook geen statisch of hermetisch alomvattend geheel van volledigdekkende pakketten op maat.

- 'Zorg in onderhandeling' als een 'proces van samen misschien vinden' krijgen daarmee een positieve connotatie;
- dat aan alle acties die men onderneemt een emancipatorische gedachte ten grondslag ligt. Dit betekent ook dat men op individueel vlak steeds een maximale zelfstandigheid van de zorgvrager zal nastreven en men geen zorg zal opdringen die deze zelfstandigheid inperkt;
  - dat telkens de zorg voor de meest kansarmen centraal staat;
  - de complementariteit en gelijkwaardigheid van deskundigheden.

## Een duidelijke opdracht voor het regionaal welzijnsoverleg?

Reeds in 1983 lanceerde toenmalig minister Rika Steyaert de idee van 'intermediaire coördinatiegroepen'<sup>17</sup>. Die hadden tot doel de *horizontale coördinatie* te bevorderen van de verschillende welzijnsvoorzieningen binnen een bepaald gebied, dit in het kader van een globaal beleid.

De horizontale coördinatie verwees dan naar de samenhang en stond in tegenstelling tot wat men verticale, zeg maar categoriale, coördinatie noemde.

Het stemt tot nadenken dat wanneer ik vandaag op zoek ga naar een mogelijke opdrachtbeschrijving voor een intersectoraal regionaal welzijnsoverleg, ik geholpen word door een politieke intentieverklaring van twintig jaar geleden.

### 1. *Planning en coördinatie:*

Bijdragen tot een betere spreiding en samenhang van de welzijnsvoorzieningen, op basis van reële behoeften. (...) Déze voorzieningen dienen gepland te worden, die best aan de behoefte beantwoorden, op de plaatsen die het best schikken. (...)

Daarbij gaat het niet steeds om nieuwe oprichtingen, maar bvb. om taakverdeling, samenwerking, reconversie. (...) Dit alles is maar mogelijk als de taken van die voorzieningen nauwkeurig zijn omschreven en onderling bij elkaar aansluiten.

De planning en coördinatie worden georganiseerd op basis van welzijnsentiteiten, (...) werkzones, (...) gebieden die sociologisch een zekere eenheid vertonen en die voldoende groot zijn opdat de verscheidenheid van intra- en extramurale basisvoorzieningen er zouden kunnen aanwezig zijn. (...)

Binnen de werkzones:

- zorgt men voor evenwichtige spreiding van de noodzakelijke voorzieningen, rekening houdend met de centrale normen en programmatiecriteria en met de plaatselijke behoeften;
- wordt de samenhang tussen de verschillende voorzieningen (verticaal en horizontaal) actief bewerkt

De welzijnsentiteiten zullen soepel moeten worden omschreven. Ze staan niet op zichzelf. Men zal moeten rekening houden met hetgeen in aanpalende gebieden bestaat. In die zin is planning *steeds grensoverschrijdend*.

Binnen deze welzijnsentiteiten dienen alleen basisvoorzieningen gepland te worden. Gespecialiseerde instellingen dienen eerder op het meso- of macrovlak voorzien te worden.

### 2. *Overleg en samenwerking:*

Overleg en samenwerking moeten door de participanten als zinvol worden ervaren binnen een algemene beleidsbepaaling.

Naast het verticale overleg (vb. voorzieningen voor gehandicapten) kan ook horizontaal - in vertaling: intersectoraal (nvda) - gesprek georganiseerd worden (vb. thuiszorg en thuisbegeleiding, crisisopvang in verschillende sectoren). Het overleg zal soms vooral bedoeld zijn voor verantwoordelijken van voorzieningen (eerder gericht op planning) of voor de sociale werkers (eerder gericht op praktische samenwerking).

(...) Er moet over gewaakt worden dat overleg en samenwerking tot concrete resultaten leiden.

### 3. *Studie en documentatie:*

Het intersectoraal overleg (aanpassing door de auteur) is geen studiebureau. De eerste taak ligt op het vlak van de planning, de coördinatie, het overleg en de samenwerking.

In functie daarvan dient men over een aantal essentiële basisgegevens te beschikken: informatie over het gevoerde beleid, gegevens in verband met de betrokken bevolkingsgroepen, een inventaris van de welzijnsvoorzieningen in de regio (aanpassing auteur) met nauwkeurige beschrijving van hun opdracht, hun doelgroep enz.

#### 4. Advies:

De sterkte van de planning en de coördinatie wordt bepaald door de kwaliteit van het advies. Dit advies steunt op overleg met het werkveld en objectieve gegevens en is het gevolg van vragen van de overheid/overheden of eigen initiatief.

In dit laatste geval zullen de vragen veelal door het werkveld worden aangebracht, waar men de concrete problemen ervaart en mogelijke oplossingen zal suggereren.

Men kan opwerpen dat in deze doelstellingen vooral de typische 'welzijnsplannenmakers' de dienst uitmaken. Wat vooropgesteld wordt staat evenwel op geen enkele manier in tegenspraak met de meer vraaggestuurde oriëntaties die het heden en het recente verleden kleuren.

De *rechtstreekse betrokkenheid van de hulpvrager* heeft een nieuwe klemtoon gelegd in de besluitvormende samenspraak, maar ook in die samenstelling van het overleg zullen keuzen vereist blijven, waarbij de hulpvrager en de hulpaanbieders vooral vragers blijven.

Mee als gevolg van de aandacht voor de hulpvrager heeft *de beschouwing* die tot planning, coördinatie en advies leidt - en het daaraan verbonden vocabularium - wel een belangrijke accentverschuiving ondergaan.

De toegevoegde waarde wordt geformuleerd als o.m.:

- verbinding tot stand brengen tussen vraag en aanbod
- monitoring
- bemiddeling (inclusief de blijvende vraag of de zorg niet door de natuurlijke verbanden van de hulpvrager kan gedragen worden)
- het aanbieden van een zorgcontinuüm ('een naadloos traject') en zorg op maat

Algemeen kan men zeggen dat het regionaal welzijnsoverleg door deze andere klemtoon een meer praktisch, meer pragmatisch karakter heeft gekregen. Het beleidsadvies wordt meer een resultante van de vaststellingen die voortvloeien uit het proberen tegemoetkomen aan concrete hulpvragen.

Zo zien we in de praktijk van de *eerstelijnsgezondheidszorg* de volgende gemeenschappelijke doelen vaak terugkomen<sup>18</sup>:

- geïntegreerde zorg, dat wil zeggen zorg die zowel wat diagnostiek als wat behandeling betreft multidisciplinair geschiedt;
- continuïteit van zorg, dat wil zeggen onderdelen van zorg die op elkaar zijn afgestemd, bijvoorbeeld via zorgvuldige doorverwijzing;
- het vergroten van de zorgmogelijkheden in de vorm van samenwerkingsactiviteiten op terreinen als preventie, signalering, groepswerk, voorlichting enzovoort;
- versterking van zorgsector, dat wil zeggen krachtenbundeling om tot betere kwaliteit en een sterkere machtspositie te komen, bijvoorbeeld ten opzichte van de financier of andere zorgsectoren.

Deze doelen wijzen er vooral op dat de zorg te verdeeld is in afzonderlijke disciplines en dat als gevolg daarvan het probleem van de cliënt gefragmenteerd wordt. Soortgelijke doelen zullen wel vaker in enigerlei vorm terug te vinden zijn.

Het zijn zeer algemene doelen, waarin samenwerkingspartners zich aanvankelijk gemakkelijk zullen kunnen vinden. Moeilijker wordt het wanneer doelen nader geconcretiseerd moeten worden in functies, taken en activiteiten die consequenties hebben voor de dagelijkse praktijk.

Het regionaal overleg *gehandicaptenzorg* provincie Antwerpen gaat een stap verder en heeft in dezelfde geest als vorig voorbeeld vier concrete opdrachten geformuleerd<sup>19</sup>:

- **Zorgvraagregistratie:**  
Het maken van regionale databestanden van zorgvragen van personen, die een antwoord wensen te vinden binnen het zorgaanbod.  
Het doel van de registratie is het beknopt en correct verzamelen van gegevens in verband met individuele zorgvragen onafhankelijk van het bestaan van een adequate oplossing.
- **Zorgvraagbemiddeling:**  
Het zoeken naar de best mogelijke begeleidings-, behandelings- of opvangvorm voor de gestelde individuele zorgvraag, rekening houdend met de aard van de zorgvraag, de urgentiegraad van de aanvraag en het beschikbare regionaal aanbod.

