

**GEBLOKKEERDE ONTWIKKELINGSTRAJECTEN BIJ JONGEREN.  
BEHEERSEN, INTERVENIËREN, VOORKOMEN**

**VERBETERNOTA 14 JULI 2018**

**o. Activiteiten**

- informeel overleg met Mr. Van Mulders, Mr. Vanhee, Mr. Casteur d.d. 15/12/2017
- vraagverduidelijking in overleg met Mr. Van Mulders d.d. 24/01/2018
- samenstelling werkgroep<sup>1</sup>: Marina Danckaerts (KU Leuven), Stijn Vandevelde (UGent), Wouter Vanderplasschen (UGent), Stef Decoene (V.U.B. & LiSn) (voorzitter). Elk lid van de werkgroep heeft diepgaande ervaring in diverse aspecten van de jeugdzorg en die relevant is voor de hier behandelde problematiek.
- bijeenkomsten werkgroep: 05/02 (in aanwezigheid van Mr. Van Mulders en Mr. Vanhee), 28/02, 7/03, 15/03, 12/04, 2/05, 20/06, 4/07.
- tussentijds overleg van de voorzitter met Minister J. Vandeurzen, Mr. Vanhee, Mr. Casteur d.d. 29/03/2018
- mailvraag t.a.v. Mr. Van Mulders om zicht te krijgen op enkele recente dossiers. Bezorgen van 4 casussen d.d. 22/02/2018
- mailvraag t.a.v. Mr. Van Mulders ivm inzage in contracten van instellingen in de jeugdzorg. Telefonisch gesprek met Mr. Vanhee d.d. 13/03/2018. Ontvangen van een voorbereidende nota continuïteit d.d. 15/03/18;
- Mailvraag t.a.v. Mr. Van Mulders en Mr. Vanhee ivm contracten van instellingen die diagnostiektaken opnemen; en i.v.m. de kwaliteitsrapporten VAPH<sup>2</sup>, Jongerenwelzijn, en K&G.
- Mailvraag t.a.v. Mr. Van Mulders en Mr. Vanhee i.v.m. jaarverslagen CANO en IZN. Ontvangen op 27/06/18.
- raadplegen experts door werkgroep:
  - Overleg met Mr. Voets d.d. 09/02/2018 en 26/04/2018;
  - Overleg met Mr. Vanobbergen, kinderrechtencommissaris, d.d. 16/05/18;
  - Overleg met Mr. D'Oosterlinck, MFC d.d. 16/05/18;
  - Overleg met Mr. Vermeulen, Autisme Centraal, d.d. 23/05/2018;
  - Overleg met Mevr. Debruyne, OPZ Geel, d.d. 07/06/18;
  - Overleg met Mevr. Massoels, Agentschap jongerenwelzijn, d.d. 07/06/2018;
  - Overleg met Mevr. Van der Steene, jeugdrechter Brussel, 21/06/2018;
- Werkbezoek De Catamaran te Eindhoven, d.d. 08/06/2018;
- Werkbezoek De Vuurvogel te Kortenberg, d.d. 22/06/18;

---

<sup>1</sup> Prof. Vanderlaenen nam deel aan de werkgroep tot 26/04/2018

<sup>2</sup> De lezer vindt bij het rapport een appendix (nr 2) met gebruikte afkortingen.

- Overleg met Minister Vandeurzen, de voltallige werkgroep, en leden van kabinet en administratie: Mr. Van Mulders, Mr. Vanhee, Mr. Debrouwere, Mevr. Debel, Mr. Vancasteren, Mr. Stroobants, Mevr. Moykens, Mr. Debert, Mevr. Nouwen, Mevr. Cops, Mr. Smeets, Mr. Casteur, Mr. Plessers. d.d. 21/06/18. De presentatie met de eerste conclusies is te vinden in appendix 3.

## ***I. Inleiding***

### ***I.1. “Jongeren met complexe problematiek”***

De administratie jongerenwelzijn gaf, op vraag van het kabinet, opdracht om vanuit wetenschappelijk en klinisch perspectief voorstellen te formuleren om de aanpak van ‘jongeren met complexe problematiek’ te verbeteren. Vraag was om met open vizier en creatief na te denken over hoe de problematiek hier-en-nu hanteerbaar kan worden gemaakt en hoe kan worden bijgedragen om een continue instroom van jongeren in dergelijke situaties te reduceren/vermijden.

Er zijn verschillende manieren om naar het fenomeen ‘jongeren met complexe problematiek’ te kijken, waaronder minstens de volgende:

- (a) Deze jongeren zijn “onvermijdelijke restverschijnselen” van een (zeer) goed werkend zorgsysteem. Geen enkel zorgsysteem zal erin slagen altijd tijdig én adequaat te reageren op alle problemen.
- (b) Deze jongeren zijn geen “ruis”, maar indicatoren van tekorten en/of disfuncties binnen de zorgorganisatie. Hun aanwezigheid signaleert dat zorg “ergens, in sommige aspecten, of mogelijks fundamenteel” niet goed (genoeg) functioneert. In dit perspectief signaleren deze situaties disfuncties, en objectief ‘luisteren’ kan helpen om het zorgsysteem te optimaliseren, en/of onderliggende problemen (micro-, meso-, macro) aan te pakken.

Indien de situaties van deze jongeren “residuen” zijn binnen een voor de rest goed werkende zorg, dan is de eerlijke conclusie dat deze er altijd zullen zijn. Aanvaarding en een reservebudget om een aanvaardbare situatie te creëren voor de jongeren, hun context en de ruimere samenleving, zijn dan de enige écht zinvolle opties. Zorgverleners aanvaarden de limieten van hun aanpak, de samenleving weet dat niet alles hier-en-nu opgelost kan worden. En hiermee is de kous af. Er is eigenlijk geen probleem.

Indien zij echter symptoom zijn van disfuncties binnen de zorgorganisatie, dan is de vraag ‘wat is het probleem’ per definitie ook de vraag: ‘wat zijn de disfuncties in de context en in het zorgsysteem’?

De werkgroep start vanuit de premisse dat ‘jongeren met een complexe problematiek’ geen ruis zijn, maar symptoom. **Hun aanwezigheid communiceert niet alleen problemen bij de jongeren en zijn/haar context, maar evenzeer disfunctionaliteit in de samenleving en in de zorgorganisatie.**

Er zijn meerdere redenen om deze premisse te poneren. Het probleem kan niet exclusief bij kenmerken van deze jongeren zelf worden gesitueerd (zie ook verderop). Het gaat meer over ‘handelingsverlegenheid’ of ‘handelingsweigering’ t.a.v. bepaalde jongeren, en dus over minstens ook aspecten op niveau van de zorgverstrekker en de samenleving.

Eerdere pogingen om het probleem te benaderen slaagden er niet in om een operationele definitie te geven van deze zogenaamde “probleemjongeren”, maar situeerden de problematiek (cf. bv.. de cotourennota uit 2014<sup>3</sup>) eveneens mee op het niveau van de werkrelatie. De eerder geformuleerde voorstellen resulteerden niet in verbetering, ongetwijfeld mee omdat de voorgestelde acties niet geïmplementeerd werden.

Er bestaat evenmin veel wetenschappelijke literatuur die toelaat om deze jongeren helder af te lijnen van andere jongeren van wie de situatie niet als “complex” wordt beschreven.

De blijvende (en toenemende) frustratie t.a.v. dit ‘fenomeen’ is tenslotte suggestief voor meer dieper liggende veroorzakende processen.

De werkgroep beschouwt de situatie van ‘complexe jongeren’ dus als een belangrijk signaal van maatschappelijke en zorgorganisatorische tekorten en/of disfuncties die uitnodigen tot andere, meer werkzame keuzes.

## ***1.2. Methode van aanpak***

De werkgroep koos om te starten vanuit een deductieve aanpak: eerst verklaren, eerst vaststaande elementen oplijsten, dan formuleren van verbetervoorstellen die de wetenschappelijk vaststaande premissen respecteren.

Een inductieve aanpak had binnen het beschikbare, en bijzonder korte, tijdsbestek meerdere nadelen: de leden van de werkgroep worden aangesproken op hun specifieke expertise en belangen (of het nu bekijken is van bestaande behandelprogramma’s, het analyseren van casussen, of het infereren van een mogelijke oplossing vanuit de bevraging van experts).

De werkgroep ging er ook van uit—in besef van de vele verschillende meningen, concrete projecten in eigen land en het buitenland etc. — dat mogelijke werkzame interventies al wel eerder genoemd zouden zijn.

Tenslotte waren leden van de werkgroep het met elkaar eens dat het jeugdzorglandschap een ondoordringbaar kluwen is. Ook al heeft het concept integrale jeugdhulp een heldere ruggengraat, het is in zijn concrete uitzicht niet te vatten, en dus niet écht zomaar, en zeker niet binnen het gegeven tijdsbestek inductief analyseerbaar.

Het o.i. veel grotere probleem is dat eerder geboden oplossingen niet van de grond blijken te komen, niet overtuigend genoeg zijn, of botsen tegen particuliere belangen die niet overstegen kunnen worden. De cotourennota 2014 is een mooi voorbeeld: het is moeilijk niet bij elke paragraaf instemmend te knikken. Desondanks blijken de problemen aan te houden.

---

<sup>3</sup> Geciteerde en gebruikte bronnen worden in de referentielijst per sectie vermeld (appendix 1).

Het zoeken om algemene premissen te formuleren—premissen waar iedereen het, ongeacht achtergrond, perspectief, specifieke organisatie of particulier belang, mee eens zou moeten zijn—leek meer vruchtbaar. Vanuit dergelijke premissen kunnen randvoorwaarden voor interventies worden gededuceerd, en keuzes gemaakt.

We formuleren inhoudelijke en zorgorganisatorische premissen.

De *inhoudelijke premissen* zijn stellingen over hoe ontwikkeling verloopt. Het zijn robuuste elementen van kennis: robuust in de zin van “wetenschappelijk stevig empirisch en theoretisch gevalideerd”. Wetenschap is natuurlijk ook de kunst van het schilderen in grijstinten—nuanceren en twijfelen is inherent aan hoe wetenschap haar meningen formuleert. We beseffen m.a.w. dat er ook bij stellingen te nuanceren valt—in technisch jargon, dat er mediërende en modererende (naast overlappende en proxy) factoren werkzaam zijn, die doorheen bestaand of toekomstig onderzoek nuancering en verdieping zullen bieden bij de hier besproken premissen.

De *zorgorganisatorische premissen* verduidelijken hoe een degelijke zorgorganisatie er uit moet zien. De premissen gelden voor zorg in het algemeen. De gebruiker van deze nota zal merken dat het formuleren van deze principes in één trek door ook spiegel is voor waar jeugdzorg o.i. minder goed tot disfunctioneert.

We gaan er van uit dat de stellingen zelden verrassend zullen zijn, en dat is goed. Verrassende stellingen zijn meteen ook bediscussieerbare stellingen. Ons expliciteren van deze premissen als raamwerk voor verbetervoorstellen inzake aanpak van jongeren die als complex en onbehandelbaar worden benoemd, leidt daarom veelal ook tot keuzes die evenmin verrassend zouden mogen zijn.

De bekomen premissen werden getoetst. De werkgroep screende casussen van ‘complexe jongeren’ (twee leden van de werkgroep hebben bovendien uitgebreide klinische ervaring met dergelijke ‘dossiers’), sprak met deskundigen op het werkveld, nam de beschikbare wetenschappelijke literatuur door, raadpleegde grote hoeveelheden jaarverslagen, en analyseerde eerdere voorstellen of contracten van enkele specifieke projecten.

Rubriek II en IV beschrijven de inhoudelijke en zorgorganisatorische premissen. Rubriek III herformuleert op basis van de inhoudelijke premissen het begrip ‘jongeren met complexe problematiek’. Rubriek V deduceert op basis van rubrieken II tot IV verbetervoorstellen, en onderscheidt hierbij 3 stappen:

- *interventies t.a.v. de huidige groep ‘jongeren met complexe problematiek’;*
- *interventies t.a.v. de continue instroom van deze jongeren;*
- *interventies op langere termijn.*

Een laatste caveat. Dit rapport is géén wetenschappelijk *onderzoeksrapport*. De werkgroep had te weinig tijd en te weinig middelen om grondig theoretisch of empirisch onderzoek te doen ten aanzien van de diverse relevante thema's. Het rapport is wel resultaat van een 'denktank', die op korte termijn diep kennisgestuurd maar wetenschappelijk-creatief zocht correcte én degelijke verbetervoorstellen te formuleren.

## II. Kenmerken van adequaat lopende ontwikkelingstrajecten

De werkgroep formuleert in deze sectie een aantal inhoudelijke premissen waarvan ze kan stellen dat ze robuust gevalideerd zijn in wetenschappelijk onderzoek (over disciplines heen). De lezer vindt een selectie van relevante publicaties in appendix 1.

### II.1 Sociaal leren vindt plaats binnen lokaal ingebedde hechtingsrelaties

**II.1.1a Sociaal leren vindt plaats binnen hechtingsrelaties.** Ontwikkeling van een menselijk organisme over individu tot persoon en burger vooronderstelt socialiteit. Die vooronderstelling is fundamenteel en existentieel. Zonder sociale ruimte leert en ontwikkelt geen enkele foetus (en leren begint daar). We definiëren een sociale ruimte hier als een verbonden set van relaties, gaande van zeer nabij/intiem over nabij/zakelijker, tot zeer veraf of symbolisch.

Er is goede evidentie dat een beginnende ontwikkeling nabije/intieme relaties vooronderstelt die veiligheid, structuur en voorspelbaarheid, en gesocialiseerde behoeftenbevrediging bieden. Deze hoeven niet 'westers' begrepen te worden, en zijn niet per definitie (biologische) vader en moeder. Er zijn voldoende culturen gekend waar de fundamentele zorgfiguren in andere dan een nabij-biologische relatie met het kind staan, en er is degelijke antropologische evidentie voor het feit dat een ruimere sociale context dan de westers-conventionele kind-ouderrelatie mee hechting kan realiseren. Maar de leerrelaties starten met psychisch nabije/intieme relaties. Er is o.i. zelfs een punt te maken dat effectief leren steeds een voldoende dosis intimiteit/nabijheid veronderstelt. Adequaat ontwikkelen en leren start en continueert met adequate hechting.

Sociaal leren in hechtingsrelaties verloopt actief en passief, op basis van directe en indirecte invloeden. Vaak is het ook het zien en ervaren hoe belangrijke anderen handelen waar jongeren door beïnvloed en aangestuurd worden. De onderliggende leerprocessen zijn vaak complex maar goed bestudeerd, en sturen inhoud en richting van de ontwikkelingstrajecten aan.

Hechting is een bi-directioneel relationeel gebeuren. Het wordt bepaald door handelingen en attitudes van zorgfiguren (en daarom mee bepaald door hun ontwikkelingsvoorgeschiedenis, sterktes en beperkingen), maar ook door wat het kind kan en wil. Hechting wordt ook wel eens fout begrepen als gewoon 'graag zien'. Hechting is echter fundamenteel een relationeel handelen waar het kind veiligheid, voorspelbaarheid en ondersteuning (bij behoeftenbevrediging) ervaart, en zich van hieruit stapvoets op de wereld en zichzelf kan gaan richten.

Hechting is niet zomaar een sociaal proces. Het is een eco-socio-psycho-biologisch proces. Het is het bad dat een biologisch organisme bij definitie heeft om ook

neuroonaal gezond genoeg te kunnen ontwikkelen en (sociaal) te leren. Het is het traject waarbinnen persoonlijke ontwikkeling vorm en inhoud krijgt en zich sociaal verankert. Hechting is de sociale werkplaats waarbinnen neuronale, psychische en sociaal-relatieve ontwikkeling zich verankert en in wederzijdse afhankelijkheid (**transactioneel**) groeit.

**II.1.1b Sociaal leren binnen hechtingsrelaties vindt plaats in hier-en-nu omgevingen.** Relaties spelen zich niet af in het luchtledige. Er is aarding nodig in een omgeving die het aangaan van hechtingsrelaties, het onderhouden, en het laten ontwikkelen ervan, toelaat, ondersteunt, en minimaal niet tegenwerkt.

*Hechtingscontexten* zijn socio-spatiale ruimtes rond deze relaties—het gezin (relatie tussen ouders, relatie met en tussen broers en zussen), ruimere familie, buurt, dorp/stad ..., en vormen een cruciale maar vaak onderbelichte noodzakelijke voorwaarde om hechting toe te laten. Met ouders die niet (langer) voldoende aarding hebben met een thuis en buurt, bij kinderen die niet de mogelijkheid hebben om dicht bij thuis te bewegen, te spelen en te leren, verzwakken en vervormen hechtingsrelaties. *Hechtingsrelaties zijn dus steeds gesitueerd in herkenbare en gekende plaatsen verweven in herkenbare en gekende sociale ruimten. Sociaal leren vooronderstelt deze hechtingsinbedding.*

**II.1.1c Hechting wordt verdiept (of vervormd) door een veelheid aan bijkomende processen.** Degelijke hechting is fundamenteel maar geen voldoende voorwaarde. Bijvoorbeeld, ouderschapsstijlen en ouderschapspraktijken zijn gekende robuuste processen die in transactie met individuele en sociale processen een normatieve ontwikkeling op koers helpen houden (of net niet). De omgeving dient adequate stimulatie te bevatten die (doorheen ouderschapspraktijken en sociale regulatie) ontwikkeling aanstuurt, enz. .... Ook deze factoren en processen hoeven niet westers begrepen te worden: er is grote variatie in werkzame (en geografisch en cultureel gesitueerde) processen; niet elke westerse keuze is de beste .... Maar hechtingsrelaties zijn de fundering en de basis waarbinnen deze grote variatie voor kind én zorgfiguren betekenis krijgt en heeft.

**II.1.2** We weten dat de wederzijdse afhankelijkheid tussen eco-socio-psycho-biologische domeinen zich vertaalt in termen van “sensitieve periodes”—periodes waarbinnen de domeinen op een bijzondere manier op elkaar moeten klikken om bepaalde ontwikkelingstaken op een optimale manier te helpen realiseren.

Er is ongetwijfeld grote variabiliteit tussen kinderen wat betreft hun ontwikkelingstiming. ***Het helpt echter — met het oog op begrijpen van***



***moeilijker verlopende ontwikkelingstrajecten – om deze periodes te zien als slechts moeizaam omkeerbare directionaaliteit.***

Ontwikkelingsdoelen die gemist worden (wat de reden ook is), zijn vaak niet zomaar, niet erg gemakkelijk of soms zelfs niet meer te herstellen. De transactie tussen biologische, psychologische, en sociale processen kan weliswaar resulteren in een adequaat, zij het minder normatief alternatief, maar er zijn grenzen aan wat rechtgezet kan worden. Vaak zal het dan gaan om persoonlijke of sociale hulpmiddelen ('protheses') die een inadequaat functionerend domein helpen corrigeren of bijstellen, maar (vaak blijvend) investering vragen. Dit sluit aan bij de sociaal-ecologische visies die poneren dat (alle) mensen op een of meerdere domeinen in het leven (en dynamisch over levensfasen heen) ondersteuning nodig hebben in het omgaan met de uitdagingen van de samenleving.

Dit laatste is waar de transactionaliteit tussen domeinen opnieuw als meest fundamenteel dient erkend te worden, en waar 'good-enough' functioneren nooit van één van de domeinen alleen afhankelijk is. Tekorten op het relationele domein kunnen door het sociale of psychische of biologische in balans gebracht of 'hersteld' worden—zij het steeds binnen bepaalde grenzen (er zijn fundamentele randvoorwaarden bepaald door elk domein).

Er is doorheen ontwikkeling dus **een cumulatief directioneel effect** waarbij vroegere ervaringen de ontwikkelingsruimte bij erop volgende leeftijden bepalen, en veranderingsruimte stapvoets verengen. De adolescentie is niet anders, ook al is het eveneens de levensfase waar eerdere 'leerresultaten' herbekeken en soms kritisch herordend worden.

Bovendien installeert (zelfs binnen een ontwikkelingstraject dat rechtgetrokken wordt of zichzelf rechthoudt) een diepere kwetsuur in fase 1 gekneusde tot zwakke tot openliggende zones in fase 2 en verder. *Veerkracht* indiceert in de eerste plaats sociale/ relationele ankerplaatsen waar het schip zich kan herstellen, maar waarbij het op zich al voldoende zeewaardig moet zijn om dergelijke ankerplaats te herkennen en haar werk te laten doen. *Veerkracht* is m.a.w. in de eerste plaats zichtbaar waar in eerdere fases de ontwikkelingsdoelen voldoende sterk zijn gerealiseerd.

**II.1.3 We kunnen binnen deze cumulatieve directionaaliteit een aantal grote maatschappelijk ingestelde cesuren of scharnieren herkennen die overgangen tussen fases signaleren en helpen realiseren.** Deze cesuren zijn eerder 'hard', en kunnen best opgevat worden als momenten waar diepgaande, kwalitatieve veranderingen in opportuniteiten voor leren en ontwikkelen zich voor het eerst publiek maatschappelijk manifesteren, gestimuleerd en/of uitgelokt worden.

In onze samenlevingen zijn kinderen *vóór de lagere school* in principe vooral ingebed in de intieme gezinscontext die leermogelijkheden biedt, warmte en veiligheid én primaire zorg (voeding, motorisch leren ...).

De *overgang naar lagere school* biedt nieuwe vensters op de wereld, cognitieve, emotionele én sociale leeropportunities voor een reeds herkenbaar persoon, maar houdt in principe de familiale verworteling intact én centraal. Kinderen proeven elders, maar blijven thuis genest.

*Deze overgang kapitaliseert voor het eerst publiek zichtbaar op wat in de periode vooraf is gegroeid, en veronderstelt dat deze periode vooraf bereikt heeft wat bereikt moest worden.*

De *overgang naar de secundaire school* vormt in onze samenleving een fundamenteel nieuwe situatie. *Niet alleen bieden er zich publiek zichtbaar kansen, keuzes en taken aan die ruimer én meer maatschappelijk worden aangestuurd (inclusief maatschappelijk vervormd); maar de hechtingsrelaties verschuiven openlijk van gezin en familie naar kennissen, vrienden, en niet primaire-zorgfiguren die binnen deze 'vrij gekozen' hechtingsrelaties groei en leeropportunities bieden.*

Ook tijdens deze overgang toont zich een diepe wederzijdse afhankelijkheid tussen de verschillende domeinen die elkaar binnen een 'good-enough' ontwikkeling versterken en faciliteren—bv., spurten in hersenontwikkeling, ruimere leer- en groeiopportunities, veranderende sociale en maatschappelijke verwachtingen, rechten en plichten.

De *overgang van secundair naar tertiair onderwijs of start van een arbeidstraject* is de derde sterk herkenbare horde. Maatschappelijk wordt verondersteld dat de essentiële vaardigheden en attitudes voldoende ontwikkeld zijn om als burger te kunnen functioneren (moreel zelfsturend te zijn; zie II.1.7). Er liggen hier allereerste verschuivingen: van bescherming naar verantwoordelijkheid, van afhankelijkheid naar (definitief groeien tot) onafhankelijkheid, van volgen naar zelf (mee) beslissen .... De eerdere hechtingsrelaties zijn nog steeds belangrijk maar worden ook soms 'achter' gelaten; maar zelf gekozen partnerschap, financiële autonomie, en zelfverantwoordelijk persoonlijk en sociaal handelen vanuit een volledig gevormde identiteit (in permanentie interactie met sociale structuren) komen centraal te staan.

Spreken over hordes of scharnieren impliceert echter niet dat *fasering in ontwikkelingstrajecten* voor iedereen in tijd gelijk loopt—er is een zeer grote interpersoonlijke variatie qua timing van ontwikkelingsfases, maar ook reële intrapersoonlijke variatie in hoe diverse concrete ontwikkelingstaken die 'conventioneel' binnen eenzelfde ontwikkelingsfase worden geplaatst, in 'ontwikkelingstijd' bereikt worden (zie II.1.4).