- **Zorgafstemming:**  
Het optimaal afstemmen van het aanwezige aanbod aan begeleidings-, behandelings- en opvangvormen, gegeven de vastgestelde behoeften op dat vlak.
- **Zorgplanning:**  
Het uitbouwen van het zorgaanbod afhankelijk van de vastgestelde noden en het bestaande regionaal aanbod.

Een te bewaken *neveneffect* van deze meer pragmatische opstelling van het welzijnsoverleg, is de mogelijke *categoriale* gerichtheid.

Het centraal plaatsen van de tegemoetkoming aan concrete zorgvragen is op zich een goede zaak en heeft sommige sectoren of groepen hulpvragers geen windeieren gelegd.

De kans dat een dergelijk overleg tot belangenorganisatie ontwikkelt is reëel.

In het opzet van dit artikel moet ik bijgevolg de vraag stellen in hoeverre deze laatste interpretatie van (sectorale) zorgregie een inboeten tot gevolg kan hebben op de oorspronkelijke intentie van het regionaal welzijnsoverleg om te komen tot een integraal en solidair welzijnsbeleid .

Door het zorg op maat- model enkel toe te passen op een begrensde, een 'eigen' doelgroep, dreigt men de intersectorale component eveneens vooral utilitair in te vullen. Voor zover nuttig voor de noden van de eigen doelgroep.

Vandaar mijn oproep aan elke vorm van regionaal welzijnsoverleg ( nadrukkelijk ook het sectorale) om bij de behandeling van een hulp- of zorgvraag een geïntegreerde, inclusieve en intersectorale benadering centraal te stellen.

1. Uit *cliëntperspectief* kan dat er als volgt uitzien:  
In de intersectorale benadering *gaat de hulpvraag vooraf aan de 'zorgcategorie' waartoe de hulpvrager behoort*.  
Ook het meest omvattende en gedifferentieerde categoriale aanbod loopt immers na verloop vast op de eigen categoriale grenzen in het zoeken naar een gepast antwoord op de hulpvraag.  
Wie een matig mentaal gehandicapte volwassene met psycho-sociale problemen par force een categoriale hulp wil bieden, gaat voorbij aan de brede expertise die voorhanden is in meerdere andere werkvelden.  
'Zorg op maat' kan in die interpretatie veel beter geboden worden vanuit het breedst mogelijke hulpaanbod, dan vanuit een beperkt specialistisch zicht.
2. Uit perspectief van de *hulpverlening* kan worden nagegaan welk aanbod in een voorgestelde regio best kan worden voorzien om tegemoet te komen aan de vragen van de diverse hulpvragers.
3. Uit perspectief van de *overheid* kan de intersectorale aanpak geëvalueerd worden op meer rationele criteria als inzet van middelen, betere spreiding, regiogerichte aanpak, versterken van het bestuur.

In een poging om bovenstaande argumenten te synthetiseren met oog op het aanbieden van een continuüm van hulp en zorg (het operationele niveau, dus), kom ik tot volgend eerste ontwerp van schema<sup>20</sup>:

| Meer cliëntgerichte Doelen                   | Meer hulverleningsgerichte doelen | Meer beleidsgerichte doelen |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| R                                            | E                                 | G                           |
| I                                            | S                                 | T                           |
| R                                            | A                                 | T                           |
| I                                            | E                                 |                             |
| Gebruikersparticipatie                       |                                   |                             |
| Sensibilisatie – communicatie – bekendmaking |                                   |                             |
| Bemiddeling tussen vraag en aanbod           |                                   |                             |
| Afstemming – coördinatie – regie             |                                   |                             |
| Studie en documentatie                       |                                   |                             |
| Samenwerking                                 |                                   |                             |
| Oplossen interorganisatie-problemen          |                                   |                             |
| Thema- of methodegerichte bespreking         |                                   |                             |
| Vorming en deskundigheidsbevordering         |                                   |                             |
| Publicatie                                   |                                   |                             |
| Ervaringsuitwisseling – Intervisie           |                                   |                             |
| Kennismaking                                 |                                   |                             |
| Gemeenschappelijke actie                     |                                   |                             |
| Netwerk                                      |                                   |                             |
| Continuïteit van hulp en zorg                |                                   |                             |
| Uitwisselen, verspreiden beleidsinformatie   |                                   |                             |
| Projectmanagement                            |                                   |                             |
| Sociale planning (kwantificering – analyse)  |                                   |                             |
| Planning hulpverleningsaanbod                |                                   |                             |
| Onderzoek                                    |                                   |                             |
| Signaal en advies                            |                                   |                             |
| Inzet van middelen                           |                                   |                             |
| Spreiding                                    |                                   |                             |
| Regio-gerichte aanpak                        |                                   |                             |
| Versterken bestuur                           |                                   |                             |
| Ondersteunen lokale besturen                 |                                   |                             |
| Publiek-private samenwerking                 |                                   |                             |
| Duiden hiaten en overlappings                |                                   |                             |
| Integrale hulp en zorg                       |                                   |                             |
| Inclusieve hulp en zorg                      |                                   |                             |
| Uitbreiden zorgmogelijkheden                 |                                   |                             |

## De noodzakelijke praktische consequenties van intersectorale samenwerking

Een intersectoraal (regionaal) welzijnsoverleg moet gedragen zijn en is een *keuze* van de deelnemende actoren, organisaties.

Het vergt een investering en een verwachting omtrent bepaalde verbeteringen (door bvb een overheid).

Een louter *formeel* (gedwongen, opgelegd) overleg blijkt snel een lege doos te zijn.

Het maken van een keuze heeft tal van strategische consequenties, die maken dat best op voorhand zo duidelijk mogelijk afspraken gemaakt worden (procedure, inbreng e.a.).

Om verder niet in te abstracte termen over de deelnemers aan het intersectoraal welzijnsoverleg te spreken, moet ik eerst aangeven wie ik daartoe reken:

- Vertegenwoordigers namens organisaties, diensten, sectoren, besturen. Het betreft telkens vertegenwoordigers met ook beleidsverantwoordelijkheid, die zich in die zin ook kunnen engageren tot besluitvorming. Dat zij aan een intersectoraal overleg deelnemen wordt bekendgemaakt (vb. via lijsten, website). De aard van hun mandaat (formeel, informeel) kan bevraagd worden.
- De overheid / overheden (lokaal of provinciaal of Vlaams of federaal, afhankelijk van het gezichtsveld). Als deelnemer behoudt de overheid een meervoudig gezichtspunt: dat van beheerder van gemeenschapsgelden, bestuurder, subsidieversterker, bemiddelaar tussen voorziening en dienst.
- De gebruikersorganisaties. Hun vertegenwoordigers - indien geen professionelen - zijn vaak zelf betrokken partij en bovendien ideologisch en naar belang verdeeld.  
In deze omgeving worden ze evenwel geacht gezamenlijke standpunten te behartigen namens een geabstraheerde gebruiker.  
Aan hen wordt gevraagd om mee na te denken en uitspraken te doen over de selectie van de zorg.
- De organisator of ondersteuner. Deze heeft een erg belangrijke rol als permanent motoriserende kracht. Het is een deelnemer die door de overige aanwezigen erkend moet worden als objectief.
- Versterkende derden. Het gaat hier om toegevoegde experts. Voor wat het regionaal welzijnsoverleg betreft, kan daarbij ook gedacht worden aan vertegenwoordigers van zgn. hardere sectoren.

Specifiek in het kader van het regionaal welzijnsoverleg werden eerder reeds actoren geselecteerd, die prioritair voor deelname in aanmerking komen<sup>21</sup>:

1. (Inter)sectorale provinciale overlegorganen;
2. Arrondissementale of bovenlokale (= ook: regionale) overlegorganen;
3. Ad hoc werkgroepen aan (1) en (2) verbonden;
4. Gemeentebesturen (inclusief OCMW's);
5. Gemeentelijke diensten of lokale organisaties, voor zover betekenisvol voor (1) en (2);
6. Interprovinciale samenwerkingsverbanden of overlegorganen;
7. Overlegorganen of commissies op Vlaams of federaal niveau of door deze hogere overheden gestuurd voor zover ze van betekenis zijn voor het provinciale welzijnsbeleid;
8. Particuliere diensten, voorzieningen, organisaties voor zover erkend als essentieel voor het bovenlokale welzijnsbeleid.

De volgorde van deze lijst is niet willekeurig, maakt deel uit van een beleidskeuze.

Grote zorg moet besteed worden aan de vertegenwoordiging in het intersectoraal overleg. Aan de orde is een netwerk tussen *groepen*, niet tussen individuen.

De vertegenwoordigers zijn impliciete of expliciete gemandateerden namens één van deze groepen met de mogelijkheid tot spreken 'namens' en tot beslissen. Minstens dragen zij een morele verantwoordelijkheid bij het realiseren van de - uit oogpunt van het intersectorale aspect, geherdefinieerde - doelen van het overleg. Dit in een formele en formeel bekrachtigde rol of op basis van expertise.

Centraal staat een betere hulpverlening ten aanzien van de hulpvrager dan dit zou kunnen geboden worden in sectoraal verband. Een verkrampde reflex vanuit een beperkt

– misschien theoretisch meer zekerheidsbiedend – gezichtsveld is hieraan tegengesteld.

Een inventieve manier van kijken naar zorgvragen is nodig. Daarbij wordt zowel flexibiliteit verwacht van aanbod- als vraagzijde. De deelnemers nemen in hun overleg de bereidheid op om een hulpvraag zoveel mogelijk *inclusief* en in *collectieve verantwoordelijkheid* te behandelen binnen een vooraf afgebakende regio (bij conventie bepaald). Zij tonen zich ook compromisgericht en meerpartijdig, vanuit een inleving in de mogelijke inbreng of zienswijze van de partners.

Het moet duidelijk zijn voor de partners dat samenwerken ook *verplichtingen* met zich meebrengt, waaraan zij zich aan te houden hebben. Deze verplichtingen kunnen onder druk komen wanneer zich binnen de eigen organisatie veranderingen voordoen of wanneer andere prioriteiten gesteld worden die belangrijker geacht worden dan de samenwerkingsdoelen.

In een landschap waar voornamelijk sectorale overlegvormen de standaard uitmaken, vergt een intersectorale samenwerking een 'samen opnieuw beginnen'. Het is immers noodzakelijk dat de partners fundamenteel gelijkwaardig zijn en de last en betrokkenheid gedeeld worden. Wanneer een sectoraal samenwerkingsverband reeds een traditie heeft opgebouwd (structuur, procedure, gebruik cijfermateriaal) en instapt in een intersectorale constellatie is het gevaar niet denkbeeldig dat de cultuur van deze sterke partner dominantie verwerft.

De deelnemers moeten zich voortdurende bewust blijven van dergelijke tendensen.

Als vuistregel kan gelden dat één sector op historische grond of verworven expertise geen bezit kan nemen van een thema en/of een andere sector incorporeren.

*Een breedte-perspectief van bij aanvang* van een overleg vermijdt dat men te snel oplossingsmodellen uitwerkt op een veel te smalle analyse. Om zichtbaar resultaat te bereiken op korte termijn durft men wel gemakshalve inzoomen op deelproblemen en dito oplossingen. Het vergt moed om problemen in de hulpverlening niet sectorspecifiek te benaderen. Door meerdere stemmen, culturen, werkmethoden, oplossingsmethoden, toe te laten in het debat, treedt vermoedelijk een *heilzame vertraging* op in het bedenken van krachtlijnen.

Het resultaat daarvan zou een meer volledige hulpverlening moeten zijn. En dat is de vertraging zeker waard.

Wil intersectorale samenwerking *succesvol* zijn dan dient aan een aantal *specifieke basisvoorwaarden*<sup>1</sup> te worden voldaan<sup>22</sup>:

1. De - reeds genoemde - interdependentie. De partners moeten elkaar nodig hebben om iets gemeenschappelijks te bereiken waartoe ze alleen niet in staat zijn. Tevens is sprake van een interdependentiebewustzijn. De onderlinge afhankelijkheid wordt als juist, wenselijk of onvermijdelijk ervaren;
2. Op de hoogte zijn van elkaars inbreng, nodig om de vraag van de cliënt of doelgroep te beantwoorden (kennis, vaardigheid, invloed, financiële mogelijkheden, toegang tot de doelgroep, beschikbare tijd e.a.);
3. De partners schatten de baten hoger in dan de lasten; men verwacht dat de opbrengst van de samenwerking groter is dan de kost van het autonomieverlies (dit in het licht van het gezamenlijke doel)<sup>23</sup>;
4. Er moet sprake zijn van een zekere overlap in doelgroepen;
5. Een redelijke mate van domeinconsensus. Waar organisaties eenzelfde aanbod hebben en elkaar het recht op een aanbod betwisten, ontstaan vaak problemen (vb wie is nu best geplaatst om voorlichting te geven over dementie). Bij 'domein' denken we aan een geografisch gebied, een doelgroep of een deskundigheid.  
Het gaat daarbij om de vraag: wie heeft op basis van welke deskundigheden recht op welke doelgroepen? Samenwerkingspartners dienen deze vraag in grote lijnen eensluidend te beantwoorden;
6. Elk intersectoraal overleg heeft een structuur, afhankelijk van o.m. de doelstelling, de cultuur van de participerende instellingen, de machtsverhoudingen, de tijdsgeest.
7. Erkenning van de beperkingen die door de gelijkwaardigheid van de partners wordt opgeroepen. Dit geldt voor hulpverleners onderling, maar evenzeer voor de vertegenwoordigers van de hulpvragers ten aanzien van de overheid;
8. Het bewustzijn dat het draagvlak voor samenwerking versterkt kan worden door beïnvloedingsstrategieën: machtsstrategieën, positieve feedback en imago-ontwikkeling. Machtsstrategieën betreffen het identificeren van actoren en hun belangen, coalitievorming en de inzet van geld of andere incentives. Communicatie van vooruitgang en successen (positieve feedback) wordt gecombineerd met de opbouw van een positief imago (o.m. via de media)<sup>24</sup>.

De *structuur* is voor een samenwerkingsverband om twee redenen erg belangrijk<sup>25</sup>:

### 1. Zekerheid

Door taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden toe te kennen, weten de partners waar ze aan toe zijn. Onzekerheid over wat te doen (...) en over wat men kan verwachten van anderen vermindert. Vragen over wie de vergadering voorziet, wie de contacten met de overheid onderhoudt, wie de financiën beheert, hoe de terugkoppeling naar de achterban geschiedt etc., moeten een antwoord krijgen.

### 2. Doeltreffendheid

Door posities te creëren en daaraan taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden te koppelen kan het effectief werken aan de centrale doelstelling van het samenwerkingsverband bevorderd worden. Een voorzitter die de bevoegdheid krijgt om sectorale belangen te doorkruisen kan een belangrijke bijdrage leveren in het doorbreken van traditionele zienswijzen.

De structuur wordt zoveel mogelijk aangepast aan de centrale doelstellingen van het samenwerkingsverband en minder aan de individuele belangen en doelen van de leden.

Stellen dat enkel een goed uitgewerkte structuur niet volstaat om een effectuerend intersectoraal overleg uit te bouwen, is een open deur intrappen.

Het doel en de meerwaarde moeten voortdurend geëxpliciteerd worden. De werking zal dwingen tot bijsturing of bijkomende onderhandeling.

---

<sup>1</sup> Alle algemene regels i.v.m. samenwerking werden uit deze opsomming geweerd of toegepast op het thema.