Het geeft wel aan dat er binnen, concreet onze, samenleving momenten zijn waarop de samenleving ontwikkelingstrajecten '*gelijkstemt*', en waar het meer of minder goede verloop van ontwikkelingstrajecten bij uitstek zichtbaar wordt.

De wijze waarin deze hordes genomen worden en toelaten de erop volgende fase adequaat aan te kunnen, wordt bepaald door wat eraan vooraf gaat, met absoluut primaat van de periode conceptie-3 jaar. De overgang naar en start van de lagere schoolperiode is het eerste venster waar kwaliteit van de primaire leerperiode zichtbaar wordt, en is het modale sociaal vastgelegde punt binnen ontwikkelingsprocessen in ruwweg de periode 4-7 jaar. Of de primaire fase van een ontwikkelingstraject adequaat werd doorlopen wordt vaak al goed zichtbaar op deze scharnier.

De overgang naar en start van het secundair onderwijs is het modale punt voor de tweede scharnier, rond ontwikkelingspsychologische processen binnen ruwweg de periode van 10-14 jaar. Binnen dit ontwikkelingsvenster wordt opnieuw publiek goed zichtbaar of en hoe de jongere eerdere fases voldoende adequaat heeft doorlopen.

De derde horde wordt maatschappelijk bepaald op 18 jaar, als modaal punt rond ontwikkelingsprocessen binnen ruwweg de periode 16-25 jaar. Maatschappelijke veronderstelling is dat alle belangrijke ontwikkelingsprocessen doorlopen zijn, dat het ontwikkelingstraject is afgerond.

Ook al plaatst de samenleving deze hordes met alle bijhorende verwachtingen, hersenontwikkeling en psychosociale ontwikkeling lopen door tot in de (vroeg) volwassenheid. Er is mogelijkheid tot verandering en groei tot op late leeftijd.

Voor wat adolescenten betreft, kan hun met andere woorden (nog) niet afgemeten worden aan de sociale norm van volwassenheid en bijhorende verwachtingen inzake morele zelfsturing (zie ook II.1.7). Bovendien is adolescentie (tot gemiddeld 25 jaar) een fase van discrepante ontwikkeling van verschillende gebieden, waardoor disharmonie kan ontstaan. Sociale en morele beslissingen blijven vaak achter op zuiver cognitief redeneren omdat net de positiebepaling t.a.v. de sociale en maatschappelijke structuur nog gezocht en afgetoetst wordt. Emotieregulatie is dan weer verlaat t.o.v. de ontwikkeling van emoties zelf.

Dit alles impliceert ook dat een adolescent nog niet écht afgerekend kan worden op al zijn handelen en dat deterministische uitspraken meestal ongepast zijn. Er kan weliswaar nog veel mis gaan tijdens de adolescentie, maar het is evenzeer een fase waarin negatieve effecten van eerdere levensfasen kunnen verzacht of hersteld worden (voor zover de toenemende cognitieve, emotionele en persoonlijke aanspreekbaarheid dit toelaat).

**II.1.4** Ontwikkelen en leren worden mee bepaald door meegekregen en meegegeven (epi)genetische, congenitale en omgevingsbepaalde mogelijkheden en beperkingen: biologisch, temperamenteel, psychologisch (dispositioneel), contextueel, en sociaal (en sociaal-maatschappelijk). Historische factoren (levensgebeurtenissen zoals chronisch trauma, ongeval, negatieve gebeurtenissen in de omgeving (ziekte van hechtingsfiguren, werkloosheid, scheiding, een ramp ...))) kunnen ontwikkelen/leren beïnvloeden. Genetische opmaak van een individu en omgevingservaringen zijn ook niet volledig onafhankelijk: genetica geeft de omgeving gedeeltelijk vorm en omgeving herijkt de

genetische opmaak (gen-omgevingscorrelaties, gen-omgevingsinteracties en epigenetica). Mogelijkheden en beperkingen hebben impact op én wat geleerd kan worden (hoeveel, hoe complex, hoe diepgaand) én welke leermechanismes werkzaam kunnen zijn.

**Dit betekent, zoals hierboven al aangeraakt, dat er inherent variatie is tijdens ontwikkeling en leren.** Deze variatie is niet problematisch maar normatief (en vanuit maatschappelijk standpunt bekeken ook een aspect van mogelijkheid van evolutie en creativiteit).

Wat de variatie inperkt is niet alleen het objectieve ontwikkelingsverloop en de genetische/neuronale mogelijkheden, maar dus ook wat een groep (van gezin, familie, over buurt en stad tot samenleving en cultuur; de micro/meso/macro context) als beperkingen instelt, en wat een persoon zelf - leeftijdsgebonden - als beperkingen 'instelt'. Er is een normatieve inperking en aansturing van hoe ontwikkeling mag verlopen (en dus bijkomend variatie in functie van de sociale groep). Gezinnen introduceren en beperken variatie, familie doet dat, stadscultuur, samenleving doen dat (II.1.3); hersenen en lichaam doen dat ...

Als variatie sociaal geproblematiseerd wordt kan dit niet zomaar naar de persoon en de context worden geschoven maar dient ook de analyse gemaakt te worden of deze variatie wel écht te problematiseren valt, dan wel indicatie is van historisch gegroeide of toenemende onverdraagzaamheid

Groepen introduceren én perken mee inherente variabiliteit in, en normeren welke variatie toegelaten en/of getolereerd wordt.

Omdat we doorheen ontwikkeling tot steeds meer verschillende groepen behoren (opnieuw van intiem tot veraf), volgt hier een bijkomende premisse uit: **een adequate ontwikkeling vooronderstelt voldoende flexibiliteit—bij zowel de persoon die zich positioneert als de omgeving die ermee interageert en dient aan te sturen—om een grootste gemene deler te vinden, en om situationele variabiliteit in handelen te kunnen hanteren.**

Neuronale belasting, historisch veroorzaakte hindernissen, hechtingsgerelateerde disfuncties hebben impact op hoe, en de mate waarop, deze flexibiliteit haalbaar blijft. Inclusie in de groep moet dan ook gezien worden als een balans tussen persoonlijke én groepsmogelijkheden, en de trade-off tussen beiden. Een verstandelijke beperking sluit een jongere niet uit van maatschappelijk adequaat functioneren en kwaliteit van leven maar zal de relatieve investeringsbalans verschuiven naar de hechtingsrelaties en groep en samenleving.

De ruimere groep (samenleving) draagt m.a.w. mee verantwoordelijkheid voor functioneringsmogelijkheden, én voor de dagelijkse verdraagzaamheid t.a.v. dergelijke variatie, en draagt dus mee bij aan een probleem zoals dat van 'jongeren met complexe problematiek waar handelingsverlegenheid bestaat'.

**II.1.5** Wat binnen hechtingsrelaties gebeurt, is het veilig leren vervullen van basisbehoeften (en verderop in een ontwikkelingstraject meer individuele én sociaal-voorgehouden behoeften). De wetenschap is het niet eens over wat een exhaustieve lijst van dergelijke behoeften zou kunnen zijn. Maar verschillende disciplines formuleren, elk vanuit hun particulier perspectief, enkele fundamentele behoeften. **Het concept behoefte impliceert dat elk handelen fundamenteel doelgericht is;** elke handeling is doordrongen van gecontextualiseerde doelgerichtheid, waarbij doorheen een ontwikkelingstraject ook een belangrijke verandering zichtbaar wordt op het continuüm van ongecontroleerd (bv. reflexmatig gedrag) naar zeer intentioneel handelen.

Vanuit (psycho-)biologisch perspectief zijn voeding, bewegen (en bewegend leren), en het realiseren van hechtingsrelaties (met op een bepaald moment opportuniteit tot reproductie) essentieel. Psychologisch zijn verbondenheid, autonomie, en besef van competent handelen cruciaal. Sociaal zijn o.a. existentiële zingeving (inclusief moraliteit en ethiek), verbondenheid, en een “goed leven” cruciaal.

Ontwikkeling dient m.a.w. begrepen te worden als het(binnen de hierboven vermelde cumulatieve directionaliteit) steeds meer complex worden van manieren waarop behoeften worden gerealiseerd, van minder naar meer gecontroleerd en intentioneel.

**Persoonlijk handelen is hiermee per definitie communicatief**—het signaleert steeds dat doelen worden nagestreefd. Er is evenwel geen één-één relatie tussen handelen en doel (zo wel, zouden we puur instinct zijn). Er is relationeel en cognitief werk te doen om te identificeren welke doelen door welk handelen worden gerealiseerd. Heterotypische en homotypische continuïteit kenmerken het leren herkennen van wat gedrag communiceert.

**II.1.6 De wijze waarop invullen/vervullen van centrale behoeften leeftijdsgebonden en blijvend ontwikkelend vorm krijgt, binnen de context van een waaier aan sociale contexten die richting aangeven én inperken, kristalliseert zich in wat ‘identiteit’ wordt genoemd.**

Tijdens de eerste ontwikkelingsperiode (ongeveer tot zes jaar) komt een min of meer ronde “proto-identiteit” tot stand. De jongere is herkenbaar als zichzelf. In de periode tussen school en wereld is een van de belangrijke ontwikkelingsdoelen het vormen van een voor zichzelf beschrijfbaar en voor anderen herkenbare identiteit, dit in verhouding tot nieuwe (zelfgekozen en zich aanbiedende) relaties, nog niet steeds goed begrepen neuronale ‘hertuning’, en steeds meer zichzelf aansturen.

Identiteit is de psychosociale positionering t.a.v. het persoonlijk verleden en persoonlijk verhoopde en plannende toekomst, en dit binnen en t.a.v. de relationele, sociale en culturele context. Vaak wordt het beschreven als een verhaal dat een persoon schrijft

over zichzelf, en waarbinnen betekenis wordt verleend (binnen een breder sociaal gedragen verhaal van samenleving, cultuur, ...). *Dit veronderstelt adequate meta-cognitieve vaardigheden* (denken over het eigen intrapsychisch en gedragsmatig functioneren)—een bijzonder belangrijke en doorheen ontwikkeling te oefenen en te versterken vaardigheid. Beperkingen van welke aard dan ook in mogelijkheid of bereidheid om ‘over zichzelf te denken’ bepalen mee de mate van pro-socialiteit en morele zelfsturing.

**II.1.7** Identiteit is niet alleen maar individueel te begrijpen. Wanneer we spreken over een ‘good-enough’ ontwikkeling hebben we het niet over een eng-individuele spurt vooruit, of over een aantal mooi op te lijsten technische vaardigheden, maar over **de competente bereidheid om burgerschap op te nemen zonder de persoonlijke identiteit te moeten opgeven**.

We veronderstellen dat onder ‘good-enough’ omstandigheden een kind ontwikkelt tot een volwassene die zijn maatschappelijke rol kan opnemen én tezelfdertijd vanuit persoonlijke identiteit, binnen de maatschappelijke begrenzingen, eigen doelen na kan streven en hiermee een fundamenteel besef van persoonlijke vrijheid en levenskwaliteit creëert.

Deze *normgestuurde zelfsturing* is het verhoopte einddoel van een degelijke ontwikkeling zoals deze verondersteld wordt wanneer we het hebben over groei tot volwassenheid. Het is de veronderstelling onderliggend aan cognitief-sociaal leren in haar diverse uitingsvormen. Het is wat binnen de sociologie als de structure-agency transactie wordt genoemd: identiteit vooronderstelt een (sociale en fysische) begrenzing (structurering), en omgekeerd.

***Morele zelfsturing is het verhoopte einddoel van sociale en persoonlijke ontwikkeling.***

Wat hier inhoudelijk onder valt is enigszins cultureel specifiek (maar minder dan we vaak veronderstellen). Morele zelfsturing is het beoogde distale einddoel—en mogelijks de meest fundamentele westerse waarde—, waarvoor we een aantal proximale doelen moeten identificeren.

Adequate taalontwikkeling, basale beheersing van lezen, schrijven, rekenen, wereldoriëntatie waaronder geschiedenis en aardrijkskunde, en verbinding met morele regels en de eronder liggende zingevingsprocessen; een basaal zich in het lichaam voelen (waarbij muziek en beweging de gecombineerde behoeften van spelen én zingeving dienen), participatie in basale groepsprocessen die tijdelijke opschorting of modulatie van de eigen wensen vooronderstellen.

Deze proximale doelen dragen één voor één bij tot wat we ‘good-enough’ zelfregulatie en zelfcontrole noemen—disciplines gebruiken verschillende termen voor een set van deels

overlappende processen—executieve functies, regulatorische processen, zelfbeheersing, zelfcontrole, mentaliseren, ...

Opnieuw, géén enkel van deze processen is zomaar biologisch, zomaar psychisch, zomaar sociaal, zomaar maatschappelijk. Ze vooronderstellen deze in een ‘good-enough’ combinatie en dosering.

De grote aandacht voor kinderrechten is één indicatie van het belang van morele zelfsturing.

Aandacht voor kinderrechten veronderstelt belangrijke hechtingsfiguren die op constructieve wijze moreel opvoeden én een morele dialoog aangaan met de jongere (van kleins af aan). Ze leren (doorheen tonen, bespreken, motiveren, uitleggen, laten oefenen) hoe identiteit haar zeer eigen vorm krijgt in dialoog en afstemming met de wereld die ook regels en beperkingen oplegt. Hechtingsfiguren verhelderden, in de eerste plaats door het eigen voorbeeld, hoe redeneren met regels en beperkingen essentieel aspect is van persoonlijke vrijheid in balans met de rechten van anderen.

**II.1.8** Een menselijk organisme ontwikkelt zich van individu tot persoon in de veronderstelling dat alles, binnen de soms zwaar belaste dispositionele ontwikkelingsruimte, ‘goed-genoeg’ verloopt. **Ontwikkelingstrajecten zijn niet “ingesteld” op mislukkingen, afwijkingen en problemen.**

Deze “veronderstelling” is evolutiebiologisch, en genetisch gecodeerd. Wat we weten over evolutietheorie indiceert dat er een zeker vermogen is tot adaptatie aan veranderende omstandigheden, maar dat dit vermogen niet eindeloos is maar beperkt—het geconfronteerd worden met onvoorziene negatieve omstandigheden gebeurt best gedoseerd.

Dit is o.i. de fundamentele betekenis van de empirisch vastgestelde ‘dose-response’ relatie inzake tot stand komen van psychopathologie. De kans dat er een disfunctionele uitkomst tot stand komt, staat in een grotendeels additieve relatie tot de aanwezige risicofactoren voor deze negatieve uitkomst: hoe meer risicofactoren hoe groter de kans op problemen. We weten nog niet zeer veel over hoe risicofactoren onderling op elkaar inwerken, maar de aanhoudende moeilijkheid om protectieve factoren (in tegenstelling tot promotieve (positief ondersteunende) factoren) empirisch te identificeren, signaleert — opnieuw — dat menselijke organismes zijn ‘gecodeerd’ in de veronderstelling dat het ontwikkelingstraject ‘normatief’ verloopt.

Organismes verschillen van elkaar in hoe ze ‘adverse conditions’ aankunnen en hanteren. Naarmate hun biologisch meegekregen competenties en/of potentialiteiten kleiner, of hun kwetsbaarheden groter zijn, zijn minder externe risicofactoren nodig om tot disfunctioneren te leiden. Organismes variëren dus in termen van hun beschikbare ontwikkelingsruimte, én in termen van hun flexibiliteit in het moduleren van deze ruimte. Maar deze elasticiteit is *altijd* beperkt.

Dit toont zich ook t.a.v. veerkracht (resilience). Onderzoek impliceert dat resilience vooronderstelt dat er doorheen de ontwikkeling reeds ‘islands of reliability’ tot stand

zijn gekomen: succesvol afgeronde ontwikkelingstaken, verworven (of inherent meegekregen) competenties die kunnen worden ingezet om ernstige tegenslagen het hoofd te bieden; en dat er ook bij veerkrachtige kinderen een (vaak emotionele of sociale) kostprijs voor de veerkracht te betalen is. Recente inzichten wijzen ook terug op het belang om veerkracht te zien als een concept dat mee beïnvloed wordt door zowel individuele als contextuele factoren.

Bewaken van adequate ontwikkelingstrajecten houdt in dat gewaakt wordt voor een cumulatie van risicofactoren, en voor een haalbare dosering in functie van biologische draagkracht en zich ontwikkelende veerkracht, met opvoedende aandacht t.a.v. vertraging, hapering, afwijking of blokkering van deze ontwikkelingstrajecten. Zorg dragen voor ontwikkelingstrajecten is in de allereerste plaats inzetten op hoe het ‘goed genoeg’ kan verlopen. Zorg dragen is positief constructief (en niet zomaar preventief) geïntendeerd.

## **II.2 Wat impliceert dit voor optimale jeugdzorg, het maatschappelijk faciliteren en ondersteunen van ontwikkelingstrajecten?**

Werkzame zorg voor jongeren start, gezien voorgaande premissen, bij conceptie (en dus ook bij aandacht voor ouders en hun levenscontext) en wordt gezien de wetenschappelijke stand van zaken waarschijnlijk beter niet langer zorg genoemd maar *facilitatie -en ondersteuning van ontwikkelingstrajecten*.

Het meest impactvolle, en op termijn sociaal meest spaarzame faciliteren en ondersteunen gebeurt zo vroeg mogelijk en heeft als eerste en meest fundamentele finaliteit het mogelijk maken van voldoende degelijke hechtingsrelaties in buurten met hechtingsruimte en draagkracht, gericht op het minimaliseren van de kans op cumulatieve risico's die op ontwikkelingstrajecten negatief kunnen ingrijpen. Pas daar kan sociaal leren waardenvol plaats krijgen.

**Het zijn boutades maar wetenschappelijke waarheden:** ouders moeten ruimte krijgen om de baby te ontvangen, moeten ruimte krijgen om te voeden, te stimuleren, en te socialiseren. Baby's moeten kunnen slapen en spelen. Buurten moeten veilig genoeg zijn om kinderen te laten bewegen. Omgevingen moeten verdraagzaam genoeg zijn om kindergejoel normaal te vinden. Opvang en scholen moeten niet alleen betaalbaar zijn, ze moeten plaats krijgen waar ouders ook zonder overdreven verplaatsingstijd -en kost kunnen geraken. Kleuterklassen moeten gezonde begrenzingen op groeps groottes hanteren. Lagere schoolklassen moeten voor leerkrachten hanteerbaar zijn om gepast te individualiseren zonder te stigmatiseren, en om rustig morele zelfsturing te beginnen tonen en uit te dragen. Secundaire scholen moeten meer bezig zijn met ontwikkelen en leren en burgerschap, dan met instroom op de arbeidsmarkt zoals die zich hier-en-nu



toevallig in nood acht. Ze moeten zich bevinden op plaatsen waar kinderen zichzelf herkennen en rust blijven ervaren, en ontwikkelingstaken kunnen oefenen en zich deze eigen maken.

Ze moeten ouders en belangrijke volwassenen ontmoeten die niet zo gestresseerd en gefrustreerd zijn dat ze niet langer een moreel-socialiserende rol kunnen spelen, het gesprek (in diverse vormen) over morele zelfsturing en burgerschap kunnen voeren, en constructief-verdraagzaam kunnen zijn voor wat niet echt, niet helemaal loopt zoals ze het zich gedroomd of gewenst hadden.

Ze moeten voorgeleefd worden dat “vrije meningsuiting werkt als die hand in hand gaat met een respectvol gevoel voor verantwoordelijkheid” en dat “vrijheid grenzen kent en niet betekent dat je alles kunt doen wat volgens jou hoort en iedereen die je in de weg loopt opzij mag duwen”.

Faciliteren en ondersteunen van ontwikkelingstrajecten—zeker wanneer die een extra duw, bijkomende steun of toenemende maatschappelijke aandacht zullen vragen—moet in het hierboven zeer fragmentarisch beschreven gebeuren plaatsvinden—indien niet dan is de start al ongelukkig tot belemmerend, eerder dan faciliterend.

Het faciliteren en ondersteunen van ontwikkelingstrajecten kan zich niet richten op minder ‘conventionele’ aspecten van ouders of buurten (hun minder conventioneel zijn weerhoudt hen niet om goede hechting en socialisatie te willen en kunnen realiseren) maar op de individuele ontwikkelingstrajecten zelf.

Het is in onze samenleving onmogelijk om, naast ouders en gezin zelf, de ongelooflijk cruciale rol van scholen hierbij te onderschatten. Scholen, van kleuter naar lagere naar secundaire school, moeten antennes hebben die respectvol maar attent kunnen (en dus durven en willen) aanspreken als er mogelijk is tot zeker meer aandacht nodig is. Ze horen leer- en ontwikkelingsoases te zijn.

Bovenstaande, uit noodzaak zeer algemene maar daarom niet minder prangende opsomming illustreert het veranderingsproces dat zal moeten worden doorgevoerd indien we de kans op een aanhoudende stroom van zogenaamde ‘jongeren met een complexe problematiek die handelingsverlegenheid installeren’ zo laag mogelijk willen houden.

Ouders, familie, scholen, buurten. Zonder hun ‘goed-genoege’ functioneren om vanaf het prille begin degelijke hechtingsrelaties te vormen, in te bedden, en jongeren sociaal-lerend te laten ontwikkelen tot morele zelfsturing, komen ontwikkelingstrajecten onder druk te staan.

### III. Een operationele definitie van ‘jongeren met complexe problematiek’.

De Contourennota (2014) beschrijft ‘complex’ als volgt:

*adolescenten met veelvoudige en complexe problemen, die zich manifesteren in onder meer extreme gedragsproblemen, agressie, geweldpleging of internaliserende problemen die fysiek autodestructief zijn, veelal in een combinatie van verstandelijke beperkingen, psychiatrische problemen en een ontoereikende gezinscontext.*

*In deze aandachtsgroep worden de actoren die er mee aan de slag gaan (op het vlak van hulpverlening, jeugdbescherming en jeugdsanctie) geconfronteerd met onmacht, handelingsverlegenheid en een gebrek aan effectieve instrumenten of werkvormen. Deze actoren botsen op de grenzen van hun mogelijkheden, omwille van de combinatie van een aantal factoren. We sommen er een aantal op:*

*Chronische en moeilijk te keren problemen bij de jongeren en/of de context;*

*extreem zware zorgbehoeften;*

*de afwezigheid van een toekomstperspectief;*

*een persisterend gebrek aan motivatie en hanteerbaarheid van de jongeren en/of de context;*

*dilemma's en noden inzake onveiligheid en beveiliging van de jongere en/of de samenleving.*

Woordkeuzes in definities zijn belangrijk. Noteer in bovenstaande omschrijving bv. dat hulpverleners *geconfronteerd* worden met iets. Het overkomt hen; ze zijn niet zozeer aspect van het probleem, maar ondergaan het. Maar hoe kan iemand met onmacht *geconfronteerd* worden, of met handelingsverlegenheid? De termen zelf indiceren een relationele gegevenheid, terwijl de definitie enkel expliciteert wat aan de kant van de jongere veroorzakend is.

Noteer ook dat na een eerste beschrijving van de kenmerken van deze jongeren die voor hulpverleners confronterend zijn, er factoren worden opgesomd die de onmacht en handelingsverlegenheid moeten verklaren; en dat deze in essentie equivalent zijn aan de eerste beschrijving; en dan ook niet verklaren zodat we handvatten zouden hebben om het probleem aan te pakken. Er zijn ‘complexe jongeren’ die hulpverleners met onmacht en handelingsverlegenheid confronteren, omdat ze complex zijn en onmacht installeren. Het begint en eindigt met de jongeren zelf. Natuurlijk impliceert onmacht en handelingsverlegenheid ook iets aan de zijde van de hulpverlener, maar de definitie expliciteert net dit niet.

Noteer ook hoe ‘onder meer’ veel opties openhoudt, maar wel (auto-)agressie het essentieel kenmerk maakt.

We denken niet dat de eerste drie kenmerken van de opsomming echt cruciaal zijn.

Bijvoorbeeld: terminale kanker is niet te keren, kan zware zorgbehoeften installeren, en biedt geen toekomstperspectief, maar deze factoren sluiten hulpverlening niet uit. Autismespectrumstoornis is niet te keren, toont geen te verbeteren toekomstperspectief, genereert vaak zeer zware en complexe zorgbehoeften ... maar toch leidt het niet (per se) tot deze handelingsverlegenheid (wel tot erkenning dat er een intensieve maar vooral *specifieke* zorgaanpak nodig is, en dat inzetten op kwaliteit van leven zinvol is). Een diepe verstandelijke handicap brengt zeer zware zorgbehoeften met zich mee en biedt geen toekomstperspectief gericht op verbetering, maar installeert specifieke zorg en ondersteuning, op zich opnieuw geen handelingsverlegenheid.

Afwezigheid van een toekomstperspectief zegt in het algemeen minder iets over de jongere op zich, maar veel over wat de omgeving biedt en/of bereid is te bieden en waar de jongere zich toe moet verhouden (het is in die zin een synoniem voor 'handelingsverlegenheid'). Het heeft in belangrijke mate te maken met hoe de samenleving zich t.a.v. variabiliteit in ontwikkelingstrajecten verhoudt (en dus ook welke handelingsopties van/voor de jongere al dan niet *écht* haalbaar zijn).

Wat de 'onmacht' precies is, wordt in de definitie niet geconcretiseerd, ook al kunnen we veronderstellen dat hier een cruciaal aspect van het probleem ligt, meer misschien dan de focus op extreme agressie kan doen vermoeden.

Het ligt klinisch inderdaad voor de hand om het centrale beschrijvende kenmerk van 'jongeren met complexe problematiek' te definiëren als 'extreme (auto-)agressie'. Extreem betekent dan o.a.: manifeste aanhoudende dreiging op fysiek geweld; herhaald fysiek geweld ... D.w.z., er is een repetitiviteit die de zorgverstrekker geen adempauze laat; het probleem is een acute en/of aanhoudende (ervaren) aanval op de fysieke en psychische integriteit (en dus bij implicatie op het professioneel functioneren).

Er zijn echter problemen bij het zomaar centraal stellen van agressiviteit (en haar diverse uitingen).

- (a) Agressiviteit en agressie zijn psychologisch normatief en gezond (zij het sterk gesocialiseerd). Het is een belangrijk aspect van functioneren in de periode 1-3 jaar, wordt zeer sterk gesocialiseerd, maar wordt in elke samenleving ook hertaald naar aanvaardbare vormen van agressiviteit en agressie eerder dan het (volledig) wegzuiveren ervan (banale maar sprekende voorbeelden zijn economische competitiviteit, sport, investeren in relatieve status ...).
- (b) Agressiviteit is steeds een signaal dat de als agressief beschreven persoon de situatie waarin hij zich bevindt ervaart en/of interpreteert als een hinderpaal bij het realiseren van zijn of haar doelen. Het is met andere woorden *stéeds* gemotiveerd/doelgericht, en vaak ook moreel van aard (in functie van wat de persoon 'rechtvaardig' acht). Agressiviteit communiceert iets. Eerder dan ook

wetenschappelijk complexe opdelingen tussen instrumentele en affectieve agressie, of tussen reflexmatige en intentionele agressie te maken, is het vooral steeds van belang te beseffen dat agressie steeds een behoefte, een doel, vooronderstelt.

- (c) Centraal stellen van agressie houdt bovendien het methodisch probleem in dat de inschatting van de mate en ernst van agressiviteit en agressie ook zeer sterk ‘in the eye of the beholder’ liggen—het is mee interpretatie van handelen door derden, geen intrinsiek kenmerk van een individueel persoon.

Hoe moeilijk misschien ook te aanvaarden, maar (a) betekent dat de agressieve jongere dingen belangrijk vindt, én zich niet van de wereld terugtrekt maar er nog steeds een (zij het gefrustreerde) relatie mee heeft. Dat er m.a.w. levenslust is.

Aangezien er geen enkele evidentie is dat deze ‘complexe jongeren’ andere doelen nastreven dan andere jongeren, impliceert (b) dat chronische agressiviteit voor de zorgverstreker moeten signaleren dat de cliënt meent (al dan niet intentioneel) dat hij/zij op geen enkele andere manier zijn of haar behoeften kan vervullen of doelen kan realiseren, en/of zich fundamenteel (“tot in de kern van zijn wezen”) onrechtmatig behandeld meent. Volgehouden agressiviteit zou voor de zorgverstreker m.a.w. moeten betekenen dat de jongere **zichzelf extreem poneert** in de (ijdele) hoop dat op deze manier, *de enige nog overgebleven manier*, zijn doel gerealiseerd zal worden.

Dit zou daarom telkens de diagnostische vraag op tafel moeten leggen: wat “wil” de jongere eigenlijk bereiken, wat communiceert dit handelen, wat heeft hij/zij nodig? Het agressieve gedrag is vertolking van onwelbevinden, en/of van nood (bv. aan verbinding, veiligheid, competentie, autonomie, zingeving ...). Het antwoord op de vraag wat gewild wordt of nodig is, typeert de jongere meer dan het feit dat hij agressie stelt.

(b) en (c) impliceren tenslotte dat focussen op agressie per definitie de hulpverlener in de vergelijking binnenbrengt.

Instellen van autonomie door zichzelf extreem te poneren, ook in een hulpverleningsrelatie, zet de eigenheid van de zorgrelatie onder druk — de cliënt communiceert in de interactie met de hulpverlener dat hij wel alleen zal beslissen (niet de hulpverlener), dat de hulpverlener obstakel is eerder dan hulp, en dat dialoog geen optie is.

Extreme agressiviteit en agressie horen binnen een hulpverleningscontext daarom best bekeken te worden als extreme weerstand t.a.v. ervaren inbreuken op de persoonlijke autonomie (reactance), waarbij deze fundamentele weerstand van enkelvoudig (t.a.v. een specifiek aspect van de hulpverlening) tot universeel kan variëren. De agressiviteit van ‘complexe jongeren’ situeert zich dan waarschijnlijk aan het ‘universele eindpunt’. Maar voor de hulpverlener is de betekenis van dergelijke volgehouden agressie het signaal dat de werkrelatie niet aanvaard wordt (of ‘erger nog’, als destructief wordt ervaren).

Het hoeft daarom niet te verbazen dat zorgverstrekkers het gevoel krijgen dat niets werkt, dat het gevaarlijk is om hulp aan te bieden, dat ze er als hulpverlener écht alleen voor staan (zelfs de cliënt doet niet mee).

Het rendeert om het onderscheid te maken tussen autonomie en ‘self-endorsed functioning’ (in essentie equivalent aan morele zelfsturing). Het tweede betekent dat een persoon in staat én bereid is om, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van een situatie, prosociale doelen na te streven en te realiseren. Autonomie is het zoeken in stellen van de persoonlijke onafhankelijkheid (en wetgevendheid), maar zonder de balancerings met externe (sociale, structurele) beperkingen zoals dit inherent aanwezig is bij morele zelfsturing.

***Extreme (auto-)agressie poneert (extreme) autonomie, en is in zekere zin het psychosociale negatief van morele zelfsturing.***

De werkgroep vond bijzonder weinig (tot geen) empirisch onderzoek of gegevensmateriaal dat kan helpen om het algemene fenomeen in kaart te krijgen en om van daar uit bij te dragen tot betere aflijning. Raadpleging van verslagen over vermoedelijk cruciale projecten biedt evenmin veel zicht op de specifieke aard van de aanwezige problematiek.

Wat veroorzaakt, draagt bij tot, het extreem centraal stellen van één basisbehoefte ten koste van andere? Wat speelt mee in het zich onbereikbaar stellen of onbereikbaar blijken voor zorg? Wat is, met andere woorden, de betekenis die deze **individuele** jongeren communiceren in, met, en doorheen hun handelen?

Bekeken vanuit een categoriaal<sup>4</sup> perspectief, zijn de problematieken die alvast méé aanwezig zijn waarschijnlijk eerder beperkt. Bekeken vanuit dimensioneel perspectief kunnen we vanuit modellen over agressie (zie referenties) toetsbare hypotheses formuleren. Categoriele diagnostiek draagt echter niet bij om de ‘betekenis’ van het probleem te vatten, ook al kan het bijdragen tot een antwoord op de vraag *hoe* ‘toegangspoorten’ gevonden kunnen worden. Dimensionele of transdiagnostische diagnostiek is een krachtig perspectief om onderliggende veroorzaking in kaart te brengen en interventies te selecteren, maar draagt op zich niet bij tot het openen van de deuren tot contact (zie ook verderop).

De werkgroep begrijpt echter ook dat binnen de logica van de huidige administratieve beregeling van de jeugdzorg (maar zie sectie IV), formele labeling noodzakelijk geacht wordt, en dat minstens een voorstel van definitie hier-en-nu *pragmatisch* relevant is.

Op basis van de beschikbare empirische beschrijvingen, het luisteren naar praktijkdeskundigen, en de relevante wetenschappelijke literatuur:

- een deel van deze jongeren zullen structureel (dispositioneel) zeer moeilijk bereikbaar zijn:

---

<sup>4</sup> De werkgroep hanteert doorheen het rapport o.a. de DSM terminologie voor categoriale diagnostiek. Het staat de lezer die liever een ander kader gebruikt, vrij om dezelfde fenomenen te benoemen in de eigen terminologie, zolang deze vertaling maar naar dezelfde inhoud verwijst.

- Jongeren met autismespectrumstoornis hebben ook basisbehoeften maar missen inherent gedifferentieerde communicatiekanalen en cognitieve vaardigheden om de wereld te begrijpen (ook al wordt deze vaak zeer intens gevoeld) of zijn sensorieel zo overprikkelbaar dat irritatie hen overspoelt.
  - Jongeren op een psychopatisch ontwikkelingstraject begrijpen de wereld maar voelen het niet, en zijn zeer moeilijk aanspreekbaar op het belang van eerst externe en daarna interne beregeling van handelen. Verstandelijke beperking of net hoogbegaafdheid zijn dan verzwarende factoren.
  - diepe verstandelijke beperking limiteert o.a. de mogelijkheid tot gesocialiseerd communiceren van behoeften en gesocialiseerd uiten van ongenoegen en frustratie.
- We vermoeden echter, mee op basis van de gesprekken met experts, dat *in de beleving van hulpverleners* het (klinische) prototype van dergelijke jongere iemand is die doorheen de ‘volledige’ ontwikkeling geleerd heeft dat niemand te vertrouwen is, en dat het massaal instellen van de eigen afgrenzing en wetgevendheid de enige ‘persoonlijke’ optie is. De (recente) categoriale term die dit beeld het beste benadert is “**Developmental Trauma Disorder**”. Deze jongeren zijn structureel zo diepgaand getraumatiseerd dat instellen van autonomie tot het absolute eindpunt wordt geduwd. We kunnen dit bij wijze van spreken aanduiden als een *externaliserende* tendens tot autocratie.

Het benoemen van deze categoriale labels in de context van de hier behandelde problematiek is echter niet zonder problemen, zowel administratief als wetenschappelijk-klinisch.

De term ‘autismespectrum’ riskeert bv. een inflatie van diagnoses voor personen die eigenaardig (moeilijk begrijpelijk) gedrag stellen, indien de hulpverlener/diagnosticus niet rigoureuus rekening houdt met het feit dat gedrag door multiple veroorzakende processen kan worden bepaald (bv., inadequate sociale vaardigheden kunnen bepaald worden door een veelheid aan factoren). Suggesties voor subtyperingen zoals ‘multiple complex developmental disorder’ of ‘pathological demand avoidance’ indiceren ook de instabiliteit van de term ‘autismespectrum’. Meer in het bijzonder is de relatie tussen autisme en (relationeel) geweld wetenschappelijk onvoldoende sterk.

Een gelijkaardig verhaal kan én moet gemaakt worden inzake de term psychopathie. Het is allereerst niet vanzelfsprekend om een diagnose psychopathie (of in de keuze van de DSM-V, een normoverschrijdende gedragsstoornis met specificatie ‘met beperkte prosociale emoties’) op zeer vroege leeftijd te kunnen stellen, ook al is de evidentie voor vroege ontwikkelingsvoorlopers sterk. De ontwikkelingsstabiliteit van psychopate kenmerken van kindsaf tot volwassenheid is groot maar duidelijk niet zo groot dat een diagnose op bv. 7 jarige leeftijd ook stevast impliceert dat de diagnose op volwassen leeftijd gegeven kan worden. Ook hier is een tendens tot inflatoir toekennen van diagnoses omwille van bv. extreem normoverschrijdend handelen een herkenbaar risico.

Wat met extreme **auto-destructiviteit**? We kunnen extreme auto-destructiviteit in principe definiëren als de “internaliserende” variant van deze maligne traumatisering. Het eigen lichaam, het eigen zijn, wordt gebruikt om te communiceren dat dit het enige kanaal is via dewelke de jongere de eigen identiteit als ‘van-zichzelf’ ten overstaande van de anderen kan poneren.

Het probleem met het moeten omgaan met dergelijke extreem auto-destructieve jongeren is echter van een fundamenteel andere orde dan deze van extreem destructieve jongeren. Het botst minder op de wetenschappelijke vraag van hoe zorg aan te bieden wanneer elke relatie met een betekenisvolle andere wordt geweigerd maar de wereld niet wordt losgelaten, dan op het morele én klinische probleem of zorg bieden (nog) mag bij iemand die aangeeft haar/zijn leven te weigeren, of zo ver gedreven te zijn dat het leven als enige nog herkende middel wordt ingezet om autocratie te realiseren.

Wanneer hulpverleners (regelmatig) geconfronteerd worden met ernstig zelfverwondend gedrag of zelfmoord(pogingen) komt hun professionele attitude en competentie onder zware druk te staan door de menselijke wens en neiging om via controle en beveiliging de mogelijkheid-tot te minimaliseren. Bij jongeren met een bijzonder sterke autonomiedrang werkt dit echter contradictorisch—hoe meer controle, hoe meer de autonomiedrang wordt verscherpt.

De handelingsverlegenheid die zich hier kan installeren is vanuit meerdere perspectieven paradoxaal en bijzonder confronterend. Deze vorm van autonomie botst met de veronderstelde klinische noodzaak om in de plaats van de jongere te controleren (te bepalen wat belang heeft door zorg aan te bieden). Hoe kunnen we uitmaken of deze ultieme wens tot zelfbeschikking “redelijk” is? Hoe gaan we om met de paradoxale communicatie dat het instellen van autonomie en identiteit zo belangrijk is (en zo onmogelijk) dat het enkel nog via zelfpijniging of zelfdoding kan worden geponeerd? Hoe diep moet de ervaring wel zijn van gedevalueerd worden, niet-verbonden zijn, en hoe dehumaniserend de ervaren onverschilligheid t.a.v. de cumulatie van verlies, dat autodestructie de enige ervaren optie is om de eigen waarde in te stellen?

Voor de hulpverlener kan dit niet anders dan categorisch anders zijn dan omgaan met chronisch destructief geweld, en confronterend t.a.v. eigen identiteit, zelfwaarde, en wereldbeeld (inclusief vanuit de perceptie dat jongeren hun lichaam gebruiken om ‘te manipuleren’).

Ook de wetgever heeft zich hier zelf in een paradoxale situatie vastgezet. Jongeren worden steeds meer verondersteld vanaf 12 jaar betekenisvolle volwassen beslissingen te kunnen én moeten nemen; ze worden verondersteld vanaf 12 jaar individueel gesanctioneerd te kunnen worden waarbij het volwassen strafrecht als expliciet sjabloon is gekozen om met deze jongeren om te gaan — dit tegen elke sociaal-wetenschappelijke, gedragswetenschappelijke, én neurobiologische evidentie, én tegen elke morele logica in. Anderzijds worden ze verondersteld de keuzes die we als volwassenen liever in hun plaats nemen, niet te kunnen of te mogen nemen.

Welke argumenten heeft een hulpverlener in deze maatschappelijke, én juridisch gecodificeerde, situatie nog om tegen een jongere, die meent dat het leven het niet waard is om geleefd te worden (in dit geval omdat de volwassenen een structurele traumatisering hebben gerealiseerd), te stellen dat ‘dit’ niet mag? Hoe sterk staat de hulpverlener nog die wil (of moet) aangeven dat deze extreem-negatieve ervaring waarschijnlijk slechts tijdelijk is, terwijl de suïcide onomkeerbaar is, en dat dus er *samen* niet opgegeven zal worden?

Deze laatste observatie laat toe om de exclusieve focus op wat de jongere met zich meebrengt en van daaruit handelt, te verlaten, en ook de vraag te stellen wat de hulpverlener met zich meebrengt en van daaruit handelt?

Allereerst, dit zijn vragen die hulpverlening niet graag stelt. En ook vragen die de werkgroep niet graag stelt: we willen en kunnen het niet maken de individuele hulpverlener in het vizier te nemen; we kunnen niet ook bijdragen tot verhogen van moedeloosheid en hopeloosheid; we kunnen niet zeggen “we doen het hier zelf ook niet goed”. Of omgekeerd, en paradoxaal: uitspreken dat hulpverleners het soms/vaak niet goed genoeg doen, zal bijdragen tot versneld en versterkt verrechtvaardigen dat “we het toch niet kunnen (bij deze jongeren), dat we niet de goede zorg voor deze jongere zijn”. Maar alles in het lezen en spreken over ‘complexe jongeren’ maakt duidelijk dat het probleem een **relationeel probleem** is. Binnen de What Works benadering wordt de vaak onvoldoende scherp begrepen term ‘responsiviteit’ gebruikt (zie IV.2). Hoe we werkzame zorg gericht op professioneel geïdentificeerde behandeldoelen aanbieden is per definitie een interactie tussen kenmerken van de cliënt, kenmerken van de behandelsetting, en kenmerken van de behandelaar, en speelt zich af binnen de relatie tussen de drie polen. De werkrelatie kan niet gereduceerd worden tot een van de 3 polen.

Dus, wat veroorzaakt bij de hulpverlener onmacht? Wat veroorzaakt handelingsverlegenheid, handelingsangst, handelingsweigering? Bovenstaande beschrijving legde al een verband tussen specifiek functioneren van de jongere en wat dit voor een hulpverlener moet betekenen. Maar hoe kunnen we dit verdiepen?

*In eerste fase* onderkent de werkgroep dat de hulpverlener niet alleen een relatie met een cliënt heeft, maar ook met een samenleving die zorg en behandeling moet toelaten en mogelijk maken. Hulpverleners hebben nood aan een achterban die haar interventies toelaat. Maar de wereld lijkt meer en meer op zichzelf terug te plooiën, het aangeven van positieve richting los te laten, en vooral ook veel processen te installeren die niet langer door de hulpverlening gecontroleerd worden (zoals o.a. sociale media die bijvoorbeeld een roep tot zelfverwonding of agressie kunnen aanzwengelen).

De samenleving individualiseert en fragmenteert. Ze houdt het streven voor naar ‘ideale zelfverwezenlijking’ van elk individu (niet alleen voor elke jongere maar ook voor elke zorgverlener). Ook zorgverleners ‘moeten’ dus de perfectie nastreven: in hun eigen



gezin, in hun vrijetijd, met hun partner, met hun kinderen én in combinatie met een ‘droomjob’. De zorgverlener moet dus tegelijk afgrenzen (om de work-life balans in evenwicht te krijgen) en toch overal perfecte controle nastreven (ook nog eens met de hete adem van de op procesbeheersing ingestelde administratieve kwaliteitscontroles en inspecties in de nek). Met jongeren die hen met hun handelen een spiegel voorhouden en/of steeds verder in opbod gaan, en ouders die zich onmachtig verklaren en verwachten dat de hulpverlener opvoeder-tovenaar en politie-agent is, leidt dit bijna als vanzelf tot afhaken en burn-out.

Soms lijkt het alsof deze dynamieken zelfs actief worden aangestuurd. Hoe meer dit proces zich verderzet, hoe meer controledrang en zelfbescherming (als spiegelbeeld van risico-denken) het van matigheid en redelijkheid halen; hoe meer dwang een organisatie meent zichzelf te moeten opleggen, hoe groter de autonomiedrang van de jongere zonder basisvertrouwen.

Ook het rechten-perspectief heeft hier niet steeds een positieve impact op—wanneer alles sluitend én gesloten juridisch beregeld wordt is er geen ruimte meer voor therapeutisch en professioneel discretionair redeneren en handelen.

*Maar in tweede fase* is het ook weer te gemakkelijk om verantwoordelijkheid alleen maar bij de samenleving te leggen.

Ook de hulpverlener zelf individualiseert en biedt geen tegenkracht (meer). De zichzelf versterkende beleving van permanent in crisismodus te opereren demotiveert, zorgt voor zelfbeschermende reflexen, en loslaten van behandelingsengagement. Het is ook de hulpverlener—als persoon en als professional—die op verschillende manieren op zichzelf terugplooit, en handelingsperspectieven niet (langer) ziet of wenselijk acht.

Er moeten hier moeilijke thema's worden aangesneden, waar we verder op terugkeren.

- De blijvende weerstand van de hulpverlening om de volle betekenis en noodzaak van ‘handelingsplan’, diagnostiek, en inhoudelijke bijsturing (dus permanente (zelf)evaluatie) onder ogen te zien, is er een van. Er wordt té vaak, te volgehouden gehandeld zonder vooraf te hebben onderzocht wat “het probleem” is (meer, of er eigenlijk een probleem is) (zie o.a. IV.6).

- de blijvende weerstand van de hulpverlening voor protocollering van zorg (professionalisering naar methodisch gestructureerde zorg) is er een andere. Doordachte, empirisch gevalideerde interventies vinden geen ruimte omdat men blijft poneren dat protocollering per definitie de-individualiserend is, de flexibiliteit van de individuele hulpverlening fnuikt, de cliënt reduceert tot een dossier. Er is een vaak radicale weigering om robuuste kennis te gebruiken, en werkzame methodieken correct en integer uit te voeren. Ook hier is de metafoor van de lawine toepasselijk. De hulpverlener acht zichzelf actor en methodiek in één, denkt snel en klinisch ongestructureerd te kunnen handelen .... tot de problematiek overweldigend aangerold komt, en niets anders overblijft dan de roep dat iemand anders het probleem zal moeten oplossen.

Samenvattend: in een variëteit aan veroorzakende processen (die zich in stoornissen kunnen vertalen), lijkt het ons dat een concept als **developmental trauma disorder (DTD)** een overkoepelende term kan zijn om het prototype ‘complexe jongere’ aan te duiden, en in de hier-en-nu empirie en administratieve vraag een belangrijke subgroep af te lijnen. Tezelfdertijd blijft het essentieel aan te geven dat kiezen voor een ‘label’ eerder dan voor de bepleite transactionele diagnostiek gericht op het begrijpen van individuele ontwikkelingstrajecten, enkel een korte-termijn oplossing is die administratie laten primeren op inhoud van zorg (zie IV.1), en dat ook een term zoals DTD niet zonder problemen is. We zullen in vervolg van de tekst vooral spreken over geblokkeerde ontwikkelingstrajecten.

Maar zoals de hiermee verbonden extreme individualisering op niveau van de jongere en de volwassenen die hem/haar omringen, spelen zich op de andere polen – hulpverlener, samenleving – al met al gelijkaardige processen af. Ook de hulpverlener geraakt getraumatiseerd. Ook de samenleving die zou moeten dragen, is verarmd.

Eindresultaat is dat angst en controle het overnemen van gastvrijheid en zorg.

## IV. Zorgorganisatorische premissen

Vooraf enkele afspraken inzake terminologie. In lijn met sectie II spreken we over **ontwikkelingstrajecten** (van jongeren binnen hun socio-spatiaal ingebedde hechtingscontext), over vertraagde, stilstaande, belemmerde, blokkerende tot geblokkeerde ontwikkelingstrajecten die soms moeten overgaan in **maatschappelijk ondersteunde ontwikkelingstrajecten** (en niet over zorgtrajecten). Om discussie te vermijden: ‘ontwikkelingstraject’ is afkorting van ‘ontwikkelingstraject van een jongere binnen een sociale context’.