## Invalshoeken

Eerder in deze tekst heb ik reeds aangegeven dat het regionaal welzijnsoverleg bovenlokaal gesitueerd is. Deze snijlijn nodigt haast vanzelfsprekend uit tot opportuniteiten voor een intersectorale benadering. De optimalisatie van de dienst- of hulpverlening als centraal aandachtspunt levert volgende intersectorale hoofdingen op, waaraan een doelgericht overleg kan gekoppeld worden:

- In een dwarsdoorsnijdende maatschappelijke categorisering of probleemstelling worden meerder werkvelen tegelijk gevat. Problematieken of onderwerpen als armoede, gelijke kansen, gender-ongelijkheid, jeugd, gezondheid, preventie spreken een ruime groep dienstverleningscentra aan.
- Een thematische aanpak zoekt met meerdere actoren naar aanscherping van methode of visie van deelaspecten van de hulpverlening of de organisatie ervan.  
Vb. palliatieve zorg voor psychiatrische patiënten.  
Vb. complexe psycho - sociale problematiek bij jongeren.  
Vb. crisishulp
- Bilaterale en trilaterale onderhandeling.  
Een beperkt aantal werkvormen zoeken (praktische) oplossingen voor probleemgebieden, die zich in de tussen zone of het overlappende gebied voordoen. Vb. overleg gehandicaptenzorg – bijzondere jeugdzorg over karakterstoornis.
- Geografische, streekgerichte, gebiedsgerichte afbakening.  
Bij het uittekenen van een welzijnsbeleid voor een regio, ontmoeten verschillende sectoren en organisaties elkaar automatisch. Daarbij komen trouwens ook hardere sectoren in visier.  
Vb Strategisch plan Kempen.  
Vb Sociale woningbouw en ouderenzorg.
- Trajectbegeleiding  
In de concretisatie van vraaggestuurde zorg neemt de trajectbegeleiding een prominente plaats in. Bij een hulpverlening, die consequent gericht blijft op de vraag van de hulp- of zorgvragers, moeten meerdere sectoren betrokken worden om ervoor te zorgen dat het traject succesvol wordt doorlopen.
- Zorgregie(organisatie, planning, programmatie)  
Zoeken naar aangepaste zorg voor specifieke doelgroepen op korte en lange termijn is vaak een vorm van prognostieke trajectbegeleiding, waarin meerdere zorgaspecten van de doelgroep in ogenschouw moeten genomen worden. Meerdere zorgaspecten roept ook meerdere sectoren op (vb. de ouder wordende psychiatrische patiënt).  
Daarbij moeten vertegenwoordigers van onderscheiden sectoren en beleidsvoerders ook prioriteiten bepalen en financiële keuzen maken.
- Welzijnsbeleid  
De verkokende zorg hoort beleidsmatig niet meer van deze tijd te zijn. Niet ten aanzien van de individuele hulpvrager en evenmin bij het ontwikkelen van een welzijnsbeleid.  
De praktijk leert wel dat een kwalitatief sterk sectoraal overleg nodig is om een intersectoraal beleid slaagkans te geven.

## Proces met cijfers

Heilige algemene principes als 'dienen van het algemeen belang', 'het instaan voor zorgcontinuïteit' e.a. worden in de dagelijkse praktijk van het overleg vrij snel ingeruild voor een vrij aards *proces* van onderhandelen en afwegen van belangen.

Een behoorlijk complexe aangelegenheid met een onzekere uitkomst.

Processen van deze aard zouden immers een aantal belangrijke belemmeringen vertonen<sup>26</sup>:

- het kost veel tijd en menskracht om relaties op te bouwen
- het kan tot conflicten leiden
- ongelijke verdeling van voor- en nadelen over partners
- verlies van eigen identiteit
- extra tijd nodig voor organisatie en coördinatie
- vervanging van verantwoordelijkheden
- trage of moeizame consensus- en besluitvorming

Toch maak ik een resolutie keuze om in dit proces ten volle te investeren.

Aan de orde bij zulk proces zijn tal van sociaal-dynamische aspecten.

Ondermeer gaat het om interactie en communicatie tussen mensen (samen richting zoeken en uitvoering geven), om het 'spel' van het reflecteren op ervaringen en incidenten (leren van elkaar en van fouten) en om de confrontatie en combinatie van invalshoeken<sup>27</sup>.

In een dergelijke benadering staat het resultaat niet als enige norm centraal, maar evenzeer hoe men telkens opnieuw resultaat behaalt, en hoe men het behoudt.

Wanneer overleg en besluitvorming georganiseerd moeten worden, is de neiging sterk om in termen van resultaat te denken.

Dat de manier waarop men dit resultaat behaalt een minstens even substantiële betekenis heeft voor de cohesie en instandhouding van het samenwerkingsverband – en dus ook voor het succesvol herhalen van resultaat -, geniet minder aandacht.

Bij de resultaatgerichte benadering kent men de uitgangspositie en eindsituatie, bestaat er een bindende tijdsindicatie, verantwoordelijkheden. De inhoud is er al in een vroeg stadium bepaald. Het is een aanpak die aansturing, planning en controle vergt.

Bij *procesmanagement* vloeit de inhoud *gaandeweg* voort uit het verloop. Men kan vooraf de bedoeling inschatten, maar is nog onbekend met het preciese resultaat en de wijze waarop een resultaat kan worden behaald<sup>28</sup>.

Het proces moet in een intersectorale samenwerking *van bij aanvang* bijzondere aandacht krijgen.

Daar zijn goede redenen voor<sup>29</sup>:

- *Het gaat om samenvoegen van expertise, visie én belangen:*

Een initiatiefnemer tot een intersectorale samenwerking doet beroep op andere organisaties om mee te werken bij de aanpak van een welzijnsprobleem. Het probleem raakt meerdere sectoren.

De initiatiefnemer heeft de expertise en de bereidheid tot engagement van de andere organisaties nodig om tot een oplossing te komen.

Een belangrijke consequentie is dat de initiatiefnemer de eigen visie op het probleem of de oplossingen niet kan opleggen. Er moet een proces tot stand komen waarbij men tot een gemeenschappelijke probleemdefinitie en oplossingsstrategie komt.

- *Diversiteit is de bron voor samenwerking maar ook de achilleshiel:*

In de regel zal het netwerk bestaan uit organisaties die in verschillende sectoren werkzaam zijn en al eerder hebben samengewerkt en/of die elkaar minder goed kennen. Deze diversiteit is de motor van de samenwerking. Juist door de verschillen in kerntaken en expertise is een integrale aanpak mogelijk.

De verschillen tussen de organisaties brengen ook specifieke faalfactoren met zich mee.

Wanneer partijen een verleden met elkaar hebben, kan dit doorspelen in het nieuwe initiatief; bijvoorbeeld wanneer niet onopgeloste conflicten bestaan. Eerdere (slechte) ervaringen met samenwerking kunnen partijen tot wantrouwen, een afwachende houding hebben gebracht. Bij organisaties die elkaar niet kennen kan men op een bepaalde beeldvorming of grote cultuurverschillen stuiten.

- *De winst zal voor organisaties niet altijd duidelijk zijn:*

Aan organisaties wordt gevraagd om te investeren in een nieuwe activiteit. Zowel de winst als de 'sense of urgency'<sup>30</sup> die deze investering kan opleveren zal in veel gevallen pas zichtbaar worden in de loop van het proces. Vaak gaat het dan om 'indirecte winst': verbeteren van relaties, een betere profilering van het eigen aanbod, de mogelijkheid om later iets terug te vragen door nu te geven etc.

Stapsgewijze gaat men met een groep mensen op weg. Wel wordt elke stap best afgerond met een concreet resultaat, dat door alle betrokkenen wordt erkend. Dit resultaat vormt de basis voor de volgende stap.

Typische vaardigheden voor een procesbegeleider zouden zijn<sup>31</sup>:

- het stap voor stap voortgang maken met draagvlak en haalbaarheid in balans;
- het aanduiden van de speelruimte en afspreken van spelregels met de partijen;
- zien hoe partijen zich verhouden tot consolidatie: aanhaken, afhaken, aansluiten, afwachten;
- herkennen en gebruiken van onderstromen, die relevant zijn voor het proces en van toevallige gebeurtenissen (opportunities);

- maken van een krachtenveldanalyse;
- herkennen, isoleren en incorporeren van hindermacht;
- onderhandelen;
- voortdurend bepalen van de eigen positie binnen het krachtenveld (mate van invloed en aantal mensen/onderwerpen waarop men invloed heeft).

Termen als ‘ontwikkelen’, ‘relaties tussen partners’, ‘handelen’ en ‘faciliteren’ staan voorop<sup>32</sup>.

Men houdt er rekening mee dat processen grillig kunnen verlopen en men dus bij ogenblikken zal moeten improviseren en bijkomend motiveren.

De intrinsieke betrokkenheid van de partijen en hun blijvende motivatie om de activiteiten succesvol te laten verlopen, zijn van cruciaal belang voor de vitaliteit van het intersectoraal overleg<sup>33</sup>.

Dit overstijgt de louter rationele intentie. Overleg is bij uitstek mensenwerk. Het vereist dat men de vertegenwoordigers in het overleg en de organisatie die zij in persoon ook effectief vertegenwoordigen leert beluisteren op een positieve uitkomst. Dit tegen de achtergrond van een geheel aan gedachten, hulpvragen, probleemstellingen, dat voortdurend in beweging is en evolueert.

Respect en vertrouwen zijn onmisbaar als we gezamenlijk een doel willen bereiken.

Wederzijds respect heeft betrekking op structuren, procedures en processen van elke partner. De partners moeten de tijd willen nemen om elkaars cultuur en werking – beperkingen en verwachtingen – beter te leren kennen.

Men moet rekening houden met de traditie en mate van geïntegreerde samenwerking in het werkveld. (...)

Naast een traditie van samenwerking kan ook een (belemmerde) traditie heersen van concurrentie tussen de actoren.

Het is van belang de partners continu te motiveren tot verdere samenwerking. Incentives dienen op regelmatige basis te worden ingebouwd om de betrokkenheid van de partners levendig te houden<sup>34</sup>.

Het is duidelijk dat de mogelijkheid bestaat dat een organisatie in het zoeken naar de meest wenselijke hulpverlening voor een hulpvrager moet inleveren op de belangen van de eigen voorziening (geen enkele directeur neemt bijvoorbeeld graag een ‘extreem lastige cliënt’ op in de voorziening als zij/hij weet dat dit in de eigen voorziening grote weerstand zal oproepen).

Op dat ogenblik moet men het algemeen belang kunnen laten prevaleren boven de besognes van elke afzonderlijke deelnemer aan het overleg.

Het beginsel ‘*collectieve verantwoordelijkheid*’ krijgt in deze context een bijzonder gewicht.

Verantwoordelijkheid heeft tenminste twee dimensies:

- professionaliteit, als deskundigheid, vakmanschap;
- integriteit, als zorg voor de omgeving en oprechtheid.

We kunnen beide dimensies ook aanduiden als functionele, respectievelijk relationele verantwoordelijkheid. Beide zijn zijden van eenzelfde medaille<sup>35</sup>.

Het vormt een essentieel verbindend engagement voor de deelnemers aan het intersectoraal overleg, een terugvalbasis ook om belangendiscussies te beslechten. In elke conclusie staat immers het belang van de hulpvrager centraal.

Deze visie verscherpt in fine eenieders zicht.

De reeds eerder geciteerde ‘code van goede praktijk’ van het regionaal overleg gehandicaptenzorg<sup>36</sup> giet deze collectieve verantwoordelijkheid in spelregels. Ik herschrijf de tekst waar nodig naar een intersectorale context:

De partners:

- leveren een actieve bijdrage te leveren in het bemiddelingsproces tussen hulpvrager en hulpverlener
- garanderen transparantie in het opnamebeleid ten aanzien van de hulpvragers;
- geven op solidaire basis voorrang aan de meest urgente hulpvragen, rekening houdend met een zoveel als mogelijk aangepast aanbod;
- respecteren de keuzevrijheid van de hulp- of zorgvragers;
- werken samen in een pluralistische geest;

- respecteren het autonoom opnamebeleid van alle voorzieningen, die aangesproken worden in het kader van de hulp- of zorgverlening;
- garanderen transparantie over de werking van het intersectoraal overleg ten aanzien van de overheid;
- rapporteren aan alle betrokkenen over relevante besluiten van commissies en werkgroepen en over gegevenswijzigingen, die van belang zijn voor de collectieve besluitvorming (vb. aanpassingen registratielijst, die de basis kan vormen van zorgbemiddeling).

Een dergelijke code mag weinig meer zijn dan een richtlijn. Vaak zien we een bovenmatig geloof in de beheersbaarheid van processen. Dus ook een veelheid aan richtlijnen, steeds verder preciserende instructies. De beheersing roept een paradox op: ze kan alleen succesvol zijn als men de onmogelijkheid ervan accepteert<sup>37</sup>.

De *kwantificering* behoort tot de meest voorkomende beheersingsstrategieën. Het cijfer als objectief en beslechtend argument. Vooral wanneer onderhandelingen *procesmatig* minder vlot verlopen, zal men naar zogenaamd exacte maatstaven grijpen. Gemakshalve.

Alvast deze auteur zal de stelling aanhouden dat in welzijnsoverleg (het gaat niet om de productie van achtkantige moeren) elke cijfermatige benadering moet ingebed blijven in de procesmatige benadering. Ik geef daarvoor een voorbeeld uit de eigen professionele praktijk. Het betreft de toewijzing van een nieuwe jongere aan leefgroepen in een MPI. Een leefgroep beschikt over twee vrije plaatsen, de andere over één (een haast wereldvreemde voorstelling, want de wachtlijst-realistie is genoegzaam gekend). Het is geenszins evident om de nieuwe jongere toe te wijzen aan de leefgroep waar twee plaatsen vrij zijn. Vooraf moet immers zo secuur mogelijk worden ingeschat – naast dertig andere argumenten, waarvoor dit artikel veel te kort is – welke hulpvraag deze jongere stelt en welk leefgroepklimaat hieraan best tegemoetkomt. Hoeveel codes en rationaliteiten men ook inlast om vervolgens ‘de kwaliteit van het leefklimaat’ te taxeren, steeds opnieuw zou wel eens een uithoek niet ‘gevat’ (lees:beheerst) kunnen worden.

Welzijn zal voor eeuwig en één dag gelukkig een behoorlijke portie *intuïtie* – de term is licht provocerend gekozen – blijven drijven.

Ook niet als andere almacht. Wel: overlegd, voortdurend bespreekbaar, aan kritiek onderhevig, en op die basis aan objectiviteit of minstens ‘gedeeld gezond verstand’ winnend.

In dit hoofdstuk betwist ik geenszins het nut, de noodzaak van heldere registratie, wel wens ik – als één van de velen in een rij – komaf te maken met de valse tegenstelling proces versus kwantificering.

Zij kunnen geen tegengestelden zijn. Het getal, de objectieve informatie *moet* het proces ondersteunen. Het is evident dat voor het voeren van om het even welke vorm van beleid kennis vereist is van het terrein waarop dat beleid betrekking heeft.

Zo veronderstelt het welzijnsbeleid kennis van de (potentiële) doelgroepen, van de effectieve hulpvragers, van de hulpverlening en van de effecten van het beleid en de hulpverlening<sup>38</sup>.

De zakelijke informatie heeft in de voorbije decennia bijgedragen tot een meer rationele, gemotiveerde en toetsbare beleidspraktijk. Deze tendens is beslist een stap voorwaarts geweest. Maar de beleidswerker heeft tot plicht te anticiperen op slingerbewegingen.

Het heeft de voorbije jaren studies op last van de overheid geregend. Of deze alle even relevant - of zelfs objectief - waren, is zeer de vraag. Sommige onderzoeken hadden een (bewust gehanteerd) nodeloos remmend effect of waren legitimerend voor een bepaalde strekking in de besluitvorming. Het zijn aandachtspunten die in het welzijnsoverleg zelf een plaats kunnen vinden.

Vervolgens mag ik niet nalaten te benadrukken dat het welzijnsbeleid met een intersectorale benadering werkelijk gediend is. We krijgen dan niet in de eerste plaats een *optelling* van afgebakende sectoren die elk jaar opnieuw zoveel mogelijk middelen voor de ‘eigen doelgroep’ bepleiten. De premisse wordt ingebouwd dat de toenemende vraag naar ‘zorg op maat’ moet worden gesteld in een voldoende brede maatschappelijke context.

Het vereist een prioriteitendefinitie die steunt op vele objectiverende maatstaven en gespecialiseerd onderzoek, maar die in de weg naar de besluitvorming steeds generalistischer zal worden en het maatschappelijk belang verrekenen.

Over welke behoorlijk gefundeerde basis zou de beleidswerker beschikken om de de noden van een dementerende oudere, een verkeersslachtoffer en een kind met een gedragsstoornis te vergelijken?

Ik hoop voldoende geargumenteed te hebben dat de louter specialistische berekening en deskundigheidsrapportage mij ontoereikend voorkomt. Anderzijds zou ik – als het op besteding van middelen aankomt – wellicht aan deze benadering de voorkeur geven boven bijvoorbeeld de macht van de sterkste sectorale lobby.