We gebruiken de termen ‘**jeugdzorg**’ en ‘**jeugdzorgorganisatie**’ voor het geheel van diensten die nu betrokken zijn op zorg voor jongeren, en in de hier gehanteerde terminologie ontwikkelingstrajecten faciliteren en ondersteunen; sector in de gebruikelijke betekenis. Wanneer we het over de individuele zorgaanbieder hebben, zullen we de termen **setting**, **instelling**, **dienst** door elkaar gebruiken.

Deze sectie heeft betrekking op de jeugdzorgorganisatie. De werkgroep doet noch impliceert evaluatie van concrete, specifieke instellingen, in besef dat bij elke geformuleerde analyse ook instellingen te identificeren zijn die zich hier niet door aangesproken hoeven te weten.

Noteer eveneens dat spreken over het (dis)functioneren van de jeugdzorg zeer weinig zegt over de concrete personen die er in werkzaam zijn. Wanneer we menen dat een analyse vooral betrekking heeft op de personen die in de jeugdzorg werken, gebruiken we de term **hulpverlener** (en verderop ook behandelaar).

Wat volgt heeft te maken met jeugdzorg als organisatie, met settings als onderdelen van de jeugdzorg.

### IV.1 Organisatie van zorg heeft als systeem structurele en functionele aspecten.

Structuur betreft de onderdelen (en hun onderdelen) binnen een organisatie, en hun formele kenmerken. Functie betreft de wijze waarop de onderdelen werk afleveren (intern procesmatig functioneren), en hoe hun werking mee bepaald wordt door de functionaliteiten van andere onderdelen (d.w.z., door onderlinge procesmatige relaties die hun inhoudelijke positionering in de organisatie bepalen en besturen). We benoemen de eerste soort functionaliteit als een programma (bestaande uit een of meerdere interventies) dat door de setting wordt uitgevoerd (zie IV.2).

Functionaliteit is *intrinsiek verbonden (en in fundamentele zin synoniem) met de finaliteit (finaliteiten) van een organisatie* (of onderling geschakelde onderdelen ervan).

Hoe de structuur van een systeem geconfigureerd is bepaalt de druk die er op kwaliteit van functionering ligt. We zouden kunnen zeggen dat complexe structurering de lat voor realiseren van functionaliteit verhoogt. Er is als het ware een omgekeerde U-relatie tussen beide: *hoe complexer de structuur, hoe moeilijker het wordt om functionaliteit te optimaliseren; maar indien er weinig structuur aanwezig is, wordt het zwaartepunt eveneens op intern/relatieve functionele aspecten van de organisatie gelegd.*

Wat moet een organisatie, die ontwikkelingstrajecten wil helpen ondersteunen en faciliteren, realiseren?

Afgeleid vanuit II.1.7, moet het algemeen doel zijn 'realiseren van morele zelfsturing' doorheen een individueel ontwikkelingstraject dat de leeftijdsgebonden stappen ernaartoe respecteert, zodat de persoon gegeven én binnen de grenzen van de dispositionele en historische mogelijkheden, zijn/haar potentieel kan realiseren (gepast voor de ontwikkelingsleeftijd, trauma-sensitief en binnen de grenzen van de sociale realiteit). Specifieke (sub)doelen moeten expliciet gerelateerd zijn aan deze algemene finaliteit. Het besluit van sectie II illustreert, in zeer algemene termen, welke subdoelen gerealiseerd moeten zijn om een optimaal niveau van morele zelfsturing te bereiken.

De vraag *waar, hoe en in welke mate* zorgorganisatie disfunctioneert (de basispremissie bij het nadenken over geblokkeerde ontwikkelingstrajecten) start hier: hoe zit het met de structurele en functionele aspecten van jeugdzorg in relatie tot het realiseren van dit einddoel?

De werkgroep moet allereerst vaststellen dat de jeugdzorgorganisatie bijzonder complex is, en dit niet zozeer omdat er meerdere sectoren zijn met elk hun eigen logica (ook al is het evident dat er ernstige functionele problemen zijn in hoe de sectoren op elkaar klikken); maar ook omdat de individuele sectoren intern zelf zo complex zijn.

Er zijn 6 relevante sectoren: jongerenwelzijn, VAPH, onderwijs (CLB), geestelijke gezondheidszorg (GGZ en CAR), K&G, algemeen welzijnswerk. Vijf sectoren vallen volledig onder Vlaamse bevoegdheid, terwijl de GGZ zowel onder Vlaamse (de centra GGZ, de (ambulante) revalidatiecentra) als onder Federale bevoegdheid (de K-diensten, de privaat gevestigde psychiaters en psychologen) valt.

Het móét blijvend verbazing wekken dat er zo veel te doen is rond problemen inzake intersectorale samenwerking in besef dat 5 van deze structuren op zich zo dicht bij elkaar zouden moeten kunnen staan (want behorend tot eenzelfde bevoegdheid). Dat er 'sectoren' zijn is in appreciatie van de werkgroep waarschijnlijk administratief niet gemakkelijk te vermijden. Er zullen altijd 'schotten' zijn tussen administratieve diensten die verschillende taken uitvoeren. Indien het zorgsysteem werkzaam zou omgaan met deze schotten om facilitering en ondersteuning van ontwikkelingstrajecten te realiseren, is er echter geen écht (=functioneel) probleem.

Deze observatie heeft al een éérste enorm belangrijke implicatie. *Elk veranderingsproces dat meent dat administratieve vereenvoudiging of afslanking op*

*zich hét antwoord is op het probleem van disfunctionerende zorg verwacht structuur - en functieaspecten van de organisatie.*

De basislogica van de jeugdzorg *lijkt* structureel helder. Dit betekent niet dat ze zich buiten discussie kan houden—de op zich begrijpelijke opdeling tussen rechtstreeks vs. niet-rechtstreeks toegankelijke hulp genereert bv. grote functionele spanningen (zie verderop). Betekent deze schijnbare helderheid dat de zorgorganisatie **structureel** gezond is?

De verbinding tussen RTJ en NRTJ creëert allerhande spanningen op niveau van informationele continuïteit, en de mogelijkheid tot stabiel aangestuurd opzetten en volhouden van coherente maatschappelijk ondersteunde ontwikkelingstrajecten, ... maar dit zijn op zich geen inherente obstakels die niet functioneel op te lossen zouden zijn.

De overgang van administratieve minderjarigheid naar meerderjarigheid vloeit voort uit een motiveerbare administratieve differentiatie van bevoegdheden. Dat dit niet hanteerbaar geraakt, is echter een signaal voor, opnieuw, disfunctioneren dat minder te maken heeft met deze administratieve differentiatie dan met de wijze waarop ze wordt aangestuurd. Voor een buitenstaander lijkt dit immers een al met al klein probleem—individuele ontwikkelingstrajecten kennen geen administratieve schotten.

M.a.w. deze concrete problemen zijn ook geen wetenschappelijke problemen, maar beleidsmatig en administratief van aard. Een te begrijpen structurele keuze wordt niet functioneel gehanteerd.

De werkgroep vindt echter wèl dat de verschillende ‘onderdelen’ binnen deze structuur onwerkbaar onoverzichtelijk zijn. Bij informele en formele rondvraag worden over de ‘werking’ van de jeugdzorg uitspraken genoteerd als ‘vrijheid blijheid’, ‘alles mag’, ‘iedereen doet maar aan’, ‘veel succes als je wil proberen te snappen hoe het werkt’, ‘een kat vindt haar jongen niet meer’ ....

De werkgroep noteert ook voor zichzelf hoe moeilijk het is om zicht te krijgen op hoe specifieke onderdelen nu precies én concreet werken, hoe onderdelen op elkaar moeten inwerken, en of ze dit dan ook in de feiten doen. De jeugdzorg is bijzonder moeilijk te overzien, noch inzichtelijk te maken. Dit is geen kritiek op het met gerichte bedoeling proberen administratief organiseren van deze zorg (dit is een noodzaak), wel een empirische vaststelling over structurele complexiteit, en over de niet gehanteerde implicaties voor functionaliteit van de jeugdzorg. De uitgebreide handleidingen die ‘gekend’ moeten zijn om in de organisatie actief te zijn (en waarvan de werkgroep merkt én hoort hoe contraproductief ze de facto zijn) zijn een illustratie hiervan.

We zouden kunnen zeggen dat er geen structureel probleem is met de ruggengraat van de jeugdzorg, want deze is al met al helder uit te tekenen. *Enorm probleem is zeker wel de wildgroei op deze ruggengraat, zonder functionele doelen en functionele verbindingen, en in een overlappende wirwar van benamingen.*

Het lijkt ons belangrijk uit te leggen hoe paradoxaal deze formulering lijkt, ook voor de werkgroep, en hoe we met deze paradox kunnen omgaan.

Het is paradoxaal om te zeggen dat de jeugdzorg onoverzichtelijk is terwijl de zorgorganisatie een énorm transparante en kwaliteitsvolle website heeft. Het is paradoxaal om te zeggen dat 5800 modules onoverzichtelijk zijn terwijl de beleidsdocumenten zo hard benadrukken dat ze behoren tot een beperkte set van typemodules, en dat deze modules dimensioneel gedifferentieerd zijn (ernst, intensiteit ...). Het is paradoxaal te zeggen dat de jeugdzorg geen functionele verbanden bevat, terwijl er een zeer uitgebreid beregelingsstelsel voorhanden is.

Fundamenteel is dat de werkgroep bij het nadenken over blokkerende tot geblokkeerde ontwikkelingstrajecten niet zoekt naar regelgeving maar naar inhoud, naar **zorgfunctionaliteit**. T.a.v. de vraag hoe een aanhoudende problematiek van blokkerende tot geblokkeerde ontwikkelingstrajecten tot stand komt (en in stand gehouden wordt) zoeken we naar wat behandeldoelen zijn geweest, welke kennisgestuurde methodieken zijn gebruikt, hoe de settings programmatorisch aan de slag gaan en functionaliteit instellen en bewaken. Het is ontstellend hoe moeilijk hiervan een concreet beeld te schetsen valt.

De problematiek is, met andere woorden, niet eens of zozeer gebaseerd op de complexiteit van de jeugdzorg, maar op **een verwarring tussen administratieve beregeling met ten gronde administratieve (beheers-)finaliteiten; versus zorgfunctionele werking van settings, hun zorgfunctionele relaties, en de coördinaties tussen deze settings met ten gronde behandelings/veranderingsfinaliteit (ondersteunen en faciliteren van ontwikkelingstrajecten om te groeien tot morele zelfsturing)**. Het eerste beschrijft geen functionele kenmerken van de organisatie, maar lijst in feite structurele kenmerken op (expliciteert 'wat het is'); het tweede vraagt *hoe het gebeurt* om tot een gewenst resultaat te komen.

De ervaren ondoorzichtigheid van de zorg vloeit in onze analyse dus voort uit (zwartwit uitgedrukt) (a) afwezigheid van zorg-functionele verbanden, en (b) het primaat van administratieve (formele) beregeling die schijn van functionaliteit installeert, maar in feite enkel structuurkenmerken aanreikt.

Dat de administratie regels nodig heeft om bv. financiering, logistiek, personeel te organiseren is evident. Deze regels zijn echter *randvoorwaarden* voor zorgorganisatie, niet de zorgorganisatie zelf.

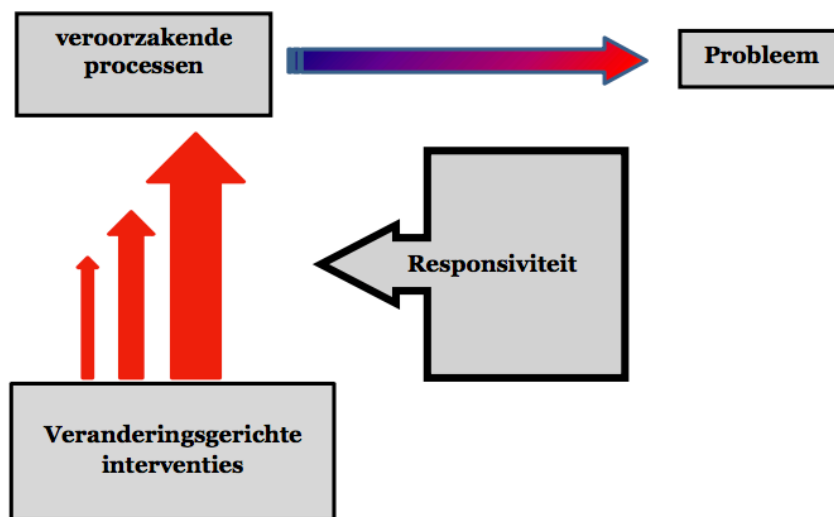
Eén gevolg is dat zorg (en individuele zorginstellingen) zeer vaak bezig moeten zijn met zich zo te organiseren dat ze in orde zijn met de administratieve complexiteit, eerder dan dat administratie en beleid zich organiseren om de zorgfunctionaliteit van instellingen te helpen realiseren zodat deze vanuit hun specifieke rol binnen de organisatie bijdragen tot meer adequaat verlopende ontwikkelingstrajecten.

Hoe horen settings (en in het jeugdzorg-jargon: de door hen aangeboden modules) functioneel met elkaar verbonden te zijn met oog op het realiseren van werkzame hulp,

begeleiding en behandeling? Hoe wordt de werking van typemodules en concrete implementaties hiervan best geëxpliciteerd zodat hun interne (zorg)functionaliteit wordt gerealiseerd? We gaan in volgende secties in op aspecten hiervan.

#### IV.2. Zorgprogramma's die werkzaam zijn hebben een algemeen, generiek format.

Een zorgprogramma, de *interne* functionaliteit van een setting binnen de organisatie, moet werkzaam zijn. Dit is fundamenteel én vanzelfsprekend. Een onderdeel dat niet werkzaam is draagt bij tot het disfunctioneren van de zorgorganisatie. Het realiseert niet het doel dat het *binnen* de organisatie **moét** vervullen.



Figuur 1. Een algemene functionele format van een zorgprogramma

Werkzame zorgprogramma's hebben een algemene *functionele format* (figuur 1). Allereerst, er moet een **probleem** (hapering, vertraging, afdwaling, blokkering) worden aangepakt zodat de situatie verbetert, in ernst afneemt, of zo hanteerbaar wordt dat het probleem niet langer verder ontwikkelt naar morele zelfsturing die vertraagt, op foute koers zit, of blokkeert. Dit is evident, maar het impliceert dat de beschrijving en verklaring van het probleem transparant en accuraat moeten zijn. Een programma is positief gericht op een specifiek probleem, en negatief op niet relevante aspecten van de situatie (zorgprogramma's zijn afgelijnd).

Zeggen dat de beschrijving van een probleem transparant moet zijn legt eisen op aan deze beschrijving. Een beschrijving is transparant als het voor iedereen in de organisatie (inclusief de jongere zelf) begrepen wordt én in interventies bruikbaar is.

Een beschrijving is accuraat indien de definitie ervan meer doet dan synoniemen opsommen, of kenmerken van het probleem beschrijven. We verwachten van een accurate beschrijving dat ze toont waar het *individueel-specifieke* probleem vandaan komt, en dat deze afleiding, haar etiologie, correct is. Het impliceert dat de beschrijving methodisch en gestructureerd is, en kennisgestuurd.

Om een probleem aan te pakken moeten dus de **probleemveroorzakende processen** en factoren geïdentificeerd worden. Het programma moet onderscheid kunnen maken tussen de aanwezige veroorzakende processen en aanwezige maar niet veroorzakende factoren. Een programma dat niet ingrijpt op veroorzakende processen realiseert haar doel niet.

Niet alle factoren in een keten van veroorzaking zijn veranderbaar—omdat ze inherent niet meer kunnen veranderen, of omdat we niet weten hoe we de verandering kunnen bewerkstelligen. We maken daarom onderscheid tussen niet-veranderbare (historische of dispositionele factoren) en veranderbare (vaak ook dynamische factoren genoemd). Behandelaars zetten in op dergelijke dynamische factoren omdat deze positieve verandering kunnen helpen bewerkstelligen.

Indien (het geheel van) de veroorzakende processen niet-gekend is, of gekend maar niet positief veranderbaar, dan dient zo humaan en optimaal mogelijk, en op volwaardig burgerschap gericht, gezocht te worden naar hoe het probleem maatschappelijk gedragen kan worden. Soms zullen ook andere domeinen in het ontwikkelingstraject als sterktes kunnen worden ingezet om als het ware zijdelings de veroorzakende processen te beïnvloeden.

Een programma gebruikt **gepaste interventies** uitgevoerd door **behandelaars** om op de veroorzakende processen in te grijpen en zo de kans te verhogen dat het probleem verdwijnt/vermindert. Met gepast wordt bedoeld dat deze methoden aantoonbaar (kennisgestuurd) aanklikken op de veroorzakende processen en impact hebben in de gewenste richting.

De energie die het programma moet investeren is afhankelijk van de grootte-orde van de veroorzakende processen. M.a.w., niet alleen moeten veroorzakende factoren gekend zijn, er moet ook bepaald worden hoe **intensief** het programma zal moeten ‘draaien’.

Een op veroorzakende processen gerichte interventie moet niet alleen gewenste impact hebben maar ook ‘klikken’. **Responsiviteit**, dat is de *bereikbaarheid*<sup>6</sup> (of *toegankelijkheid*) van een jongere voor een concrete interventie, wordt bepaald door de interactie tussen (a) kenmerken van het cliënt-systeem (persoon van de cliënt en zijn/

---

<sup>5</sup> voor alle duidelijkheid: de werkgroep redeneert niet vanuit een eenvoudig lineaire opvatting van causaliteit; wel dat beschrijven en verklaren en begrijpen van een probleem een verduidelijking van causaliteit vooronderstelt.

<sup>6</sup> de 7 B's, als methodiek voor doorlichting van toegankelijkheid (<https://integratie-inburgering.be/sites/default/files/atoms/files/7Bsvantogankelijkheid.pdf>), formuleren belangrijke aspecten hiervan.



haar relevante context), (b) behandelaarskenmerken, en (c) kenmerken van de behandelcontext (behandelklimaat, ‘behandelcultuur’, behandelomgeving ...). Dit betekent dat op basis van een responsiviteitsanalyse mee bepaald moet worden welke interventie in het programma voor een concrete jongere best gekozen wordt.

Samengevat: Probleemveroorzakende processen zijn proximale behandeldoelen die minder goed lopende ontwikkelingstrajecten op koers zetten/houden en zo bijdragen tot het bereiken van adequate morele zelfsturing. Interventies zijn de instrumenten om de behandeldoelen aan te pakken. Responsiviteit specificeert hoe de interventies op het concrete, individuele ontwikkelingstraject klikken. Interventies worden gekozen in functie van de individuele behandeldoelen en de relevante responsiviteitsfactoren (matched care).

Figuur 1 toont een essentieel aspect van een werkzaam programma dat tot nu niet werd vernoemd. Interventies grijpen steeds in op probleemveroorzakende processen, niet op het probleem zelf. We weten dat **reacties** die het probleem rechtstreeks viseren (= niet gemedieerd door probleemveroorzakende processen) bijna steeds contraproductief zijn. Bijvoorbeeld: rechtstreeks op agressie interveniëren door repressief sanctionerende interventies is contraproductief. Interventies zijn altijd gericht op veroorzakende processen. Niet het symptoom maar de oorzaken van het symptoom zijn behandeldoelen.

### **IV.3 Differentiërende kenmerken van programma's: Behandelingsintensiteit, beveiligingsintensiteit, zorgcontext.**

Er zijn verschillende dimensies waarop programma's uitgewerkt moeten worden.

Er is enerzijds de ernst van de problematiek. Ernst wordt geoperationaliseerd in functie van het aantal veroorzakende processen die aandacht zullen behoeven om kans op herval in/behoud/verergeren van het probleem te reduceren. Ernst bepaalt **behandelingsintensiteit**: de breedte die een programma bij een individuele jongere moet bestrijken, en/of de frequentie waarmee zorg aangeboden wordt. D.w.z. de energie die het programma zal moeten investeren om de behandeldoelen aan te pakken. Figuur 1 beeldt dit uit door de drie in dikte verschillende pijlen tussen interventie en probleemveroorzakende processen.

Behandelingsintensiteit staat onafhankelijk van **beveiligingsintensiteit**, want ernst en onveiligheid zijn onafhankelijke begrippen. Het door elkaar halen van beide dimensies (in het bijzonder door ernst te herdefiniëren als nood aan extra beveiliging) leidt tot organisatie van programmadesintegratie, en dus tot ineffectieve zorg. Beveiligingsintensiteit centreert zich rond objectieve indicatoren inzake veiligheid van de jongere, veiligheid van context, en/of veiligheid van zorgverleners tijdens het

aanbieden van zorg. Het is belangrijk dat het dient te gaan om **objectieve** indicatoren (bv. feiten uit het verleden eerder dan appreciatie van een gevaar voor de toekomst). Indien perceptie de bovenhand neemt, ontstaat programmadesintegratie en wordt inadequate zorg aangeboden.

Het is niet evident om nood aan beveiliging te operationaliseren. Zelfdodingsdreiging is bv. een probleem en vertaalt zich naar behandelingsintensiteit eerder dan naar beveiliging, en het is niet zomaar vanzelfsprekend om dit te hertalen naar nood aan beveiliging. Of het probleem kan worden aangepakt door in te grijpen op de autonomie van de jongere is minder dan evident (zeker gezien wat we weten over de onderliggende dynamiek van ernstig zelfverwondend gedrag). We zouden kunnen zeggen dat de dilemma's in zorg voor auto-destructiviteit illustratief zijn voor de onafhankelijkheid van ernst en veiligheid.

Behandelingsintensiteit is ook onafhankelijk van **zorgcontext** (open vs gesloten, ambulante vs residentiële). We weten dat zorg, ook zorg voor ernstige problematieken, meestal het best gebeurt in ambulante en open settings, zo dicht mogelijk bij het gekende/ondersteunende netwerk.

Er zijn natuurlijk ook goede redenen om soms voor residentiële zorgcontexten te kiezen. Eén reden om voor ernstige problemen een open-residentiële setting te kiezen is dat er een veelheid van interventies nodig is die niet vlot te realiseren zouden zijn in een ambulante zorgcontext; Een andere omdat een ambulante context de bereikbaarheid voor interventies bemoeilijkt (bv. omdat de context niet aanwezig is, of belemmerend responsief); of voor gesloten-residentiële wanneer er groot én onmiddellijk gevaar is voor de veiligheid voor derden (en/of ev. zichzelf).

Beveiligingsintensiteit is niet onafhankelijk van zorgcontext, maar valt er ook niet volledig mee samen. Hoe meer restrictief en meer gesloten, hoe veiliger men de situatie kan maken. Maar beveiligingsintensiteit heeft ook te maken met bv. mogelijkheid tot personeelsinzet, vermogen van personeel om opgelopen spanningen dynamisch te beveiligen en zoeken te de-escaleren, en hoeft zich zeer zeker niet per se te vertalen naar geslotenheid.

Er is hier echter een bijzonder stekelige angel: de keuze van zorgcontext heeft ernstige impact op programmawerkzaamheid. We weten dat programmawerkzaamheid daalt naarmate zorgcontext artificiëler wordt, d.w.z. meer en meer langdurig residentiële, minder open.

Deze functionele keuze ligt niet op het niveau van een setting. Een programma is gespecificeerd op basis van intensiteit, beveiliging en context. De keuze ligt wel op niveau van de functionele verbanden tussen programma's (en dus bij centraal management). Dit betekent dat de organisatie bij de functionele schakelingen tussen programma's moet beslissen wanneer en in welke mate werkzaamheid dan wel beveiliging primeert—in volle besef dat de keuze om in te leveren op werkzaamheid op

termijn ook de kans op onveiligheid kan verhogen, en de uitstroom naar niet-langer responsieve jongeren kan verhogen.