Om tot 'redelijk vergelijk' te komen is naar mijn oordeel een proces van goed gedocumenteerd en representatief intersectoraal overleg een sterk aan te bevelen beleidsmethode.

## Werkafspraken

In wat voorafgaat heb ik getracht enige contouren voor een intersectoraal welzijnsoverleg te schetsen. Ten aanzien van de participerende organisaties en deelnemers moeten vervolgens nog een paar elementaire werkafspraken - spelregels als men wil - gemaakt worden. die toelaten dat we met goede verstaanders aan tafel gaan.

Enige mogelijke aandachtspunten:

- Voor een goed draagvlak onder partijen bij een complexe vorm van overleg als dit moeten de participanten achter het samenwerkingsdoel staan. Een formeel *samenwerkingsakkoord* tussen de partners van essentieel belang. Hierdoor tonen ze hun betrokkenheid;
- Bij de leden van het overleg dient voldoende *onderhandelingsbereidheid* te bestaan. De partners zijn bereid tot inzet om de gemeenschappelijke doelen te realiseren. Daarbij houdt men zowel het eigenbelang als dat van de ander in het oog. De leden tonen zich bijgevolg compromisgericht en meerpartijdig, vanuit een inleving in de mogelijke inbreng of zienswijze van de partners. Zij ontwikkelen een meervoudige loyaliteit;
- De afgevaardigde deelnemers aan het intersectoraal overleg zijn deskundig voor hun terrein, goed op de hoogte van de dossiers, uitstekend geïnstrueerd (bvb door hun directies of inrichtende machten) en tevens voldoende sterk gemandateerd om zich te engageren voor hun opdracht;
- De vertegenwoordigers garanderen *maximale transparantie en openheid*, ook over de interne beleidslijnen van de eigen sector of voorziening. De belangen en meningen van de eigen organisatie komen op tafel. Op evenwaardige basis neemt men kennis van het belang en de visie van de overige gesprekspartners. Uitgangspunt is dat alle stellingen bevraagd, becommentarieerd en besproken kunnen worden<sup>39</sup>;
- Het overleg engageert zich om op solidaire wijze een oplossing te vinden voor de *meest urgente probleemstellingen*, (hulp) vragen, dit op basis van een vooraf afgesproken agenda;
- Voor een flexibele werking van het overleg en de onderlinge relaties tussen de partijen is een goedlopende *communicatie* van groot belang. Er vloeit veel *informatie*, rechtstreeks en via de bemiddelaar, over en weer tussen de leden;
- De deelnemers engageren zich tot *systematische rapportage* - loyaal aan de besluiten van het intersectoraal overleg - ten aanzien van de eigen achterban, zeker wanneer de belangen van deze achterban in de prioriteitenafweging sneuvelen;
- De deelnemers blijven gevat in het streven naar *consensus*;
- Zeker in een intersectorale afweging is een *inclusieve visie* sterk mee bepalend. Wanneer het gaat om keuzen inzake hulpverlening, betekent dit ondermeer dat de deelnemers aan het overleg blijven zoeken naar een gecombineerd hulpaanbod, zo dicht als mogelijk bij het natuurlijke milieu. Intersectorale samenwerking staat niet synoniem voor 'meer hulp'. Het kan net zo goed 'minder hulp' - en meer zelfhulp - tot gevolg hebben.
- Sterker nog dan in minder complexe samenwerkingsverbanden moet het overleg kunnen terugvallen op uitgeschreven regels en procedures;
- In het functioneren van een intersectorale samenwerking speelt een *bemiddelaar* een belangrijke rol. Om rolconflicten of dominantie van één organisatie te voorkomen, is een *externe bemiddelaar* aangewezen. Deze staat in voor de planning, de organisatie, het goede verloop van de activiteiten en integreert hiervoor de bijdrage van de verschillende partners<sup>40</sup>;
- De samenstelling van het intersectoraal overleg dient aangepast te zijn aan de intersectorale doelstellingen. Niet zelden is in de praktijk niet helder wie wel of niet bij het samenwerkingsverband hoort. Vaak ook nemen organisaties of personen deel die daar niet op hun plaats zijn;

- Teneinde een functioneel overleg te garanderen – ook vergadertechnisch en in aantal – heeft men nagegaan wie *noodzakelijke* en wie *facultatieve deelnemers* zijn, en heeft men de structuur ook aan deze vaststelling aangepast. De groep mag hoedanook niet te groot zijn. Hoe meer partijen, hoe meer meningen, hoe zwaarder de besluitvorming (ook wel: de kans op meningsverschil);
- *Regelmatische deelname* aan het overleg is gegarandeerd, eventueel via een vooraf afgesproken tweede of derde vertegenwoordiger;
- De voortgang dient te worden bewaakt. Best door een persoon of een groepering.
- Om het samenwerkingsproces niet te frustreren moet de opstelling van ‘financiers op afstand’ meedenkend, ondersteunend en stimulerend zijn en moet de financiering van de samenwerking over een voldoende lange periode gegarandeerd zijn (...)<sup>41</sup>.

Bredere overlegvormen blijken wel vaker te kampen met conflicten, fricties en rivaliteit tussen de organisaties<sup>42</sup>. Dit vloeit grotendeel voort uit de spanningsverhouding tussen de behoefte aan samenwerking enerzijds en de daarvoor opgeheven autonomie anderzijds.

Het opbouwen en onderhouden van relaties met andere organisaties vereist bovendien inzet van energie en middelen, terwijl de opbrengsten vaak onduidelijk of ongrijpbaar zijn<sup>43</sup>.

Veelal is men uitgegaan van aannames over ideale partnerships en is in die aannames geen rekening gehouden met het rommelige en niet-ideale karakter van de werkelijkheid<sup>44</sup>.

Concreet is bijvoorbeeld sprake van ‘effectiviteitscrises’, die voortkomt uit de ontevredenheid van een deel van de leden-organisaties over de collectieve onmacht om bepaalde doelstellingen van het verband te verwezenlijken.

Daarnaast komen ‘legitimiteitscrises’ voor, die hun oorzaak vinden in het gevoel van een deel van de leden dat hun doelstellingen en belangen onvoldoende gerespecteerd worden.

(...) Conflicten wijzen niet per definitie op een slecht overleg. Fricties kunnen aangeven dat aspecten van de samenwerking moeten bijgesteld worden, dat onderhandeld moet worden, en zijn in die zin ook functioneel. Juist het ontwijken van problemen, het verdoezelen van conflicten werkt bedreigend ten aanzien van de samenwerking. Het is daarom van belang dat de participanten zich ervan bewust zijn dat conflicten kunnen voorkomen en dat ze aangepaste procedures voorzien om zulke conflicten te reguleren.

## Kritische succesfactoren

Het surplus dat een intersectorale benadering van welzijnsproblemen oplevert kan best afgelezen worden van de resultaten.

Er zal nog geruime tijd overgaan om dit objectief te kunnen evalueren.

De huidige fase kenmerkt zich door fragmentaire aanzetten, veel vallen en opstaan, een gemis aan goede praktijk en methode.

Toch is het belang van de zorgvrager te groot en is eveneens het signaal te sterk dat een meer gerichte inzet van mensen en middelen nodig is om de zorg betaalbaar te houden.

Tegelijk met niet aflatend initiatief op het vlak van intersectorale samenwerking, moet nagedacht worden over parameters waaraan het gunstig effect ervan kan afgemeten worden.

Bij wijze van eerste inventarisatie kunnen volgende kritische succes factoren vooropgesteld worden:

- Het bekomen van een groter draagvlak, een ruimere praktijktoepassing, voor intersectorale samenwerking;
- De bereidheid tot (her)profilering en (her)structurering van de sectorale benadering – tot op het niveau van de eigen voorziening of dienst – ten gunste van het cliëntbelang;
- Het invoeren van kwaliteitscriteria en het op grond daarvan uitvoeren van (effect)metingen en tevredenheidsonderzoek;
- Het invoeren van de principes van de lerende organisatie;
- Het inclusieve denken vanaf het politieke en administratieve hoogste beslissingsniveau<sup>45</sup> en vanaf elke deelnemer aan het intersectoraal welzijnsoverleg (vice versa);
- Het ontwikkelen van een transparante en op consensus gerichte overlegcultuur, met duidelijke afspraken over het nakomen van besluiten;
- Het bestaan van een model van conflict- en belangenbeheersing;
- Zicht op de te vervullen functies van een intersectoraal overleg (beleid, toeleiding en coördinatie, trajectbegeleiding, hulp- en dienstverlening e.a.);

- De functionele aanwezigheid van niet-welzijnssectoren in het overleg;
- De uitgeschreven strategische en operationele doelstellingen en de kennis van de deelnemers ervan;
- De mate waarin het aantal betrokken sectoren en de samenstelling van het overleg in relatie staan tot de realisatie het cliëntgerichte doel; de duidelijkheid van de mandaten (en hun mogelijkheid tot verbintenis);
- Het bestaan van een actieplan en een timing;
- Het bestaan van een intersectorale samenwerkingsovereenkomst;
- De mate waarop kwantitatieve informatie door een proces van besluitvorming, regie, solidaire verantwoordelijkheid in functie van het cliëntbelang (bij)gestuurd wordt (vgl. centrale wachtlijst gehandicaptenzorg);
- De betrokkenheid van zowel publieke als private actoren;
- Het gezamenlijke zicht op de meest kwetsbare groepen en de vastberaden wil hieraan voorrang geven;
- De actieve participatie in het overleg en de besluitvorming van de gebruikers;
- In hoeverre de grootte van het overleg de doelen (nog) dient.
- De kennis over de 'ondertekenende' partners;
- De overzichtelijkheid (is ook: het uitzicht op mogelijke oplossingen) van de problemen;
- De mate waarin alle relevante sectoren of partners (bvb ook op lokaal niveau) gekend zijn en geïnventariseerd;

## **Twee straten ver**

De voorbije jaren is het een ruim verspreide overtuiging dat het lokale niveau meest aangewezen is om een welzijnsbeleid te concretiseren.

De gedachte dat de meest uiteenlopende hulp- en zorgvragen zo dicht mogelijk bij de burger een antwoord krijgen kan zelfs de meest cynische welzijnswerker niet ongenegen zijn.

Dat niet alle problemen lokaal kunnen opgevangen worden, maar toegevoegde bovenlokale regie behoeven zou ook geen punt van discussie of zelfs toelichting meer mogen zijn.

Dit slechts in de marge van deze nota en hiermee afgehandeld.

Het denken in de consequentie van de lokale actieradius is ondertussen niet meer terug te schroeven. Ook de netwerken, intersectorale samenwerking en intersectoraal overleg gedijen uitstekend in deze cultuur.

Vele netwerken of vormen van samenwerking bestaan reeds op informele of organische basis.

Input en output worden veel meer op elkaar betrokken doordat men bij elke samenwerking of bespreking een concrete hulpvrager of een haast zichtbaar thema voor ogen heeft.

De implicaties van deze beleidsomslag naar een verder gedecentraliseerde welzijnsorganisatie zijn verregaand, maar behoorlijk intrigerend.

De lokale overheid wordt op deze manier sterk geresponsabiliseerd om de verantwoordelijkheid en de organisatie op te nemen van het collectieve en individuele welzijn van haar burgers.

Zij kan dit enkel met succes doen vanuit een inclusieve beleidsvisie, waarin alle relevante actoren met betrekking tot een probleemstelling – ik herhaal: dus duidelijk ruimer gedacht dan de zgn. 'welzijnssector' – actief participeren.

De stap van welzijnsloket en sociaal huis naar 'welzijnsgemeente' is klein. In Nederland denkt men – na de overheersingstermijn van de plannenmakers – aan vergaande decentralisering van de welzijnsmiddelen (voor – vertaald naar de Vlaamse sociale sector - o.m. thuiszorg, buurt- en opbouwwerk, dak- en thuislozenzorg, crisisopvang, verslavingszorg, jeugdwerk en opvoedingsondersteuning, vrijwilligerswerk en mantelzorg, informatie en advies, thuiszorg, niet-residentiële gehandicaptenzorg)<sup>46</sup>.

Binnen de verplichting om voor voornoemde prestatievelden beleid te maken, zouden de gemeenten ruime vrijheid krijgen om met het budget om te gaan.

Deze vrijheid gaat zover dat de middelen zelfs niet aan Welzijn besteed moeten worden. Men moedigt het bedenken aan van 'slimme oplossingen, dicht bij de burger', ook vanuit de gedachte dat het tijd wordt dat ook regulier beleid over Welzijn nadenkt.

In dit concept krijgt ook de 'commerciële zorgverstrekker' een plek in de openbare aanbesteding, bedoeld om de scherpste prijs/kwaliteitsverhouding te verkrijgen.

Dit leidt ons opnieuw naar intersectoraal overleg. Men kan er moeilijk omheen.

De hulpvrager, de (beperkte) voorzieningen, de middelen – en dus ook de toeziende burger - op behoorlijk confronterende wijze voor ogen.

## Slotbeschouwingen

Met 'intersectoraal welzijnsoverleg' wordt in dit artikel duidelijk een belangrijk instrument voor *welzijnsbeleid* bedoeld. Niet enkel een zogenaamd *surplus*, dus, bij een verder onaangeroerde sectorale realiteit, maar een concept met een geheel eigen identiteit. Thematisch georiënteerde, methodische of wetenschappelijke uitwisselingen tussen diensten of medewerkers van verschillende welzijnssectoren kunnen het intersectoraal welzijnsoverleg ondersteunen, maar vatten deze kern niet.

Een volgehouden politiek van 'welzijn (hulpverlening, zorg) op maat', gekoppeld aan een verregaande specialistische kennis van probleemstellingen, differentiatie in hulpvragen en sectorale belangenbehartiging kan op termijn fnuikend zijn voor het welzijnsbeleid.

De kans is reëel dat welzijnssectoren en - probleemstellingen op die manier haast in een concurrentiepositie tegenover elkaar verzeilen. Zich goed profilerende deelsectoren *binnen sectoren* zouden na verloop zelfs een bedreiging kunnen vormen voor de eigen sector.

Een meer intersectorale benadering wijst niet enkel prioriteiten aan in een breder kader, maar beantwoordt eveneens veel beter aan de economische realiteit, zijnde de overweging dat op een bepaald ogenblik de middelen uitgeput kunnen zijn.

Het intersectoraal welzijnsoverleg vormt dan ook een *beleidskeuze*, die een belangwekkende omslag betekent in de aanpak van welzijnsproblemen.

De meer specialistisch georiënteerde lobby op basis van zorgvuldige registratie voor telkens één doelgroep of thema - die uit pragmatisch oogpunt op korte termijn erg succesvol gebleken is - wordt ingeruild voor een traag meerjarenproces, waarin alle deelnemers aan het overleg investeren in o.m. kennisname van het hen *onvertrouwde*.

Als directeur van een voorziening bijzondere jeugdzorg moet men tevens de besognes leren verrekenen van de coördinator in de thuiszorg.

In de praktijk van het overleg vraagt zulks een ander - maar uitdagend - referentiekader, een resolute richting, duidelijke mandaten en een consequent aangehouden inzet.

Veel sterker nog dan in werkvormen waar de eensgezindheid op basis van gezamenlijke sectorale belangen meer vanzelfsprekend is, moet men bereid zijn te investeren in een opbouw en ontwikkeling, die niet meteen lonend is en de uitkomst bovendien onzeker.

Gegeven dat dit intersectorale forum - dat geen nieuwigheidje is, maar duidelijk wortelt in de welzijnshistoriek - direct beleidsvoorbereidend werk levert, wordt bij de deelnemers ruime kennis van het brede werkveld, ervaring en deskundigheid verondersteld (ook vergadertechnisch).

Mits een duurzame, goed georganiseerde inspanning (en ook met passende incentives van de overheid) zou deze aanpak kunnen leiden tot de meer evenwichtige benadering waarbij regionale en lokale fora binnen algemene beleidslijnen tot eigen prioriteitendefinities komen, eerder dan dat ze zulks verkokerd bepleiten op Vlaams niveau.

Mijn pleidooi voor meer eenheid en structuur in de bestaande intersectorale samenwerkingsverbanden beperkt zich tot een beleidsgerichte aanbeveling. Met het grootste respect voor wat de trouwe deelnemers aan het bestaande welzijnsoverleg hebben opgebouwd, heb ik gepoogd om tegemoet te komen aan de vragen die ze zelf voortdurend hardop stellen. Het verabsoluterend voorhouden van een alternatief is het laatste wat ik met dit artikel voor ogen had.