Wetenschap kan bij deze keuzes niet gemakkelijk helpen. Ze zijn vaak maatschappelijk eerder dan wetenschappelijk. We kunnen wél stellen dat als adequate ontwikkelingstrajecten gericht op morele zelfsturing het perspectief van de jeugdzorg zijn, en als maatschappelijke ondersteuning aanbieden hierbij noodzakelijk is, de keuze voor *niet gesloten* alternatieven zeer vaak (zij het niet steeds) de betere keuze zal zijn.

#### **IV.4 Continuïteit van zorg is essentieel, en functioneert als de kanarie in de mijnschacht.**

Processen in een organisatie zijn onderling afhankelijk en onderling beïnvloedend. Ze schakelen op elkaar, schakelen voor elkaar, werken enkel als de in tijd voorafgaande operationele en ernaast werkende operationele processen ook degelijk functioneren. Een goed functionerende organisatie vertoont een procesmatige continuïteit.

En er is veel te doen rond continuïteit in de jeugdzorg. Binnen een organisatie met adequate zorgfunctionaliteit is de continue stroom van processen, van start tot finish, van ruggengraat tot zich vertakkende ledematen, een evidentie. Het is wat de organisatie een systeem met identificeerbare finaliteit maakt. Discontinuïteit is een bijzonder krachtige indicator van disfunctionaliteit.

Continuïteit van zorg heeft meerdere aspecten: relationeel, informatieel, aansturend (management).

**IV.4a Informatieele continuïteit** houdt in dat relevante informatie over de cliënt en de behandeling (diagnostiek; zorginterventies en hun effect; aard en kwaliteit van werkrelaties ...) doorheen zorgtrajecten beschikbaar en raadpleegbaar is voor wie er op volgend mee aan de slag moet.

Deze informatiele continuïteit is een absoluut essentiële voorwaarde om kwaliteitsvolle en individualiserend ondersteunde ontwikkelingstrajecten uit te tekenen, op koers te houden en bij te sturen.

Het is duidelijk dat er hier veel mis loopt, en dat dit mee de geblokkeerde en blokkerende ontwikkelingstrajecten typeert.

- Als er diagnostische beschrijvingen beschikbaar zijn, zijn deze zelden van zeer hoogstaande en *vooral relevante* kwaliteit (IV.6).
- De ergernis zichtbaar in de aanhoudende appels inzake intersectorale samenwerking indiceert dat deze functionaliteit van zorg afwezig is. De “verkokering” van zorgstructuren is ook indicatie voor afwezigheid van informatiele continuïteit.
- Informatiedoorstroming hapert en blokkeert nog steeds té vaak tussen beroepsgroepen. Medici communiceren, - met als argument het medisch

beroepsgeheim -, te vaak niet met andere beroepsgroepen of houden informatiecontinuïteit tegen; psychologen menen dat maatschappelijk werkers geen toegang kunnen krijgen tot gegevens; enz. .... Beroepsgeheim is hier als het ware een heilige koe die al dan niet terecht (maar vaak onterecht) ingeroepen wordt als rem op informatiedoorstroming.

- Onderdelen van zorg die tot de gemeenschap vs. federale overheid behoren leven nog steeds te frequent als in een conflictzone, en communiceren organisatorisch niet. Diensten werken elkaar soms tegen (of zijn zo beregeld dat ze elkaar niet kunnen tegen komen). Structurele complexiteit wordt ook hier niet door functionele relaties opgevangen.
- De verschillende elektronische communicatiesystemen (complex omwille van de complexiteit van de administratieve beregeling) zijn niet op elkaar afgestemd en communiceren niet rechtstreeks.
- ...

**IV.4b Management continuïteit** betekent een consistente en coherente benadering in het management van een gezondheidsconditie van de cliënt, waarbij de benadering responsief is voor zijn/haar veranderende noden. Management continuïteit is, net zoals informatiele continuïteit, een functioneel aspect van structurele keuzes.

We gaven al aan dat het primaat van administratieve regellogica boven zorglogica een essentieel aspect is van management discontinuïteit. Ook het regelmatig terugkerend probleem van lange wachtlijsten en wachttijden is er een indicatie van (mee veroorzaakt doordat meerdere settings voor één jongere soms gedurende een lange tijd plaats ‘moeten vrijhouden’).

We stellen ook vast dat het laten primeren van (zelfsturende) netwerken niet bijdraagt tot continuïteit (ook al faciliteren ze soms onderling begrip), maar deze eerder onder druk zet of blokkeert (IV.5). Ook hier kunnen we stellen dat de intersectorale structuur niet gebonden wordt door functionele interrelaties.

Auto-organisatie is natuurlijk onvermijdelijk wanneer de organisatie administratieve beregeling verwacht met zorgfunctionele processen. Indien zorgfunctionaliteit afwezig is, hebben onderdelen van een organisatie weinig andere optie dan met elkaar gaan praten op zoek naar een gecoördineerde aanpak van een zorgtraject (dit in de veronderstelling dat een onderdeel van de organisatie autonoom meent dat een zorgtraject voor zichzelf belangrijk is).

Het afstemmen van de onderdelen van een structuur, zodat zorgkwaliteit gemaximaliseerd wordt, is echter de verantwoordelijkheid van het beleid en de administratie, waarbij er niet van uitgegaan mag worden dat settings deze interne en onderlinge afstemming zelf moeten of zullen regelen.

In onze analyse ligt het probleem hier dus alvast bij een té groot (tegen beter weten in) geloof in de bereidheid van hulpverleners en settings om ten behoeve van jongeren met elkaar te praten, informatie uit te wisselen, en als netwerk problemen aan te pakken, terwijl de structuurkenmerken van de organisatie ‘individualisering’ versterken. Administratieve veronderstelling is dat het zorgfunctionele aspect van de organisatie zichzelf realiseert binnen en tussen settings (“dat doen goeie hulpverleners nu eenmaal!!”). Het vertrekt vanuit de idee dat interacties tussen settings enkel beschreven kunnen en moeten en mogen worden in termen van samenwerking, zonder beperkingen/aansturingen van buitenaf.

Settings communiceren in dergelijke situatie vaak tegenstrijdige boodschappen. De facto opgevat als autonoom (want niet functioneel gebonden) zullen ze voortdurend eisen dat er voor hen meer (budget) nodig is zodat ze kunnen blijven leven en/of groeien, omdat ze anders hun taken niet kunnen uitvoeren; en dat de zich ontwikkelende functionaliteit sterk bezig is met afgrenzing t.a.v. anderen. Autonomie betekent echter ook alles zelf beslissen, en dus frustraties dat niemand hen zegt wat er nu zou moeten/mogen, dat ze er alleen voor staan.

Voor het beleid betekent het dat men zich niet moet bezighouden met zorgfunctionaliteit – wat zorg eigenlijk is – dat men deze beladen discussies kan mijden; en dat men de confrontatie met hulpverleners die ‘de eigen autonomie inroepen om zich niet te moeten laten aansturen’, kan vermijden. Anderzijds dat ze gereduceerd wordt tot portefeuille die geld bedeeft in functie van wie het luidste roept, en voortdurend wordt ‘aangewreven’ niet genoeg te doen.

Dit alles betekent niet dat netwerking als specifieke methodiek binnen het organiseren van een individueel zorgtraject tussen settings niet nuttig of essentieel kan zijn. Wel dat het **organiseren van zorg a.h.v. informele (auto-organiserende) netwerken** empirisch te problematiseren is (zie IV.5).

**IV.4c** Binnen het concept zorgtraject is **relationele continuïteit** moeilijker te plaatsen. De bewegingen inherent aan zorgfunctionele relaties tussen settings impliceren dat individuele werkrelaties eindigen en vervangen worden door andere.

Hoe definiëren we relationele continuïteit in zorgfunctionele relaties die compatibel zijn met de veranderingen inherent aan het concept van ondersteunde ontwikkelingstrajecten?

We komen bij de verbetervoorstellen terug op hoe relationele continuïteit kan worden bevorderd, zonder het een primaat te geven dat zorgfunctionaliteit tussen settings verlamt.

#### IV.5 Samenwerking is de roep van het uber-ich van de zorg.

Jeugdzorg zet in op samenwerking, inter –en intrasectorale overlegmomenten. Bekeken vanuit zorgfunctionaliteit wordt **samenwerking** echter overgewaardeerd. Het is tijdsintensief, duur, sociaal, cognitief en emotioneel complex, en het vooronderstelt gemeenschappelijke intrinsieke doelen. Vaak levert het niets (niet echt iets) op voor het individueel te ondersteunen ontwikkelingstraject. Schijnbare gemeenschappelijke doelen zijn vaak zo algemeen geformuleerd (jongere X heeft recht op zorg) dat ze óf niet te operationaliseren vallen, óf dat personen en organisaties hun eigen operationalisaties maken (en verwachten of veronderstellen dat anderen dit op gelijkaardige manier hebben gedaan/zullen doen/zouden moeten doen).

**Samen werken** is daarentegen een noodzaak. We zijn van anderen afhankelijk om te kunnen doen wat we zelf moeten doen. Deze afhankelijkheid is schematisch te operationaliseren in termen van input en output; niet zoals samenwerken in termen van relationele processen die op elkaar moeten afgestemd worden om een gemeenschappelijk doel te realiseren. A doet iets en levert een product X aan voor B die op basis van product X zelf handelingen stelt, enz. ...

**Op eenzelfde veld werken** is onvermijdelijk maar vaak lastig want het moet gereguleerd worden om elkaar niet voor de voeten te lopen. Het wordt vaak niet gereguleerd vanuit gemeenschappelijke doelen, noch vanuit input/output, maar vanuit omgangsvormen (om botsingen te vermijden).

De jeugdzorgorganisatie verwacht samenwerken te vaak met samen werken en op eenzelfde veld werken. Zorgfunctionaliteit vooronderstelt gedeelde finaliteiten en dus (expliciete) schakeling van systemisch gecoördineerde doelstellingen (die helder geoperationaliseerd kunnen worden, én administratief-organisatorisch afdwingbaar), en dus input/outputrelaties die hard-genoege vastgelegd worden indien de doelstellingen 'sequentieel' geschakeld zijn (en er dus afhankelijkheden zijn).

Deze verwarring lijkt ons een cruciaal probleem te zijn in de zorg (in het algemeen), zorg die zich trajectmatig moet organiseren, en speelt een grote rol bij het tot stand komen en aanpak van (aanloop tot) geblokkeerde ontwikkelingstrajecten. We analyseren in sectie IV.6 het voorbeeld van de diagnostische functies binnen een zorgsysteem.

Spreken over input-outputrelaties is op geen enkele manier suggereren dat zorg lineair is. Wel dat functionele verbanden tussen onderdelen van een organisatie zaken aanleveren en afleveren, én dat dat niet neutraal maar gestuurd (transparant doelgericht) is.

#### IV.6 Diagnostische functionaliteit binnen een zorgsysteem is essentieel

Het samen laten werken van verschillende elementen van een zorgorganisatie impliceert dat de organisatie aangestuurd wordt vanuit 'het probleem' dat het dient aan te pakken,

en dat dit probleem zo wordt opgenomen dat de ultieme finaliteit (hier: adequate ontwikkeling van morele zelfsturing) zo optimaal mogelijk wordt ondersteund/gerealiseerd. Dit vooronderstelt een kennisgestuurde beschrijving en verklaring van wat de situatie is.

We gebruiken de term diagnostiek voor deze **kennisgestuurde, methodische en gestructureerde handelingen die een beschrijving en verklaring van de stand van zaken van een ontwikkelingstraject beogen, en leiden tot (een set van) interventierichtlijnen t.a.v. bereikbare veroorzakende processen.**

Binnen de (jeugd)zorg circuleren verschillende termen die voor een buitenstaander als gelijkend zouden kunnen worden beschouwd: probleemanalyse, beeldvorming, situatieschets, het verhaal van de jongere .... Deze termen ontsnappen echter één voor één aan minstens een van de als ongewenst ervaren kenmerken van diagnostiek. Sommige hulpverleners menen dat een beschrijving hoe dan ook onmogelijk is, of zelfs ongewenst. Soms wordt er gesteld dat diagnostiek maar een momentopname is en dus de werkelijkheid niet kan vangen. Soms wordt er gesteld dat we toch niet genoeg weten om kennisgestuurd te handelen (of meer, dat wetenschap ongewenst is in zorg). Soms wordt er gesteld dat diagnostiek alleen maar oog heeft voor wat er niet goed gaat, en dat men deze negatieve ingesteldheid moet vermijden ten voordele van, bv., alleen maar de beleving van de jongere zelf, of van een uitsluitend op sterktes gerichte analyse (zonder sterktes op zich goed te definiëren en te operationaliseren).

De werkgroep ziet en begrijpt waar individuele argumenten vandaan kunnen komen. De hulpverleningshouding t.a.v. diagnostiek is echter zeer vaak zorgdisfunctioneel, camoufleert weerstand om de individuele autonomie te begrenzen ten voordele van werkzame zorg, en installeert systemisch handelingshaast waar handelingskalmte aangewezen is.

Er is ook de juridische, legitieme verwachting dat jongeren als burger gelijkwaardig zullen worden aangesproken. De eis dat diagnostiek methodisch, gestructureerd, transparant en accuraat is, realiseert dat jongeren met gelijkaardige ontwikkelingstrajecten op gelijkwaardige manier zullen worden aangesproken, en dat elke jongere op een gelijkwaardig niveau van kwaliteit mag rekenen.

Diagnostiek is ‘input’ voor met elkaar werkende en geschakelde diensten, en als input stuurt het deze zorginstellingen aan—het is als het ware het centrale zenuwstelsel van de organisatie. Ze staat absoluut centraal binnen een organisatie die zorg aanbiedt. Haar output is geen lijst met kenmerken of diagnoses, maar een kennisgestuurd geïndividualiseerd handelingsplan—en dat betekent ook (cf het begrip responsiviteit) dat de verklaring voor de jongere zelf begrijpbaar én bruikbaar is.

Zelf krijgt ze input van cliëntsystemen én zorginstellingen (inzake verloop handelingsplanning). Indien input informatie is over een handelingsplan dan is haar output of bevestiging dat het handelingsplan behouden kan worden, of een bijgestuurd/aangepast handelingsplan.

Diagnostiek implementeren is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan, omdat de beleidskeuzes de voorbije 20 jaar op meerdere vlakken de tekorten hebben versneld. Een gedeeltelijke inventaris van deze negatieve indicatoren is in een adem door ook een appél voor aanzetten van veranderingsprocessen op verschillende beleidsdomeinen.

- diagnostiek is in de masteropleidingen psychologie en pedagogiek systematisch afgebouwd (zij het dat er ondertussen een tegenbeweging zichtbaar is). Diagnostiek is in een opleiding kinderpsychiatrie zwaar onderbelicht. Dit in de opleidingen versterken betekent meer middelen voorzien. Mogelijks wordt dit ook meer evident indien na de masteropleidingen bijkomende opleidingen meer structureel ingebed worden in professionele trajecten. Dat deze interventies enkel mogelijk zijn indien de verloning voor wie zich verder specialiseert navenant wordt aangepast, is vanuit meer dan één perspectief evident.
- De diensten die binnen de jeugdzorgorganisatie nu horen in te staan voor diagnostiek staan grotendeels binnen de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (RTJ). Dit is op zich geen probleem, maar betekent wel dat ze functioneel ‘vrijwillig’ zijn, eerder dan motoren van de organisatie. Ze kunnen minder gemakkelijk aangestuurd worden, waardoor problemen inzake informatie/managementdiscontinuïteit worden versterkt.
- Met uitzondering van de CAW's zouden alle sectoren diagnostische expertise moeten hebben. Het contrast tussen de CLB's en de andere sectoren met diagnostische verantwoordelijkheden is echter bijzonder groot. Ook al zal er ongetwijfeld hier en daar kunnen worden afgedongen op keuze instrumentarium, en ook al zullen niet alle centra of alle personeelsleden de beschikbare visie en middelen dagelijks altijd even voluit uitdragen, er is ook publiek helderheid over het wat en het hoe (<http://www.vclb-koepel.be/professionals/faire-diagnostiek>), *en de interne organisatie is in belangrijke mate herkenbaar zorgfunctioneel*. De focus zal ongetwijfeld nog meer liggen op typische schoolse vaardigheden en minder op relevante attitudes en sociaal-emotionele haperingen in ontwikkelingstrajecten. Maar, wat de MDT's, de MFC's, OOC's, K&G, VK's op diagnostisch vlak precies doen, en hoe, is zonder individuele detailbevraging (en dus binnen het gegeven tijdsbestek) niet uit te maken (dat dit niet snel uit te maken is, signaleert, opnieuw, zorgdisfunctionaliteit). Het onderzoeksrapport van Maes et al. over de opstart van de MFC's impliceert alvast dat diagnostiek (abstractie van het wat en hoe) een zeer klein onderdeel is van hun interne werking. De MDT's staan voor de poorten van de NRTJ. Er is hier een niet zorgfunctioneel gestuurde proliferatie van diensten die de diagnostische cyclus zouden moeten kunnen uitvoeren, en die structureel vaak zo verstrengeld zijn met zorgverstrekking, dat de eerder beschreven diagnostische “onwil” diagnostiek *structureel* zal verhinderen. De CAW's functioneren én in personeelssamenstelling én in doelstellingen zonder diagnostiek; K&G is voorlopig nog steeds fundamenteel medisch en met uitzondering van de pediater niet gewapend om gestructureerd diagnostisch te werken; De CGG's lijken functioneel diagnostiek-loos omdat ze te vaak opereren vanuit handelingshaast. Meer specialistische medisch-



neuropsychiatrisch georiënteerde diagnostiek kan plaatsvinden in COS, CAR, RCA en poli's kinder- en jeugdpsychiatrie. Enkel de CLB's zijn dus in principe generisch-diagnostische powerhouses, maar tot nu vooral gericht op schools leren en functioneel vooral ver na de eerste fundamentele 'ontwikkelings'scharnier.

Er is m.a.w. een veelheid aan organisaties die 'diagnostiek doen', maar de werkgroep kan niet construeren wat ze in concreto doen. We zouden moeten veronderstellen dat diagnostische settings gelijkaardig en gelijkwaardig werken, kennisgestuurd werken ... en dat interrelaties met zorg-settings transparant zijn .... Dit blijkt niet zo te zijn. Handelingsplanning en handelingsgerichte diagnostiek is een bon-mot, maar geen ingeburgerde praktijk.

- Een functionele onwil tot genereren van handelingsplannen die zorgfunctionaliteit aansturen wordt in de klinische praktijk gecamoufleerd én verrechtvaardigd aan de hand van allerhande polariserende dichotomieën: categoriaal vs dimensioneel, probleemgericht vs sterktegericht, risicogericht vs welzijnsgericht, beschermend vs sanctionerend, verbindend vs coërcief .... Deze dichotomieën zijn vanuit wetenschappelijk oogpunt gemakkelijk te overstijgen (bv. categoriale en dimensionele diagnostiek zijn niet tegenstrijdig maar elkaar versterkend), maar het bouwen van bruggen tussen polaire tegenstellingen wordt veel té snel naar een andere dichotomie hertaald (evidence vs practice-based bv.; ivoren-toren vs wereld).

We zouden met een boutade kunnen besluiten: Diagnostiek is in de praktijk, net zoals in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, een "uber-ich wens"— het geweten zegt dat het zou moeten, de lust zegt dat het toch allemaal zo'n vaart niet loopt en ook kan zonder, en het ik kiest voor de weg van de mindere weerstand (we moeten die jongere écht en snel helpen, en we zijn meer dan competent om ongestructureerd-klinisch te kunnen oordelen wat er écht aan de hand is).

Indien er diagnostiek wordt aangeleverd, genereert dit geen consequent doelgericht handelingsplan dat ook opgevolgd wordt (hetzij binnen de setting of bij erop volgende settings). Dit vertaalt zich ook naar het niet consequent doelgericht plannen van zorg in functie van de uitgevoerde diagnostiek, en polarisatie rond concepten en methodes.

Bovenstaande oplijsting moet duidelijk maken dat de overheid niet in isolatie werkt, en alleen verantwoordelijk is. Behandelaars en settings zijn én in Vlaanderen, én internationaal, weinig geïnteresseerd in diagnostiek. Hoezeer opleidingen ook spreken over inzetten op de diagnostische cyclus als essentieel aspect van behandeling, behandelaars hebben vaak een zeer groot zelfbetrokken geloof dat ze de diagnostische fase kunnen overslaan. De overheid én de lokale instellingen zullen krachtige incentives moeten ontwikkelen om hier aan te verhelpen.

Er zijn ongetwijfeld meerdere redenen hiervoor. Maar absoluut zeker is: Er is geen kwaliteitsvolle zorgorganisatie mogelijk indien er geen state-of-the art diagnostiek wordt uitgevoerd, én als de resultaten ervan dan door erop volgende settings niet ernstig genomen moeten worden. Dit laatste betekent niet dat er geen bijsturing of

aanpassingen haalbaar of wenselijk zijn (zie IV.7), wel dat wanneer een diagnostische dienst ‘verslag’ heeft gemaakt, dit verslag ernstig moet genomen worden, niet genegeerd of als cherry-picking benaderd.

Tot besluit: Om management en informationele continuïteit te verzekeren en kwaliteitsvolle trajecten te realiseren moeten, met andere woorden, partijen functioneel aan elkaar gekoppeld worden. De eerste, meest essentiële stap is diagnostiek functioneel maken.

#### **IV.7 Individuele en systemische zorgevaluatie zijn essentieel**

Functionerende zorg vooronderstelt **zorgevaluatie**. Het kan niet zijn dat interventies of programma’s die niet werkzaam blijken steeds opnieuw zouden worden uitgevoerd; het kan niet zijn dat diagnostiek die fout blijkt niet bijgesteld wordt ... Het kan vooral ook niet zijn dat zorg doelloos is (en dus in feite interventie-loos).

Zorgevaluatie is enerzijds een (a) functioneel aspect van individuele maatschappelijk ondersteunde ontwikkelingstrajecten, maar het is anderzijds ook een (b) functioneel aspect van degelijke zorgorganisatie.

##### **IV.7a Evaluatie van individuele zorgtrajecten**

Interne evaluatie van zorgtrajecten houdt in dat, startend vanuit diagnostiek zoals hierboven gedefinieerd, een interventie wordt opgestart, met gepaste tussenpozen geëvalueerd i.f.v. stagnatie, achteruitgang, vooruitgang; en dat deze zorg-gerelateerde evoluties expliciet en transparant (dus als tegensprekelijk en hanteerbaar onderdeel van de informationele continuïteit) worden ingebracht in het eventueel bijsturen, aanpassen, versterken van de oorspronkelijke diagnostiek, en bij het beslissen wanneer zorg niet langer nodig is, of een andere insteek behoeft.

Interne evaluatie vooronderstelt expliciete finaliteiten, diagnostiek, én dat dit voor en binnen de interventie transparant en concreet geregistreerd wordt.

##### **IV.7b Evaluatie van zorgorganisatie**

Evaluatie van een zorgorganisatie gebeurt van buitenuit. Er moet een “buiten-systemisch” perspectief zijn om, vanuit de algemene finaliteiten van de organisatie en de ervan afgeleide subdoelen, de expliciet geformuleerde functionaliteiten van onderdelen, hun onderlinge schakeling en hun programmatische kwaliteit te evalueren.