Willi Huyghe

Dienst Welzijn  
Provincie Antwerpen

- <sup>1</sup> BVR 19.12.1997 (BS 11.03.1998); ‘ondersteuning regionaal overleg in de welzijnssector’(c.s).
- <sup>2</sup> VERHELST, Marc en MEYVIS, Wilfried: ‘Samenwerking Vlaamse Gemeenschap – justitie inzake hulp- en dienstverlening aan gedetineerden’; s.d.
- <sup>3</sup> RAYMAEKERS, Jan: ‘Sectoroverschrijdend of sectordoorlatend?’; in: ‘Sociaal’, jg. 24, feb. 2003; p.13.
- <sup>4</sup> BOURDIAU, P. e.a.; in: NOTREDAME, Luc: ‘Integrale jeugdhulp volgens de regel van drie’; in: Alert; jg. 28, nr 5; 2002; p.42.
- <sup>5</sup> LAMMERTYN, F.; ‘De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap’; Kluwer Ed. 1990; p. 509.
- <sup>6</sup> ROOSE, Herman: ‘Samenwerking en overleg: streven naar efficiëntie en effectiviteit’; in: Oranjekrant; jrg. 25 – nr. 4; 1998;
- <sup>7</sup> VANHEULE, Stijn en VERBEEK, Willy; ‘Netwerken in de zorg’; in: ‘Tijdschrift voor welzijnswerk’; jg. 23, nr. 224 ; december 1999; p. 29.
- <sup>8</sup> AERTSEN, Ivo en DECRAEMER, Kris: ‘Netwerkontwikkeling in de slachtofferzorg’; in: Welzijnsgids – Welzijnszorg, Methodiek; afl. 21; september 1996; p. 61 - 80.
- <sup>9</sup> AERTSEN, Ivo en DECRAEMER, Kris: id.
- <sup>10</sup> VANHEULE, Stijn en VERBEEK, Willy: ibid; p.23
- <sup>11</sup> FRET, Ludo en SERRIEN, Ludo: ‘Regie: een kwestie van afstemming’; Alert; jg. 29; nr. 4; 2003; p.85.
- <sup>12</sup> Id.
- <sup>13</sup> FRET, Ludo en SERRIEN, Ludo: ‘Alert sprak met Luc Martens’; Alert; jg. 25; nr.3; 1999; p.28.
- <sup>14</sup> BOSMANS, Jan: ‘Over de integratie van de jeugdhulpverlening’; in: Tijdschrift voor Welzijnswerk; jg.25; nr 235; juni 2001; p.21 – 28.
- <sup>15</sup> BRED, Jef en GOYVAERTS, Karin; ‘Netwerken van organisaties; een theoretisch kader’; in: Welzijnsgids Gezondheidszorg – Welzijnszorg; Kluwer; Afl. 23, febr. 1997, p. 93.
- <sup>16</sup> TAVERNIER, Jef; Afrondende conclusies studiedag ‘Partnergeweld: mag ik het melden? Moet ik het melden?’ 22.03.2003.
- <sup>17</sup> STEYAERT, Rika; ‘Structuur en opdracht van de intermediaire coördinatiewerkgroepen’; s.d.; 1983.
- <sup>18</sup> HENDRIX, Harry ; KONINGS, Jacqueline e.a.: ‘Functionele samenwerking - Werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector’ ; Uitg. H. Nelissen, Baarn; 1992; p.54.
- <sup>19</sup> REGIONAAL OVERLEG GEHANDICAPTENZORG: ‘Code van Goede Praktijk’; Nota Dienst Welzijn Provincie Antwerpen; Versie 2003; p. 1 – 2.
- <sup>20</sup> HUYGHE, Willi: ‘Beleidsplan provinciaal en regionaal overleg en samenwerking 2003 – 2005’; provincie Antwerpen; 2003; p.15.
- <sup>21</sup> HUYGHE, Willi: ‘Vorbereiding beleidsplan regionaal welzijnsoverleg 2006 – 2008’; provincie Antwerpen; interne nota Dienst Welzijn; april 2005; p. 11.
- <sup>22</sup> HENDRIX, Harry ; KONINGS, Jacqueline e.a.: id.; p.47.
- <sup>23</sup> BRED, Jef en GOYVAERTS, Karin: ibid; p.87.
- <sup>24</sup> RULAND, Erik en WESSELS, Hanneke: ‘Succes- en faalfactoren van intersectorale samenwerking’; in: BOHLMETIER, E. e.a. 2005; p. 46.
- <sup>25</sup> HENDRIX, Harry ; KONINGS, Jacqueline e.a.: ibid; p. 41.
- <sup>26</sup> PETERS, Louk: ‘De netwerkbenadering’; NIGZ; Centrum voor Review en Implementatie; september 2001; p. 20
- <sup>27</sup> FISSCHER, O.A.M.: ‘De goede bedoelingen voorbij’; Gastcolumn; universiteit Twente; september 2005; p.3.
- <sup>28</sup> BEKKERING, T. e.a. : ‘Management van processen. Succesvol realiseren van complexe initiatieven’; in: BOHLMETIER, Ernst e.a.: ‘Procesmanagement in public health’; zie (26); p. 17 – 18.
- <sup>29</sup> BOHLMETIER, Ernst e.a.: ‘Procesmanagement in de eerste fasen van samenwerking’; in: BOHLMETIER, E., RULAND, E. e.a.: ‘Procesmanagement in public health’; zie (26); Trimbos-instituut Utrecht; 2005; p. 17 – 18.
- <sup>30</sup> BRUIJN, H. e.a.: ‘Procesmanagement, over procesontwerp en besluitvorming’; Academic service. Schoonhoven; 2002; in: BOHLMETIER, E.: ‘Procesmanagement in public health’; zie (26); p. 18.
- <sup>31</sup> BEKKERING, T. e.a. : ‘Management van processen. Succesvol realiseren van complexe initiatieven’; in: BOHLMETIER, Ernst e.a.: ‘Procesmanagement in public health’; zie (26);
- <sup>32</sup> GROOTE, G.P. e.a.: ‘Projecten leiden. Methoden en technieken voor projectmatig werken’; in: ‘BOHLMETIER, Ernst e.a.; zie (26); p. 9.
- <sup>33</sup> BRED, Jef en GOYVAERTS, Karin; ibid; p. 11.
- <sup>34</sup> VAN HOREN, Ingrid: ‘Samenwerking (niet) vanzelfsprekend’; in: Tijdschrift voor Welzijnswerk; jg. 25; nr. 236; juni 2001; p. 13 – 14.
- <sup>35</sup> FISSCHER, O.A.M.; ibid; p. 2.
- <sup>36</sup> REGIONAAL OVERLEG GEHANDICAPTENZORG: ‘Code van Goede Praktijk’; Nota Dienst Welzijn Provincie Antwerpen; Versie 2003; p. 2 – 3.
- <sup>37</sup> FISSCHER, O.A.M.; ibid; p. 2.
- <sup>38</sup> LAMMERTIJN, F.: ‘De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap’; Kluwer Ed.; 1990; p. 509.
- <sup>39</sup> ROOSE, Herman: ibid.
- <sup>40</sup> BRED, Jef en GOYVAERTS, Karin; ibid; p. 99.
- <sup>41</sup> RULAND, Erik en WESSELS, Hanneke: ‘Succes- en faalfactoren van intersectorale samenwerking’; in: BOHLMETIER, E. e.a.; Ibid; p. 33.
- <sup>42</sup> BRED, Jef en GOYVAERTS, Karin: id.; p.99-100.
- <sup>43</sup> PETERS, Louk: ‘De netwerkbenadering’; NIGZ; Centrum voor review en implementatie; studie; September 2001; p.19
- <sup>44</sup> TESORIERO, F.: ‘Partnerships in health promotion’ - Health promotion journal of Australia; 2001; in: PETERS, Louk zie (23); p. 19.
- <sup>45</sup> VOGELS, Mieke; VANDERPOORTEN, Marleen; DEWAELE Patrick: ‘Decreet integrale jeugdhulp’; 01.2002; p.6
- <sup>46</sup> STEYAERT, Jan: ‘De renovatie van de Nederlandse sociale sector’; Alert; jg. 32; nr 1; 2006; p.86 – 87.