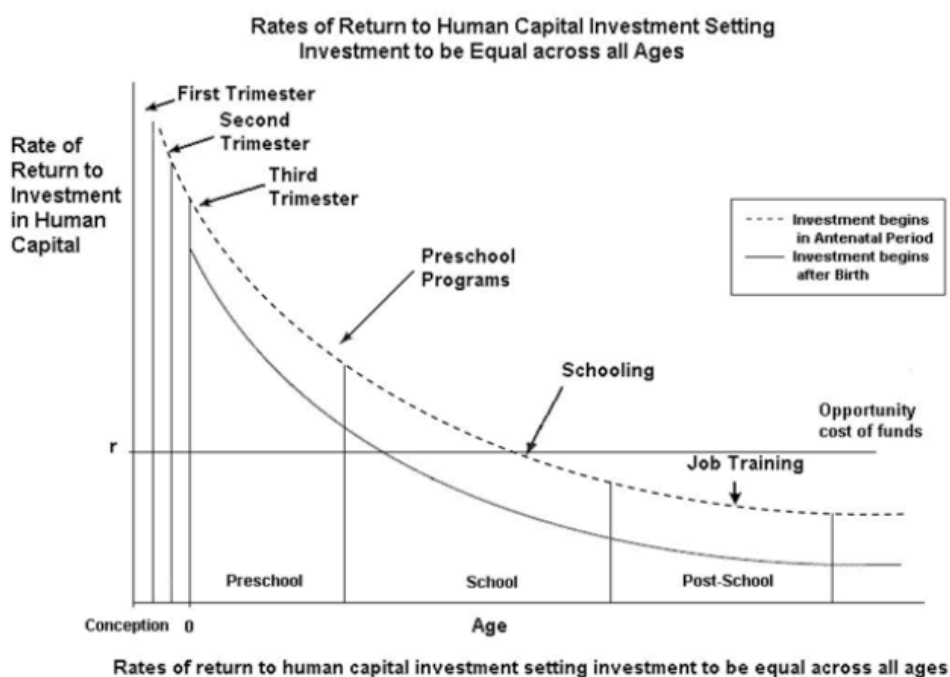
Het is functioneel nefast (programma-desintegrerend) dat settings, of beroepsgroepen, structureel én probleemanalyse én zorg én evaluatie opnemen. Zorgevaluatie gebeurt per definitie **extern en gericht op zorgfunctionaliteit (niet op administratieve**

**beregeling**); en gezien het geschakeld systeem van de jeugdzorg best door één dienst voor alle betrokken actoren. Deze dienst heeft bovendien ‘tanden nodig’—hij moet transparant inzage krijgen in concrete, specifieke werking; de evaluatie moet reële consequenties hebben. Dit alles veronderstelt, opnieuw, dat settings contractueel geschakeld worden (dat er input/output relaties zijn) vanuit concrete te realiseren (sub)doelen.

Externe evaluatie van de zorgorganisatie is geen evaluatie van settings, maar van interventies en programma's (we gaan hier bij de verbetervoorstellen kort op in). Zorgevaluatie is pas evaluatie van een setting indien een lokale setting langdurig geen adequate zorg aanbiedt, niet degelijk schakelt in de contractueel vastgelegde input/output relaties, of weigert zich in zorgevaluatie in te schrijven.

#### IV.8 Hoe vroeger in het ontwikkelingstraject ondersteund en gefaciliteerd wordt, hoe meer gezondheidseconomisch rendabel.

De inhoudelijke premissen (in het bijzonder II.1.1a, II.1.2, en II.1.8) impliceren dat het goed laten verlopen van ontwikkelingstrajecten start met de constructieve ondersteuning in de vroege fases van de ontwikkeling (ruwweg 0-6 jaar).



Figuur 2. een schematische weergave van de trade-off tussen billijke investering en efficiëntie (overgenomen uit Doyle et al., 2009, figure 2b)

Gezondheidseconomisch onderzoek toont dat dit ook financieel geformuleerd kan worden. Er is een trade-off merkbaar tussen ‘billijke investering’ en efficiëntie inzake begeleidingsprogramma's voor jongeren (zie figuur 2 voor een schematische weergave).

Een euro geïnvesteerd in vroege ontwikkelingstrajecten en hun opvoedingscontext genereert hoge opbrengt, terwijl dit steeds minder wordt naarmate jongeren zich in latere fases van ontwikkeling bevinden: “Early interventions targeted toward disadvantaged children have much higher returns than later interventions ... At current levels of resources, society overinvests in remedial skill investments at later ages and underinvests in the early years” (Heckman, 2006, p. 1902).

Dit betekent vanzelfsprekend niet dat investering in bv. adolescentie of volwassenheid niet mogelijk is, nutteloos of economisch niet rendabel. Wel dat (a) dergelijke investering meer opbrengt genereert indien ze kan voortbouwen op interventies op jonge leeftijd, en dat (b) ondersteuning in latere ontwikkelingsfases belangrijk is omdat ze verworven ontwikkelingsdoelen en vaardigheden verder ondersteunt, versterkt en verdiept.

Verenigbaar met het centraal stellen van morele zelfsturing als finaliteit van ontwikkelingstrajecten, blijkt hier ook uit de vaststelling dat het relatief minder gaat over het stimuleren en ondersteunen van eng cognitieve vaardigheden maar over het stimuleren en ondersteunen van ‘soft skills’: motivatie, doorzettingsvermogen (dus zelfbeheersing in functie van zelfgekozen en prosociale doelen) en toekomstperspectief, goede affectieve regulatie ....

Er is hier nog veel empirisch én multidisciplinair onderzoek te doen. Maar onderzoekers zijn het eens over de basisvaststellingen. Wanneer we budget en spaarzaamheid niet bekijken op een eng sectoraal of kabinetsniveau, maar op niveau van de samenleving als systeem, dan is hard en volgehouden investeren in vroege fases van ontwikkelingstrajecten (inclusief prenataal) een fundamenteel principe van een goed en spaarzaam huishouden. Spaarzaam betekent hier niet goedkoop, maar kost-effectief en dus rendabel op langere termijn. Dit betekent dat alle domeinen van een samenleving – en manifest ook de economie eng bekeken – profiteren van vroegtijdig inzetten op het constructief-ondersteunen van ontwikkelingstrajecten, nog voor ze foutgelopen zijn, of zich geblokkeerd aan de poort van de volwassenheid bevinden.

#### **IV.9 Informatieele continuïteit. Vertrouwelijkheid en beroepsgeheim zoals nu geoperationaliseerd en gebruikt vergemakkelijken het faciliteren en ondersteunen van ontwikkelingstrajecten niet.**

De werkgroep kan binnen het tijdsbestek niet diep ingaan op de relatie tussen vertrouwelijkheid, beroepsgeheim en de drie aspecten van continuïteit. Maar het is ook duidelijk dat er hier acute problemen liggen.

**Beroepsgeheim** als wet is een codificatie van sociale praktijken, wat als dusdanig ook door meer dan morele regels wordt bepaald – hier-en-nu situaties waar een hier-en-nu

oplossing voor bedacht moest worden, impact van historisch gegroeide machtsstructuren ... Beroepsgeheim is een sociaal feit.

**Vertrouwelijkheid** als principe binnen de zorg is daarentegen een instrument met meerdere dimensies om relatie in te stellen die werkzame zorg faciliteert, en bescherming van de zone waarbinnen hulpverlening haar werkzame hulp dient te realiseren. De cliënt-hulpverlener relatie is er een van inherente afhankelijkheid. De cliënt vraagt om hulp, of wordt tot hulp 'overgehaald'. Om deze hulp aan te bieden, vraagt de hulpverlener de cliënt het probleem uit te leggen. Dat probleem is van de persoon, en vaak in diverse aspecten niet graag, of niet gemakkelijk, publiek gemaakt. In ruil voor deze zoektocht naar eerlijkheid garandeert de hulpverlening geheimhouding. De geheimhouding definieert de hulpverleningszone als afgezonderd van de buitenwereld, en garandeert de cliënt veiligheid. De vertrouwelijkheid is echter instrumenteel. Het is *binnen de hulpverleningszone*<sup>7</sup> methodisch, gericht op het bieden van hulp, een middel om vanuit de probleemformulering tot oplossing te komen.

De autonomie van de hulpverleningszone t.a.v. de buitenwereld is echter om twee redenen relatief.

Allereerst is de buitenwereld zelden gelukkig met het bestaan van geheimen. Geheimen hebben psychologisch en maatschappelijk vaak een destructief karakter, en genereren an sich een dynamiek om het geheim te ontsluiten. Verzekeraars zouden maar al te graag weten wat de arts weet; werkgevers zouden maar al te graag weten wat het personeelslid denkt; politie zou maar al te graag weten wat de burger écht zou willen doen, en wat hij nu écht denkt. Partners, die zichzelf kennen als enkel lid van de zone van persoonlijke intimiteit, vinden het eng en bedreigend dat een vreemde deze geheimen kent. Ouders vinden vaak dat hun kinderen alles moeten kunnen/durven/willen vertellen. De wet beschermt de zone tegen inmenging die het bieden van hulp *functioneel* onmogelijk zou maken, maar benoemt ook expliciet wanneer geheimen wél gecommuniceerd dienen te worden, omdat anderen soms wél een legitieme vraag hebben tot transparantie.

Er is een tweede, zorg-interne reden waarom de geheimhouding relatief is. Het is enkel in de mythe van de perfecte, alleswetende en alles kunnende zorgverstrekker, dat een hulpverlener steeds alles op zijn eentje kan.

Er zijn vandaag meerdere soorten werkzame zorg, geïmporteerd door de wetenschappelijke kennis over de geest. En deze versplintering heeft bijgedragen tot de feitelijke vaststelling dat deze ene specifieke hulpverlener die hier-en-nu wordt aangesproken door deze concrete cliënt, zich niet langer bevindt op een eiland omringd door een aandringende buitenwereld, maar element is van een archipel die zorg moet realiseren. Waar vroeger de consultatieruimte radicaal gesloten was, weten we nu dat deze zone deuren nodig heeft, verbindingen met andere eilanden, en dat deze passages zo moeten zijn ingesteld dat het geheim voor de buitenwereld bewaard kan worden.

---

<sup>7</sup> de nuancering is belangrijk, aangezien vertrouwelijkheid ook vanuit andere perspectieven kan worden bekeken.

Hulpverlening vindt niet langer plaats in een geprivilegieerde één-één relatie, maar als één gebeurtenis binnen een mogelijk geschakeld zorgtraject.

Deze robuuste empirische vaststelling botst met hoe de wereld historisch werd gecodificeerd—De wet die het eiland beschermt, het eiland dat zichzelf in ‘splendid isolation’ acht, maar nu steeds meer verkleind is tot een van de mogelijke vormen van zorg.

Jongeren met blokkerende of geblokkeerde ontwikkelingstrajecten zijn personen die ook het disfunctioneren van vertrouwelijkheid en beroepsgeheim in het licht brengen. Samen werken en samenwerken vooronderstelt dat beroepsgeheim als wettelijke codificatie van vertrouwelijkheid wordt herdacht in besef van de realiteit dat zorg een archipel is, niet een eiland. Delen van geheimen op een werkzame **zorgarchipel** met eilanden **waar er geen één a priori meer belangrijk is dan de andere**, is een feit, geen voortdurend te bevechten uitzondering. Het volgt ook uit de premisse van transactionaliteit.

Tezelfdertijd is het evident dat third-party confidentiality gevrijwaard moet worden. Bovenstaande implicatie botst o.i. niet met het recht op privacy t.a.v. derden—maar stelt enkel dat zorg niet langer structureel gekoppeld wordt aan een eiland, maar aan een archipel.

Zoals hierboven aangegeven, beseft de werkgroep dat dit een lange-adem project is. Op korte termijn is vaststelling van de werkgroep dat beroepsgeheim zoals nu professioneel gedefinieerd en wettelijk gecodificeerd een niet-te-vermijden obstakel kan zijn voor meer optimale informatiele continuïteit. Maar er zijn korte-termijn aanbevelingen haalbaar. Boodschap is hier dat korte-termijn interventies de kans op degelijke informatiele continuïteit kunnen verhogen, maar het probleem van informatiele continuïteit niet ten gronde oplossen.

#### **IV.10 Beshuit**

De geboden analyse is op organisatorisch niveau niet zeer rooskleurig. Er zijn echter twee belangrijke nuanceringen te maken.

De eerste, in uitbreiding van de caveat die we maakten t.a.v. individuele instellingen. Wanneer zorgfunctionaliteit niet wordt aangestuurd, dienen individuele instellingen zelf te handelen. Het is voor de werkgroep duidelijk dat de beschreven zorgdisfunctionaliteit voor sommige instellingen ook aanzet is geweest om zelf te zoeken naar meer zorgkwaliteit, naar werkzame functionele relaties met gelijkaardige of verschillende instellingen rondom hen, soms ook op initiatief van de overheid met behulp van experimentele modules: bv., Cano-projecten, de inspanningen van de kinderpsychiatrische instellingen om netwerkend te participeren in zorg voor jongeren die formeel niet voor hen bedoeld zijn, Overkophuizen, enz. ...

Deze dynamiek plaatst dergelijke instellingen in een zichtbare voortrekkersrol, maar heeft ook als gevolg dat zorgfunctionele relaties met andere instellingen (te) vaak op maat van de *individuele* settings worden gemaakt, eerder dan vanuit een systemische zorgfunctionaliteit.

De werkgroep heeft noch de taak noch de mogelijkheid om te evalueren of deze initiatieven voldoende werkzaam zijn, kennisgestuurd in de volwaardige betekenis van het woord. Maar dat er op het werkveld ook gezocht wordt naar zorgkwaliteit (en niet alleen maar naar administratieve kwaliteit) betekent dat veranderingsprocessen op het werkveld zelf concrete aangrijpingspunten kunnen vinden.

Vanuit het beleid worden ook stappen gezet die beetje per beetje ietwat dichterbij het doel verwoord in sectie II proberen te komen. Het groeiend aantal Huizen van het Kind, De prille stappen om K&G multidisciplinair te maken; de uitbouw van CLB's om ook sociaal-emotionele problemen onder de aandacht te nemen (zie bv. ook de Columbus-projecten); de uitbouw (ook al is het traag) van opvoedingswinkels; het (soms nog aarzelend) veranderingsmanagement binnen de Gemeenschapsinstellingen om in te gaan zetten op forensische diagnostiek én forensische interventies; het nadenken en zoeken naar hoe continuïteit van zorg benaderd kan worden ...

Meer in het algemeen is het uit onze analyse ook duidelijk dat de overheid niet in splendid isolation werkt. Elke suggestie alsof de overheid enkel in administratieve regels geïnteresseerd is, is naïef. De werkgroep stelt ook vast dat pogingen om zorgfunctionaliteit te installeren tot op vandaag niet steeds erg warm onthaald worden door settings, en dat de overheid soms ook geen andere opties heeft dan zeer indirect, omzichtig en omfloerst proberen te bereiken dat functionaliteit zich installeert.

## V. VERBETERVOORSTELLEN

Uit voorgaande secties moet duidelijk zijn dat wat we het probleem ‘moeilijk bereikbare jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten’ noemen, zich in feite op meerdere niveaus situeert, en meest abstract geformuleerd transacties zijn tussen inadequaat functionerende zorgorganisatie, niet-werkzame zorg, en extreem weerstandige jongeren. Verbetervoorstellen formuleren betekent dus op deze drie niveaus ingrijpen.

Het probleem is daarnaast ook in tijd minstens tweeledig: er is een groep van deze jongeren nù—de werkgroep hoorde door de administratie een *schatting* van 150. Maar deze groep is een nu-meting binnen een continue aanstroom, en een continue uitstroom naar het volwassenen-circuit.

De werkgroep biedt in deze sectie enkele voorstellen van aanpak voor de jongeren die er nu zijn, en voor de jongeren die er —zonder adequate aanpak—zitten aan te komen. De voorstellen zijn, gezien de tijdsbeperkingen, algemeen, en geven richting aan eerder dan (alle) concrete details (of o.i. beste operationele keuzes) volledig te concretiseren.

We hanteren volgende termen, zoals deze ook in de voorgaande sectie zijn gedefinieerd:

- **programma:** een expliciet en concreet sjabloon van hoe zorg (in een setting) functioneel zal worden georganiseerd, waarbij noodzakelijke proximale en verhoopte distale doelen SMART geformuleerd zijn;
- **interventie:** elk expliciet en gestructureerd en kennisgestuurd handelingsprotocol<sup>8</sup> dat zich richt op een of meerdere veroorzakende processen (en dus gericht op proximale doelen). Een handelingsprotocol is steeds op maat van de persoon geformuleerd, maar is ook transparant, concreet en gestructureerd communiceerbaar; het begrip wordt hier niet reductief gebruikt als synoniem voor een one-size fits-all benadering;
- **Responsief of Bereikbaar maken:** elk handelingsprotocol dat zich richt op faciliteren van, of wegnemen van storingen in, toegankelijkheid van de individuele jongere voor *interventies*;
- **diagnostiek:** elk gestructureerd en kennisgestuurd handelingsprotocol dat gericht is op het verhelderen van de onderliggende processen die het probleem mee

---

<sup>8</sup> De werkgroep is zich bewust van hoe beladen ook deze termen op het werkveld vaak zijn. We hopen dat de toevoegingen, in combinatie met het concept responsiviteit, duidelijk genoeg maken dat een protocol niet gedeïndividualiseerd is, maar per definitie geïndividualiseerd; maar anderzijds ook niet vaag, vanuit een buikgevoel of uit persoonlijke appreciatie gekozen. De Federale raad stelt een consensusdefinitie voor (<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/raden/federale-raad-voor-de-geestelijke-gezondheidszorgberoepen>). De werkgroep herkent en deelt meerdere aspecten van dit voorstel.



veroorzaken, modereren, verscherpen of verzachten; en gericht op het in kaart brengen van hoe werkzame interventies responsief vorm kunnen krijgen.

- **reactie:** elke handeling die rechtstreeks het probleem aanspreekt.
- **behandelingsintensiteit:** de inschatting van intensiteit van benodigde interventies om veroorzakende processen in de afgesproken gewenste richting te veranderen;
- **beveiligingsintensiteit:** de inschatting van hoe diepgaand de behandelcontext (en de jongere) voor de onmiddellijke negatieve gevolgen (en/of correlaten) van het probleem moeten beschermd worden;
- **zorgcontext:** de wijze waarop een programma in functie van risiconiveau en beveiligingsniveau wordt opgezet en uitgebouwd met als centrale doelstelling om de veroorzakende processen responsief te kunnen verbeteren.

## **V.1 Voorstellen ten aanzien van de huidige groep ‘niet-langer responsieve jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten’.**

Op basis van de geformuleerde inhoudelijke premisses, klinische ervaring, én stand van zaken van de jeugdzorg, heeft de werkgroep weinig optimistische boodschappen te brengen t.a.v. de huidige groep van jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten.

Jongeren die extreem en (auto)destructief de eigen autonomie poneren, en hiermee het snel opgeven, of niet opstarten van interventies stimuleren—omdat hun handelen negatief aansluiting vindt bij aspecten van de zorgverlener/dienst zelf—, zijn op dit moment niet langer zomaar bereikbaar voor interventies. Wat de reden ook is waarom ze oorspronkelijk in een zorgcircuit terecht kwamen, de moeilijkheden waar ze nu voor staan zijn moeilijk “bereikbaar”.

### ***V.1.1 Oprichten van een expertcommissie om de huidige groep jongeren te screenen en handelingsprotocollen voor te stellen***

Wat voor deze jongeren nu wordt geprobeerd, zal én zeer sterk individualiserend zijn, én maximaal gericht op het (terug) responsief maken, zodat in een latere fase eventueel interventies kunnen worden ondernomen met de jongere. We schrijven *eventueel* in besef en aanvaarding dat het hoogst bereikbare doel mogelijks een minder dan volwaardige persoonlijke morele zelfsturing zal zijn, en dat de samenleving als constructief verdraagzaam en ondersteunend draagvlak zal moeten blijven handelen.

Er blijkt echter al met al *niets algemeen verklarend geweten* over deze concrete groep van jongeren nu: noch ontwikkelingspsychologisch, noch medisch, noch gedragsmatig, noch sociaal, noch hoe hulpverleningsgeschiedenis verliep ....

Op basis van haar klinische ervaring en gesprekken met deskundigen, kan de werkgroep weliswaar de hypothese formuleren dat volgende subgroepen mogelijks onderscheiden kunnen worden: jongeren met een in de eerste plaats autismeproblematiek of andere inherente neurologische kwetsbaarheden, jongeren met een in de eerste plaats psychopathisch ontwikkelingstraject, jongeren met een in de eerste plaats verstandelijke beperking, jongeren met een fundamenteel verstoord ontwikkelingstraject (DTD)—waarbij zoals in III aangegeven de eerste 3 subgroepen bekeken kunnen worden als DTD met sterke dispositionele antecedenten. Pogingen om deze jongeren bereikbaar te maken zou dan *waarschijnlijk* op deze manier verder gedifferentieerd moeten worden.

Of dit écht zo is valt echter zonder probleemanalyse niet verder te toetsen. Nochtans zijn individuele interventies op korte termijn, en het nemen van korte-termijn beslissingen over aanpak hier-en-nu functioneel, dus kwaliteitsvol, onmogelijk zolang er geen degelijk empirisch zicht is op de hieronder niet-exhaustief vermelde vragen:

- Categorische diagnostiek: Developmental trauma disorder, ASS, psychopathisch ontwikkelingstraject, psychose, verstandelijke handicap ....?
- Dimensionele (transdiagnostische) probleemanalyse: Welke veroorzakende transactionele factoren/processen zijn identificeerbaar binnen het individueel, gecontextualiseerd trauma-informed neurosequentieel ontwikkelingstraject?
- Taxonomie: Het is noodzakelijk om na te gaan of er behandelingsgewijs subgroepen zijn: nog aanspreekbaar (en zo ja op basis van welke functioneringsdomeinen), voorbij haalbaarheid, foutief als complex benoemd ...? Dan pas kan beslist worden welke interventies t.a.v. deze (subgroepen van) jongeren (nog) zin hebben.

Bovenstaande vragen kijken echter alleen naar de jongere zelf, terwijl de groep gedefinieerd wordt door de transactie tussen kenmerken van jongeren en kenmerken van hulpverlening. Voor elke jongere zou dus ook de interventiegeschiedenis geïnventariseerd moeten worden, een diagnostiek van de (eerdere en huidige) zorgverleningsrelaties:

- Welke interventies zijn in het verleden geprobeerd? Welke leken (enigszins) aan te slaan? Welke niet? Wat leren we uit de interventie-schakelingen? Zijn er individuele hulpverleners die wél succes hadden in het bereiken van de jongere? Welke handelingen, acties, activiteiten slaagden erin bij de jongeren toegang te vinden? Welke niet? Welke interpretatie geeft de jongere aan de verschillende stappen in het traject, wat zijn de implicaties hiervan?

*De werkgroep beveelt daarom ten sterkste aan dat een expertcommissie op zeer korte termijn deze meerlagige inventaris maakt, én vanuit deze dieptepeiling aanbevelingen voor individuele acties formuleert. Deze expertcommissie is best een combinatie van wetenschappelijke en klinische deskundigen.*

*Het heeft geen nut dergelijke expertcommissie samen te stellen indien de overheid niet tezelfdertijd bereid is om haar individuele diagnostiek binnen de jeugdzorg als ‘dwingende’ acties te poneren. Dit houdt o.i. in dat de individuele aanbevelingen door ITP worden opgelegd.*

### **V.1.2 Welke settings dienen zich paraat te houden voor verhogen van bereikbaarheid van de jongere? Opmaken van een inventaris.**

Als interventies niet kunnen worden uitgevoerd dient eerst op verhogen of realiseren van responsiviteit te worden ingezet— toetsen en uitproberen of toegankelijkheid van de jongere tot leven kan worden geroepen en versterkt, zodat — wanneer en voor zover dit lukt—daarop volgend in de eerste plaats psychosociaal gezocht kan worden naar stapvoetse ‘hooks for change’, zodat herstellend aansluiting tot burgerschap — persoonlijk en sociaal kapitaal—kan worden geprobeerd. *M.a.w., interventies worden uitgesteld, tot bereikbaarheid gerealiseerd is.*

Intensieve, *multidisciplinaire* (en transactioneel!) contextualiserende zorg (in termen van volwassenenzorg: bemoeizorg) lijkt ons— om bereikbaarheid te proberen realiseren — de voorkeursinterventie.

- Het start allereerst vanuit de ‘voorlopige’ aanvaarding van wat de jongere nu zo belangrijk acht dat hij er de wereld of zichzelf voor wil opofferen. Dit is iets anders dan vertrekken vanuit de beleving van de jongere. Het is starten vanuit diagnostiek van de **doelstructuur** die de jongere zich blijkt te stellen.
- Het zet ten tweede in op een of andere vorm van relationele continuïteit binnen of met de context waar de jongere voor goed of kwaad mee verbonden is en waartoe hij zich te verhouden heeft; of zoekt om een relatie te installeren waarbinnen bereikbaarheid kan worden versterkt.
- Het geeft voorrang aan de cruciale hinderende responsiviteit van relatieweigering, maar verliest de actieve veroorzakende processen niet uit het oog. Kans is groot dat rechtstreeks toegang vinden tot veroorzakende processen in eerste fase niet (of zelfs helemaal niet meer) mogelijk is, maar dat doorheen inzetten op ‘hooks for change’ op niveau van persoonlijk (en waar nog beschikbaar relationeel en sociaal) kapitaal maatschappelijke inbedding haalbaar zal zijn. *M.a.w., deze intensieve contextualiserende behandeling is niet rechtstreeks bezig met het interveniëren op de veroorzakende processen, maar met beheersbaarheid en indirect bereiken van levenskwaliteit en burgerschap. Toegang vinden is eerste prioriteit, interventies tweede. In zekere zin is het ook ruimte maken voor kans op ‘spontaan herstel’. De lezer hoort echter de spanning in deze formulering door te denken. Valkuil voor een op responsiviteit gerichte setting is dat niet langer wordt gedacht aan wat het transactioneel complex geheel van veroorzakende factoren is (dus de diagnostiek “vergeet of weggooit”); dat niet meer wordt gezocht hoe interventies mogelijk zouden kunnen worden gemaakt; en dat de jongere dus paradoxaal ‘kleiner’ wordt gehouden*

dan haalbaar. Géén interventies doen is een te motiveren professionele beslissing in een individueel geval, maar mag geen systemische keuze worden.

Welke settings zijn nu beschikbaar die hiervoor kunnen worden ingezet? En is het noodzakelijk dat er nieuwe settings worden opgericht?

Het is voor de werkgroep om meerdere redenen onmogelijk hier een volledig overzicht van te maken. De jeugdzorg nu is een onoverzichtelijk geheel waarbij gelijksoortige settings vaak radicaal verschillende dingen kunnen doen die bovendien niet geëxpliciteerd zijn. In het beschikbare tijdsbestek had de werkgroep niet de mogelijkheid om een ruime bevraging te doen, of veel settings te bezoeken om hun werking af te toetsen op werkzaamheid t.a.v. jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten—dit betekent dat we soms ook op particuliere kennis en persoonlijke netwerkinformatie terugvielen.

We hoorden wel zeer regelmatig dezelfde settings genoemd worden, en konden hieruit ook wat suggesties afleiden, die we hieronder kort bespreken.

*De algemene aanbeveling is echter: er dient via algemene bevraging van alle settings een inventaris gemaakt te worden van wie nu al inzet op de door de werkgroep afgelijnde doelgroep. Deze inventaris dient transparant en expliciet in kaart te brengen wat deze settings concreet doen (d.w.z. welke handelingsprotocollen gericht op bereikbaarheid, welke interventies, welke concrete (SMART) doelen ze implementeren).*

Welke settings zullen waarschijnlijk in deze inventaris aanwezig zijn, of horen er bij vermeld te worden?

De CANO-projecten lijken in theorie goede initiatieven om responsiviteit te verbeteren, en 'hooks for change' te zoeken. Of ze dat ook effectief zijn, en of ze ook inzetten op interventies is voor de werkgroep op basis van de beschikbare informatie onduidelijk—de jaarverslagen zijn hier erg vaag over, en soms blijkt dat interventies niet worden gebruikt of dat het gebruik van interventies in vraag wordt gesteld (en dan vergeten). Of hun zoeken naar toegankelijkheid kennisgestuurd is, resultaatgericht, én goed geschakeld naar diensten die wél interveniëren, is eveneens niet duidelijk.

Ze blijken ook beperkt multidisciplinair (vooral sociaal en pedagogisch, minder psychologisch en psychiatrisch).

De ongebalanceerde regionale spreiding (zoals afgebeeld op de website) van de CANO's lijkt mogelijks een nadeel. Ze zijn sterk geconcentreerd in enkele grootsteden, terwijl er vanuit de inhoudelijke premissen geargumenteed kan worden dat de jongeren proberen te laten wortelen in minder grootschalige gemeenschappen voorkeur zou kunnen verdienen.

Er zijn 13 CANO modules (website), en indien er in elke module minstens 10 jongeren aanwezig zijn, zou dat tenslotte betekenen dat er hetzij (a) beduidend meer jongeren met complexe problematiek zijn dan 150; en/of (b) de instroom van de CANO modules

onvoldoende gericht is; (c) en/of sommige CANO modules ruimer rekruteren dan de hier vermelde doelgroep. De jaarverslagen zijn bijzonder onduidelijk over de probleemveroorzakende processen, en er blijkt een grote rekrutering vanuit de gemeenschapsinstellingen te gebeuren. Opmaak van de boven vermelde inventaris zal moeten bijdragen tot een beter zicht hierop.

We denken niet dat er méér CANO projecten moeten komen, maar dat met de bestaande projecten moet bekeken worden of ze een betere regionale spreiding kunnen realiseren, en hoe hun werking indien nodig bij/aangestuurd kan worden in het licht van onze aanbevelingen.

De intersectorale zorgnetwerken zijn expliciet opgezet om met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten aan de slag te gaan. De beschikbare jaarverslagen documenteren het enthousiasme en de zorgen. De werkgroep hoort positieve berichten over wat de zorgnetwerken bereiken t.a.v. een beter begrip van zorgverleners onderling, en zien ook dat sommigen van de kleine groep jongeren ook op een voorzichtig spoor vooruit gezet worden.

De zorgnetwerken zijn ook zeer duur en bereiken slechts een beperkt aantal jongeren. De ons ter beschikking gestelde verslagen tonen niet direct een ‘redelijk rendement’ inzake deblokken van de ontwikkelingstrajecten en bereikbaar maken voor interventies—duidelijk ook mee omwille van de afwezige zorgfunctionaliteit in de jeugdzorg zoals zich dit zichtbaar maakt in de betrokken zorgregio’s. De beschikbare gegevens impliceren tenslotte dat de jongeren *misschien* wel ‘high-risk’ zijn, maar niet high-security: dit doet vragen rijzen over de feitelijke doelgroep.

Wanneer jongeren geen verblijf hebben, kan een start binnen een residentiële setting nodig en zinvol zijn, bij voorkeur in een zorgcontext die open-residentieel en afbouwend is. De werkgroep had onvoldoende tijd om alle GES+ settings te bekijken, maar het spreekt vanzelf dat deze *in theorie* (want de instroomcriteria laten *in praktijk* een zeer grote variatie tussen schijnbaar gelijkwaardige GES+ settings toe) belangrijke actoren zijn.

Modellen van (intensief ondersteunde en opgevolgde) pleegzorg als onderdeel van een zorgfunctionele organisatie, vormen van bemoeizorgende, en in en met buurten uitgebouwde vormen van begeleid zelfstandig wonen, kunnen echter even vaak (en mogelijks soms bij voorkeur) worden uitgetoet.

IBE’s en For-K’s lijken ons een voor de hand-liggende plaats voor ***high-risk medium security jongeren die destructief gedrag stellen en een onderliggende psychiatrische problematiek hebben***. Dit betekent o.i. dat hun instroom waar nodig bijgestuurd dient te worden, zodat de beveiligende insteek voor geobjectiveerd high-risk jongeren en ermee verbonden kosten werkzaam gerealiseerd worden.

Er is ook hier ongetwijfeld werk te maken van in-community, contextualiserend en bemoeizorgend werken en interveniëren. De For-K’s en IBE’s dienen m.a.w. expliciet

ingeschreven worden in zorgfunctionele relaties met ambulante contextopbouw/ contextversterking, en dus met de betrokken ‘sectoren’.

We denken niet dat er bijkomende IBE's en For-K's opgericht moeten worden, maar dat de bestaande For-K dichter bij de jeugdzorg gebracht moet worden, om zorgschakelingen te faciliteren.

Wat is de plaats van de gemeenschapsinstellingen in de hier-en-nu situatie?

Op dit moment zal een deel van de doelgroep in de gemeenschapsinstellingen terecht gekomen zijn omdat hun functioneren ook (ernstig) normoverschrijdend handelen met zich mee brengt.

De specialisatie van de gemeenschapsinstellingen tot interveniëren bij jongeren die (ernstig) normoverschrijdend handelen, betekent dat er, *in de context van de hier besproken doelgroep*, mogelijks in de eerste plaats ingezet zou moeten worden op blokkerende en geblokkeerde ontwikkelingstrajecten met herkenbaar psychopathoforme kenmerken.

Drie leden van de werkgroep waren betrokken bij het adviseren van hoe de G.I.'s hun MOF-insteek best zo rehabilitatief mogelijk zouden kunnen maken. De toen geformuleerde voorstellen vertrekken van de zorgorganisatorische premissen zoals in II besproken. G.I.'s zouden best inzetten op high-risk MOF-jongeren met sterk verstoorde responsiviteit, voor zover deze laatste niet binnen niet-gesloten reguliere settings kunnen worden opgenomen, en de responsiviteit niet in de eerste plaats door psychiatrische problematiek wordt aangestuurd.

Om deze taken op te nemen dienen ook de G.I.'s veel meer dan nu het geval is, door alle partijen (en door zichzelf) te worden erkend als onderdeel van de jeugdzorgorganisatie, en moeten ze dus zorgfunctioneel mee geschakeld worden tussen de diverse andere settings die bij individuele ontwikkelingstrajecten ervoor en erna tussenkomen.

Binnen het binnenkort verwachte jeugdsanctiedecreet krijgen de gemeenschapsinstellingen een zeer grote en nieuwe rol. Dit maakt het voor de werkgroep niet evident om concrete uitspraken te doen, mee omdat we zorgfunctioneel vooral negatieve aspecten zien aan dit decreet. We begrijpen bovendien dat er in de voorbereiding tot (start van) implementatie van het jeugdsanctiedecreet door de G.I.'s verschillende initiatieven uitgeprobeerd en/of genomen zijn. De werkgroep kan enkel hopen dat deze rehabilitatief zijn en écht zorgfunctioneel, en dat de G.I.'s het verwoorde engagement t.a.v. intern zorgfunctioneel handelen ook werkzaam kunnen implementeren.

Wat ook de gevolgen zullen zijn van de implementatie van het jeugdsanctiedecreet, het lijkt ons belangrijk dat de G.I.'s meer doorgedreven investeren in multidisciplinaire diagnostiek en gepaste interventies t.a.v. hun jongste populatie.

De bovenstaande aflijning van IBE's en For-K's impliceert dat high-risk medium-security jongeren zonder psychiatrische problematiek er niet thuis horen. Het is voor de werkgroep een open vraag of er GES+ settings zijn die hiervoor ingezet kunnen worden,

en organisatorisch kunnen bijdragen tot een groter en qua beveiliging meer gedifferentieerd (zo open mogelijk) residentieel aanbod.

Of er een dienst voor medium/high risk + **high security** (plus psychiatrische problematiek) nodig is bovenop de bestaande diensten is maar te beantwoorden indien de bepleite dieptepeiling is gerealiseerd.

Als dergelijke orthopsychiatrische unit er al zou moeten komen (zie ook verderop), dan moet er over gewaakt worden dat de plaatsen beperkt blijven, de instroom onder zeer expliciete criteria (via een *multidisciplinaire beslissingcommissie*) gebeurt (en dus niet op exclusieve beslissing van de jeugdrechter) zodat een verblijf in dergelijke high-security instelling niet een reactie op een probleem wordt, maar een programma gericht op realiseren van bereikbaarheid en opstarten van interventies. Een beslissingsproces waarin zorgexpertise in dialoog met jeugdrechterlijke expertise oordeelt over de nood aan dergelijke zorgcontext is volgens de werkgroep de enige manier om de perverse effecten van een dure, sterk personeelsbezette setting met beperkte plaatsen te vermijden, zodat deze niet in de kortste keren terug in medialogica terecht komt en iedereen met particulier belang zo luid mogelijk zal roepen dat er plaatsen te weinig zijn. Een gesloten zorgcontext met maximale beveiliging voor high-risk jongeren is niet alleen het ultimatum remedium, maar ook het ultimatum remedium met gemiddeld het laagste rendement.

De werkgroep staat hoe dan ook zeer ambivalent t.a.v. zeer dure en intensieve projecten aan het einde van ontwikkelingstrajecten van minderjarigen. De eerder geformuleerde premissen maken duidelijk dat adequate zorg synoniem is voor vroegtijdige aandacht voor minder goed lopende ontwikkelingstrajecten én positieve ondersteuning van (nog) adequaat lopende ontwikkelingstrajecten. We denken dan ook dat dergelijke initiatieven (en vooral de bijhorende budgetten) waarschijnlijk beter verplaatst zouden worden naar blokkerende ontwikkelingstrajecten (voor jongeren in de leeftijdscategorie 10-14 jaar; zie ook V.2 en V.3).

Immers, hoe meer budget er wordt gependend aan projecten op het einde van zorgtrajecten, hoe

- minder budget er is om het faciliteren en ondersteunen van ontwikkelingstrajecten kennisgestuurd te heroriënteren naar voorgaande fases;
- minder zorgcentra in voorgaande fases zich aangesproken zullen voelen om ook bij minder gemakkelijke dossiers te investeren;
- minder zorgcentra in voorgaande fases zich aangesproken zullen voelen om hun eigen doelen integer te proberen realiseren;
- sneller de geëigende zorgcentra zich aangesproken zullen voelen om aan te geven dat het niet gaat en dat er meer nodig is.

Binnen een wat langer tijdsperspectief kijkend, twijfelt de werkgroep sterk aan de noodzaak hiervan, **indien** de bevoegde autoriteiten werk maken van heroriëntatie van zorg voor startende ontwikkelingstrajecten en voor waarschuwingssignalen tijdens de

eerste en tweede maatschappelijke scharnier tussen de besproken ontwikkelingsfasen (II.1.2 en II.1.3). Zie hiervoor de verbetervoorstellen in V.2 en V.3.

De werkgroep denkt wel dat er nood is aan het (zoveel als mogelijk, open-) **residentieel bij elkaar brengen én integreren van expertise** (bv. minstens één per provincie) inzake het implementeren en volhouden van een leef- en behandelklimaat dat psychiatrisch, (ortho-)pedagogisch, psychologisch en sociaal gedragen wordt. Onze formulering is complex, omdat het gaat over expertise die nu tussen sectoren en lokale settings is verspreid, waardoor dit voorstel methodisch intersectoraliteit veronderstelt, én dus zorgfunctionele integratie van de aanwezige expertise. De verschillende disciplines hebben t.a.v. specifieke doelgroepen immers geëigende expertise ontwikkeld in hoe jongeren met blokkerende ontwikkelingstrajecten constructief ondersteund kunnen worden.

Tenslotte:

De veronderstelde leeftijd van deze jongeren betekent dat de overgang van administratieve structuren verantwoordelijk voor minderjarigen op zeer korte termijn moeten kunnen omschakelen naar administratieve diensten verantwoordelijk voor volwassenen, en dat ook daar een inventaris wenselijk is van settings die op deze overgang willen én kunnen ondersteunen.

Dit via het VAPH en de persoonsgebonden financiering organiseren, of in zorgfunctionele schakelingen tussen kinder- en volwassenenpsychiatrie, is in de hier-en-nu situatie voor de hand liggend en kan objectief ook niet moeilijk zijn, tenzij administratief wordt vastgehouden aan regellogica i.p.v. zorglogica (zie ook hieronder). Echter, we denken dat men ook hier zal stuiten op visie-verschillen over hoe zorg moet geboden worden aan jongvolwassenen wiens ontwikkeling is vastgelopen—en dat onze analyse inzake zorgfunctionaliteit ook wel eens zeer relevant zou kunnen zijn voor de volwassenenzorg.

Een bijkomend voordeel van de geadviseerde dieptepeiling zou hier-en-nu zijn dat jongeren die effectief als ‘complex’ worden beoordeeld, in een adem door ook een weliswaar administratief maar ook zorgfunctioneel relevant label zouden kunnen krijgen die deze schakeling helpt maken, zonder dat er nu onmiddellijk veranderingsmanagement binnen én over de sectoren dient te gebeuren.



## ***V.2 Ten aanzien van de aanstroom van jongeren met complexe problematiek.***

We identificeerden twee cruciale maatschappelijke overgangperiodes (scharnieren) tussen de fasering van ontwikkelingstrajecten. De tweede scharnier, waar jongeren zich identiteitsvormend beginnen te positioneren t.a.v. wat al gevestigd was, en die we in een bereik tussen 10 en 14 jaar kunnen leggen (met als ‘middenpunt het starten in secundair onderwijs), is waar sterke autonomiedrang zich volop *begint* te tonen, en deze kan vervormen en disfunctioneel maken indien het er aan voorafgaande ontwikkelingstraject onvoldoende adequaat verliep, en/of de fysieke en relationeel-sociale omgeving, in interactie met de gegevens van de jongere, de ontwikkeling van een identiteit met adequate morele zelfsturing bemoeilijkt of onmogelijk maakt.

Indien we willen realiseren dat de huidige groep jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten afneemt, is het essentieel om parallel met het in kaart brengen van deze hier-en-nu golf preventief in te zetten op ombuigen van extreem *blokkerende* ontwikkelingstrajecten. Dit betekent nadenken over hoe zorgfunctionaliteit gefaseerd in de jeugdzorg kan worden binnengebracht, bekeken vanuit de transactie tussen jongere, hulpverlening en samenleving.

Dit alles is niet mogelijk indien administratieve structuren en regels werkzame, snel inzetbare, en flexibele ondersteunings/begeleidings/behandelingstrajecten bemoeilijken. M.a.w., er moet gezocht worden naar een manier waarop ***integraliteit binnen een zorglogica*** wordt geïnstalleerd zonder verzeild te geraken in logge en zeer trage veranderingsprocessen die de zorgverkokering hopen af te bouwen

Voorstellen moeten passen in een langere termijn veranderingsmanagement en zich progressief verplaatsen naar vroegere leeftijdsfasen (bv.. kwetsbare jongeren en context zeer vroeg en – waar nodig - intensief ondersteunen in de thuiscontext of in pleeggezinnen/gezinstehuizen), gericht op het introduceren én bewaken van zorgfunctionaliteit.

Ze vragen expliciete top-down beslissingen en stapvoetse heroriëntatie van budgetten – van shadebeperving naar steeds vroeger in de ontwikkelingstrajecten van kinderen constructief ondersteunen en aansporen. (Dit zal gedurende een faire periode extra budgettering vragen om de overbrugging te maken, zie ook V.3).

Ze moeten transactioneel zijn: niet enkel gericht op de jongere (en zijn/haar context), niet enkel gericht op de zorgverlener, niet enkel gericht op de samenleving, maar op de drie tezelfdertijd.

***V.2.1 Constructie van een diagnostisch exoskelet rondom de zorginstellingen heen zodat kwaliteitsvolle diagnostiek bewaakt én interne zorgevaluatie gefaciliteerd wordt.***

a) onderliggende managementlogica

Zes zeer sterk beregelde administratieve entiteiten die autonoom functioneren, zijn spelers op het jeugdzorgveld, ook al hebben ze inherent overlappende finaliteiten, voeren ze soms overlappende tot gelijkaardige taken uit, én komen jongeren vaak tegelijk of achtereenvolgens met meerdere tot alle van deze autonome sectoren in contact. We gaven eerder aan dat het zorgveld organisatorisch niet werkzaam is, in de eerste plaats omdat administratieve regels de illusie van zorgfunctionaliteit installeren. We kunnen drie grote veranderingsstrategieën bedenken om deze problematiek aan te pakken.

Een eerste is nu onmiddellijk de sectoren afschaffen en één dienst oprichten die als algemene finaliteit heeft het ondersteunen van adequate ontwikkelingstrajecten, d.w.z. gericht op morele zelfsturing, constituerende vaardigheden en attitudes, en burgerschap. Vanop afstand zou dit de voor de hand liggende optie kunnen lijken. Dit lijkt ons echter, met de gegevens die ons ter beschikking zijn, een traject dat erg veel tijd in beslag neemt (in de veronderstelling dat alle sectoren hier constructief mee zouden aan de slag gaan), en lijkt dus geen snelle oplossing die de problematiek verbetert.

Een tweede optie is de sectoren rond de tafel brengen en ze laten bekijken hoe ze integraliteit kunnen realiseren. Dit is echter een constante aanpak in de jeugdzorg, botst op het gegeven dat er een regellogica primeert, en blijkt niet echt te werken (ongetwijfeld is er in termen van diensten die met elkaar lokaal overleggen soms integrerende zorg, maar dit wordt op cliëntniveau niet als integraal ervaren). We zien niet hoe dit nú plots wel zou slagen, en zou slagen binnen een realistisch tijdsvenster zonder opnieuw in een administratielogica terecht te komen.

Een derde optie is om de sectoren voorlopig autonoom te houden/te laten zijn, maar deze “nudgend” in te bedden in een zorgfunctionele deken die in eerste fase voor jongeren binnen de 2e maatschappelijke scharnier werkzame zorgtrajecten mogelijk maakt, én zichtbare aanzet maakt om de jeugdzorg om te buigen tot een écht constructieve aanpak op maat van kinderen en hun context. We bepleiten deze derde optie als tussenstap voor optie 1.

We stellen voor te beginnen met het leggen van een diagnostisch exoskelet over de verschillende sectoren heen. Een exoskelet is een extern systeem rondom een organisme/organisatie dat de kracht van de organisatie van buitenuit versterkt, zonder de organisatie op zich te veranderen. Dergelijk zorgfunctioneel georganiseerd diagnostisch systeem wordt als het ware als een zenuwcentrum over de individuele

sectoren gelegd. Het zal bijdragen tot beter inschatten en aanspreken van de toekomstige jongeren met complexer wordende problematiek; én het installeert de eerste, fundamentele functionele relaties voor een werkzame zorgorganisatie.

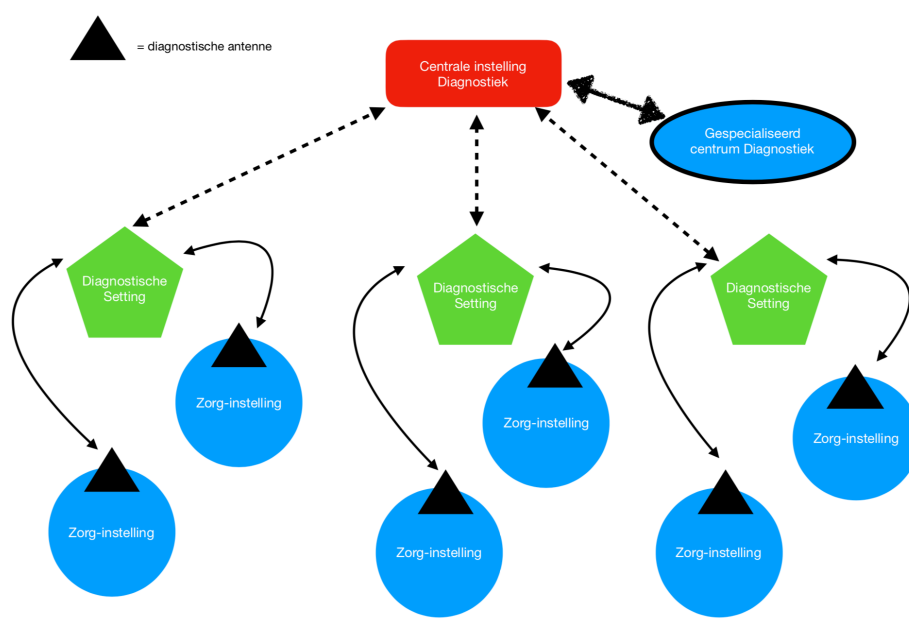
### b) Waarom?

We gaven aan dat de jeugdzorg zorgorganisatorisch disfunctioneert omdat o.a. de diagnostische fase onvoldoende degelijk tot niet wordt geïmplementeerd. Er is binnen de jeugdzorg grote handelingshaast bij het begin van een zorgtraject dat zich, indien het behandeling/begeleidingsproces onvoldoende vlot loopt of geen gewenste resultaten oplevert, te snel vertaalt naar handelingstwijfel, en dan naar handelingsverlegenheid en handelingsweigering. Dit destructief proces start én eindigt bij de afwezigheid van adequate diagnostiek in al haar aspecten en dimensies.

De huidige aanwezigheid van het kwaliteitscentrum diagnostiek lost dit probleem niet op. Het centrum, hoe belangrijk ook, kan enkel aangeven hoe het zou moeten, hoe het zou kunnen. Er is nood aan actieve bewaking én uitvoering van diagnostische kwaliteit, en gezien de stand van zaken in Vlaanderen, actieve aansturing van invoering van gestructureerde en handelingsgerichte diagnostiek.

### c) Wat? Structuur en zorgfunctionaliteit in een zorgorganisatie

Het exoskelet is een organisatie van settings die enkel instaan voor kennisgestuurde, multidisciplinaire diagnostiek doorheen het faciliteren en ondersteunen van ontwikkelingstrajecten van jongeren (figuur 3).



Figuur 3. Een voorstel tot exoskelet van diagnostische functionaliteit

Het netwerk wordt aangestuurd en in kwaliteit bewaakt door een Centrale Instelling Diagnostiek. Centraal in het netwerk staan goed met elkaar verbonden en extern beregelde maar vlot bereikbare lokale diagnostische settings. Diagnostische settings hebben diagnostische antennes binnen zorginstellingen in hun regio.

Een Centrale Instelling Diagnostiek staat in voor (a) aansturing van de diagnostische instellingen, (b) aanbieden van opleidingen en supervisies, (c) registratie van (verloop van) ontwikkelingstrajecten binnen de zorgorganisatie, en (d) diagnostisch onderzoek gericht op kwaliteitsbehoud -en verbetering. Op termijn wordt het een onderdeel van een op te richten *Centrale Dienst Zorgevaluatie* (zie V.3).

Het lijkt ons evident dat dergelijke centrale instelling diagnostiek nauwe banden heeft met de academische en professionele onderzoeksinstituten, personeel heeft dat wetenschappelijk geschoold is, en zich in de realiteit houdt door ook zelf diagnostiek uit te voeren – we zouden kunnen denken aan een regelmatig diagnostiek-uitvoerend bad in een diagnostische setting. Dergelijke Centrale Instelling Diagnostiek telt een ruim personeelsbestand. Indien we extrapoleren vanuit deels gelijklopende Nederlandse initiatieven dan spreken we van een multidisciplinair team van minstens 20 tot 30 onderzoekers/opleiders.

Diagnostische settings voeren multidisciplinaire diagnostiek uit, en zijn bewakers van informatiele continuïteit. Hun taken kunnen worden opgesplitst in twee verzamelingen.

Enerzijds staan ze in voor diagnostiek van een ontwikkelingstraject. Anderzijds bewaken ze mee de evaluatie en bijsturing van diagnostiek in settings. Deze tweede taak gebeurt door diagnostische antennes binnen de interventie-settings.

Diagnostische antennes zijn mini-teams die binnen zorginstellingen kwaliteit van diagnostiek garanderen:

- ze zijn het aanspreekpunt voor behandelaars en hulpverleners inzake diagnostiek,
- ze verzamelen informatie over begeleiding/behandelingsverloop,
- voeren bijkomende diagnostiek uit (of roepen de verantwoordelijke diagnostische setting in) indien de behandelsetting gemotiveerd aangeeft dat ze twijfelt over de beeldvorming, ondersteunen vanuit diagnostisch perspectief de hulpverlening, of als behandelverloop de noodzaak tot evaluatie en bijsturing van een zorgtraject aangeeft.
- Ze verwijzen, in overleg met de diagnostische setting, en via het centrum diagnostiek, naar meer gespecialiseerde diagnostische units indien dit zich opdringt.

Er is tenslotte een beperkt aantal zeer gespecialiseerde diagnostische units, gericht op problematieken die omwille van hun kenmerken specialistische methodieken behoeven: bv.. één diagnostische dienst voor ASS, één dienst voor forensische diagnostiek. Een vermenigvuldiging van dit soort gespecialiseerde diensten moet actief vermeden worden, en indien reeds bestaand, afgebouwd. We menen niet dat er meer dan één van elk nodig is. Het zwaartepunt in diagnostiek worden diagnostische settings—ze moeten

zelf, dus lokaal, in staat zijn om diagnostiek pervasieve ontwikkelingsstoornissen, of psychotisch functioneren, of ontwikkelende psychopathie, of forensische diagnostiek uit te voeren...

De output van een diagnostische setting is niet vrijblijvend maar bepalend voor wat volgt. De setting die verantwoordelijkheid voor een blokkerend ontwikkelingstraject opneemt, is verplicht om interventies op te stellen die passen binnen de voor en met deze jongere geformuleerde handelingsgerichte diagnostiek.

De werkgroep meent dat dit laatste niet sterk genoeg kan worden benadrukt. Het betekent dat partijen die zorg aanbieden niet kunnen kiezen voor wie ze zorg aanbieden, en welke zorg ze aanbieden, maar dat de voorafgaande stap dit vastlegt (omdat deze weet dat naar welke setting hij dient te verwijzen). De zorg die na een diagnosestelling aangeboden wordt, is geen vrijblijvende activiteit. Ze is gebonden aan deze diagnostische analyse. De **output** die een zorginstelling aflevert is het resultaat van uitgevoerde programma's. Deze output is én resultaat, én nieuw aspect van de diagnostische cyclus.

Dit alles betekent tenslotte dat met **alle** betrokken diensten, instellingen, projecten, en partners expliciete eerder dan beleefde maar lege zorgfunctionele contracten zullen moeten worden afgesloten én geëvalueerd.

#### d) Waar?

Waar de Centrale Instelling Diagnostiek komt is niet zo relevant, zolang het maar goed verbonden is met de relevante partners gericht op kennisgestuurde, multidisciplinaire diagnostiek.

De diagnostische settings dienen zo dicht mogelijk bij contexten zelf te worden ingebed. Dit impliceert twee zaken.

Allereerst, diagnostische settings komen zo dicht mogelijk in de nabije omgeving van jongeren en ouders zelf—op deze manier wordt de kans op hun actieve betrokkenheid verhoogd. Idealiter betekent dit dat er diagnostische centra komen in gemeenten. Bij scholen en in Huizen van het Kind lijken voor de hand liggende locaties. Dit betekent voor de tweede dat ze verder uitgebreid moeten worden; in gemeentes zichtbaar zijn als bakens voor raad, ondersteuning, bevraging en aansturing van de nodige zorg; én functionele relaties met scholen aangaan. Voor scholen betekent dit dat de afbouw van scholen in gemeenten ten voordele van grote agglomeraties herbekeken moet worden.

Ten tweede, dat de diagnostische settings ook letterlijk gemobiliseerd worden, door te faciliteren dat ze ook in, binnen, én met de context het diagnostisch onderzoek kunnen uitvoeren.

De diagnostische antennes zijn gelokaliseerd binnen settings, maar zijn er onafhankelijk van, en hangen rechtstreeks af van de diagnostische settings.

e) Hoe?

De sectoren beslissen tot het vrijgeven van middelen die eerder verspreid binnen hun eigen sector voor diagnostische taken waren bedoeld, en brengen deze bij elkaar om het hierboven beschreven diagnostisch netwerk te realiseren, dat als een exoskelet over de sectoren heen wordt geplaatst.

Gezien de empirische stand van zaken, zullen diagnostische settings waarschijnlijk inhouden dat CLB's, K&G, MDT's en opvoedingswinkels functioneel samen gaan, en dat dit ook aanzet wordt voor installeren multidisciplinariteit. Deze zullen echter versterkt, verdiept en verrijkt moeten worden met inzet van beschikbare middelen en expertise uit de o.a. CGG's en kinderpsychiatrie.

De middelen die binnen de jeugdhulp zijn voorzien (via bv., typemodules brede instap, info&advies, diagnostiek, hulpcontinuïteit ...) voor diagnostiek kunnen deels gebruikt worden om deze diagnostische centra uit te bouwen of te versterken, maar deels ook om diagnostische antennes te maken binnen zorginstellingen (zie hieronder)—D.w.z. dat de diagnostiek uit het takenpakket van zorginstellingen wordt gehaald, gecentraliseerd binnen de nieuwe diagnostische centra, en dat de versterkte teams trajectcoherentie kunnen verzekeren, ook als brug van RTJ naar NRTJ. Jongeren (en hun ouders) die tijdens hun ontwikkelingstrajecten ondersteuning, aansturing, behandeling nodig hebben weten nog voor ze de vraag stellen (of hen het aanbod wordt gedaan) wie het aanspreekpunt zal zijn.

Dit wordt enkel mogelijk indien er een rem wordt gezet op nieuwe (experimentele) projecten die zich (zeer) laat situeren binnen ondersteunde ontwikkelingstrajecten. De beoogde verandering van perspectief binnen de jeugdzorgorganisatie, van curatief tot preventief en constructief ondersteunend, is enkel mogelijk indien budget radicaal en volgehouden wordt georiënteerd naar de vroegere ontwikkelingsfasen.

f) taken in eerste fase.

Met eerste taken wordt enkel bedoeld dat het diagnostisch netwerk best hiermee begint, én van daaruit haar taken en bijhorende expertise uitbreidt.

Gebaseerd op wetenschappelijke kennis en een kennisgestuurd perspectief:

- formulering van, en geprotocolleerd invoeren van gerichte screening en 'alarm-checklists' die toelaten snel waarschijnlijkheid van sterk blokkerende ontwikkelingstrajecten te identificeren. Dit biedt minstens 2 voordelen: enerzijds draagt het bij tot organisatie van zorgfunctionaliteit; voor de hulpverlener biedt het

handelingshouvast eerder dan aanzet tot handelingsverlegenheid (of reactie op het probleem in plaats van interventies t.a.v. de oorzaken van het probleem). In tijd, lijkt het evident dat deze zich in eerste fase op de in II.1.3 vermelde scharniermomenten richten.

- Voor risico op escalerende auto-destructiviteit bestaan professioneel-structurende inschattingsprotocollen die risico -en promotieve factoren in kaart brengen en een risiconiveau helpen bepalen; En waarbij de risicotaxatie onderdeel is van case formulation en management;
  - Voor (escalerende) agressie bestaan eveneens instrumenten om behandelingsintensiteit te bepalen;
  - Voor inschatten van beveiligingsniveau is de wetenschappelijke literatuur minder sterk uitgebouwd, maar zijn er bruikbare aanzetten te vinden.
- Kennisgestuurd optimaliseren van diagnostiek bij jongeren waar belangrijke signalen van blokkering geïdentificeerd werden. Mogelijkheid zou zijn om tijdelijk een mobiel ‘expertenteam’ samen te stellen die op basis van de alarm-checklists lokale settings ondersteunt bij professioneel redeneren inzake handelingsplanning;

### ***V.2.2 Herstelgericht ondersteunen van teams betrokken op jongeren met blokkerende ontwikkelingstrajecten.***

We analyseerden in sectie III de hier besproken problematiek als een transactie tussen

- **én** op destructieve autonomie ingestelde jongeren wiens ontwikkelingstraject in belangrijke mate geblokkeerd geraakt is,
- **én** een samenleving die in een paradoxale dynamiek van onverschillige overcontrole verstrikt is,
- **én** zorgverstrekkers die in deze spanning als burger mee verstrikt zijn, én als zorgverstrekker niet langer geloven dat het nog lukt.

Een gedegen aanpak van de problematiek vooronderstelt ingrijpen op de drie aspecten. In besef dat de samenleving als geheel buiten bereik ligt, is het ons inziens essentieel dat niet alleen aan de kant van de jongere wordt gewerkt (zoals het voorgestelde diagnostisch exoskelet mee beoogt), maar dat de hulpverlening zelf ook wordt versterkt.

Settings hertalen dergelijke versterking, binnen de dominante administratieve logica, snel als een vraag tot extra budget. De realiteit leert dat dit slechts tijdelijk soelaas biedt, en de problemen niet ten gronde ten goede keert.

Het hier beschreven voorstel kiest extra ondersteuning te geven aan teams die bereid waren en zijn om met blokkerende ontwikkelingstrajecten aan te slag te gaan op een

kennisgestuurde manier, maar waar de teams in impasse en handelingsverlegenheid/handelingsweigering verzeild zijn geraakt of dreigen verzeild te geraken.

#### a) Voor wie?

Teams die

- in het verleden kozen met blokkerende ontwikkelingstrajecten (tussen 10-14 jaar) aan de slag te gaan; en
- die zich engageren om dit ook nu te blijven doen;
- en zich engageren om aangeboden kennisgestuurde methodieken integer te implementeren; *maar*
- wier teams van hulpverleners het noorden kwijt geraakt zijn; waar ziekteverzuim en personeelsverloop belangrijke signalen zijn dat het allemaal niet meer lukt; waar aantoonbare objectieve handelingsverlegenheid/weigering meer en meer de inclusiecriteria bepalen; *of*
- waar teams merkbaar angst hebben om deze zorginterventies te stellen die ze zouden willen stellen ook al zijn ze nog niet gekwetst door eerdere ervaringen.

Op langere termijn zouden deze 'herstel'teams kunnen worden ingezet om tijdelijk teams te ondersteunen/op te vangen wanneer er een zeer ernstig agressie- (of suïcide-)incident heeft plaatsgevonden en het team er onderdoor dreigt te gaan, mits behoud van engagement t.a.v. de jongere.

#### b) Wat?

We stellen voor dat er 'herstelteams' worden samengesteld, die via in-service training tot taak hebben om teams te heroriënteren naar eerst werkzame attitudes en dan methodieken om met dergelijke jongeren ontwikkelingstrajecten te faciliteren en te ondersteunen. Hun inzet is om hopeloosheid, aarzeling, twijfel, en escalerende zorgdestructiviteit onder ogen te zien, te benoemen, en in overleg en samenwerking met de teams zelf om te buigen tot handelingszin en verder handelingsengagement.

Deze herstelteams bestaan in de eerste plaats uit zeer ervaren praktijkdeskundigen die willen luisteren, hun eigen ervaring delen, en kunnen aanspreken en stimuleren tot reflectief en groeiend optimisme. Ze worden aangevuld met wetenschappelijke expertise om waar ook mogelijk in te haken op mogelijkheden tot methodisch en professioneel gestructureerd handelen.

Deze praktijkdeskundigen worden bv. halftijds vrijgesteld om het in-service herstel aan te bieden.

Parallel hiermee wordt met de teams nagegaan hoe ze zich kunnen intekenen in bepaalde interventies, waar ze in tweede fase in getraind worden.



### c) Hoe?

Het samenstellen en activeren van herstelteams betekent beschikbaar (vrijgemaakt, geheroriënteerd) budget investeren in een herstelgerichte opleidingsgolf voor deze zorginstellingen die onder de hierboven vermelde criteria vallen.

### ***V.2.3 Inventariseren, beschikbaar stellen en beginnen implementeren van interventies gericht op problemen geassocieerd met sterk blokkerende ontwikkelingstrajecten. Oprichten van een kwaliteitscentrum Jeugdzorg.***

De kans dat binnen het ontwikkelingsvenster van 10-14 jaar om historische eerder dan dispositionele oorzaken reeds totaal geblokkeerde ontwikkelingstrajecten aanwezig zijn is klein (d.w.z., niet onmogelijk maar weinig waarschijnlijk). Het functioneel maken van diagnostische taken moet kunnen schakelen op zorginstellingen die gepaste interventies hanteren.

Implementeren van interventies vooronderstelt kennis en beschikbaarheid ervan. Een eerste stap is daarom het opmaken van een lijst van dergelijke interventies voor specifieke veroorzakende processen (agressiviteit, radicaliserende autonomiedrang, ernstig zelfverwondend gedrag, ...); en voor aspecten van responsiviteit op niveau van jongere en context, en op niveau van de behandelaars/behandelteams.

Voor elk van deze “problemen” bestaat een diversiteit van interventies die beantwoorden aan de kennisgestuurde criteria. Het is echter niet omdat een interventie, eng opgevat, op wetenschappelijke principes of empirische evidentie is gebaseerd, dat ze zich zomaar laat implementeren binnen de specifieke Vlaamse context, of binnen de geografische of sociaal-culturele specificiteiten van een stad of regio. Ook personeelsleden van een zorginstelling, de zorginstelling zelf, hebben kenmerken die impact kunnen hebben op de werkzame, integere implementatie van interventies.

Eenmaal beschikbaar en afgestemd op lokale specificiteit, moeten zorginstellingen “aangemoedigd” worden zich hierop in te tekenen. De werkgroep denkt dat dit niet op korte termijn veralgemeend kan gebeuren voor alle zorginstellingen.

We menen dat dit binnen de context van dit kwaliteitscentrum Zorg in de eerste fase zal betekenen dat ‘herstel-teams’ en wetenschappers samenzitten om, per individuele zorginstelling betrokken bij aanbeveling V.2.2., te bekijken welke interventies op welke manier kunnen worden geïmplementeerd.

Het op te richten Kwaliteitscentrum Zorg smelt op termijn samen met een Centrale Dienst Zorgevaluatie (V.3.2). Dit Kwaliteitscentrum Zorg impliceert, indien we opnieuw extrapoleren vanuit de Nederlandse context, een personeelsbestand van minstens 20-30 onderzoekers en ‘science-practicioners’.

#### ***V.2.4 T.a.v. relationele continuïteit***

Onderzoek leert dat jongeren vaak minder belang hechten aan feitelijke optimale relationele continuïteit, maar aan het gevoel dat ze fair/procedureel rechtvaardig worden benaderd, en inspraak hebben. Verder investeren in gepast schakelen tussen settings is noodzakelijk. We denken in het bijzonder dat moet nagedacht worden hoe het begrip ‘warme overdracht’ geoperationaliseerd kan worden. Dit veronderstelt op haar beurt een aanzet maken van fundamenteel-wetenschappelijk nadenken over vertrouwelijkheid in zorg, en het stap voor stap operationaliseren van input-outputrelaties tussen settings.

We kunnen hier ook implicaties trekken vanuit de eerder geformuleerde inhoudelijke premissen.

Leren en ontwikkelen situeren zich steeds binnen relaties, en evolueren van dichtbij relaties tot minder intieme en meer diverse relaties. Relatie-continuïteit start dus met maximaliseren dat de bestaande relationele context gecontinueerd kan worden, maar ook in besef en uitdragen dat relaties van vorm kunnen veranderen, en soms moeten schakelen naar andere, nieuwe, maar ook belangrijke relaties. Dit kan o.a. door de afstand tussen gezin en settings minimaal te houden, en door vroeg eerder dan (te) laat zorg aan te bieden. Het kan ook door relationele context aanklampend te betrekken in elke mogelijke fase van een individueel ontwikkelingstraject, en door bv. ook op zich residentiële settings open te houden eerder dan gesloten. Het kan ook door onderdelen van de organisatie meer te delokaliseren en de bewegingen om te draaien: niet cliëntstelsel naar setting, maar setting naar cliëntstelsel.

Aanbieden van zorg dichtbij waar ouders/primaire zorgfiguren wonen is om meerdere redenen essentieel. Het volgt uit de inhoudelijke premisse van hechting en hechtingevoluitie. Ouders zijn tot en met het tweede scharniermoment essentiële partners bij behandelingsinterventies: elk obstakel dat hun participatie in behandelprogramma's vermindert dient daarom vermeden te worden. Dit is nog meer van belang bij kansarme en een-oudergezinnen waar aanbieden van zorg ook negatieve gevolgen heeft voor het gezinssysteem (in de eerste plaats op tijd en budget). Kansarme gezinnen vragen dat het logisch is dat ze zich 50 of 100 km verplaatsen voor een diagnostisch onderzoek of voor gespecialiseerde zorg is niet evident en niet gewenst.

### ***V.2.5 Ten aanzien van informatiele continuïteit.***

De werkgroep meent dat de codificatie van vertrouwelijkheid in behandeling tot beroepsgeheim, niet (langer) de realiteit vat van behandeling als handelen in een zorgfunctionele schakeling tussen settings. Vertrouwelijkheid en beroepsgeheim fundamenteel herdenken en doordenken zodat het up-to-date gemaakt kan worden om ontwikkelingstrajecten te ondersteunen en te faciliteren, maar wel de essentiële bescherming blijft bieden, is werk van langere adem.

De informatie-doorstroom is echter ook een essentieel aspect van hoe zorgcontexten met elkaar geschakeld zijn. Er werden zeer recent draaiboeken ontwikkeld, vertrekkend van de huidige juridische gegevenheid. Dit is een belangrijk initiatief op korte termijn, maar wordt o.i. best gevolgd door een *multidisciplinair én fundamenteel* doordenken van de onderliggende morele en klinische concepten en hun mogelijke vertaling in juridische concepten.

We beperken deze sectie in afwachting daarvan tot enkele krachtlijnen.

Ons inziens zou het een grote stap vooruit zijn, zij het niet het einddoel, indien informatiele continuïteit minstens op lokale schakelingen tussen settings wordt gerealiseerd. Noteer allereerst dat dit explicitering van een nu afwezige zorgfunctionaliteit vooronderstelt. Om dit te realiseren moeten relaties tussen settings zorgfunctioneel geformuleerd worden.

Implementatie van het diagnostisch exoskelet is alvast een stap om meer functionele informatiele continuïteit te bereiken: diagnostische antennes dragen bij tot interne opvolging en eventuele bijsturing van diagnostiek; deze informatie is onderdeel van diagnostische settings die communicatie van diagnostische (dus zorgrelevante) informatie tussen ketens van een maatschappelijk ondersteunde ontwikkelingstrajecten realiseren. De Centrale Instelling Diagnostiek ontvangt en beheert de relevante informatie over diagnostische instellingen heen.

Opvoedingsverantwoordelijken en jongeren zijn vanaf het begin eigenaar van 'het dossier'. Wanneer iemand ergens beroep doet op zorg binnen RTJ of NRTJ dient minstens een screening te gebeuren door een diagnostische instelling, die mits toestemming van de betrokkenen (bv. op de manier waarop het nu reeds gebeurt tussen K&G en CLB) de informatie in een dossier 'ontwikkelingstraject' binnenbrengt en doorheen zorgschakels vasthoudt.

Dit situatie is eerder gelijkend op het voorstel 'informatiele continuïteit' zoals ons door de administratie bezorgd, met dit verschil dat de informatie aanwezig binnen het diagnostisch exoskelet *zorgrelevante informatie is die zorgfuncties vervult*.

### ***V.2.6 Een prospectieve studie bij de 'high-risk' groep***

We vermeldden eerder dat we bijzonder weinig weten over de groep van jongeren bij wie de ontwikkelingstrajecten blokkeren. Dit betekent eveneens dat we weinig weten over welke jongeren, ondanks hun high-risk profiel en een blokkerend of reeds geblokkeerd ontwikkelingstraject, het uiteindelijk toch goed beginnen te doen, en desondanks alles op een kwaliteitsvolle plaats met uitoefening van morele zelfsturing terecht komen ....

De werkgroep denkt dat er op korte termijn moet nagedacht en werk gemaakt worden over hoe dergelijke studie, bv. bij jongeren vanaf 8 jaar, kan worden opgezet in synergie tussen onderzoeksteam en zorgorganisatie; aangevuld met een longitudinale deelstudie bij jongeren met nu reeds geblokkeerde ontwikkelingstrajecten.

### **V.3 Verbetervoorstellen op langere termijn**

Acties met betrekking tot de doelgroep nu, zijn “schadebeperkende” maatregelen. De voorgestelde acties t.a.v. de continue instroom (op de leeftijdsscharnier 10-14 jaar) zijn aanzetten tot meer fundamentele verandering en passen binnen de logica van toenemende zorgfunctionaliteit, maar lossen het probleem ten gronde niet op. Ze verschuiven de investering van schadebeperking naar beheersing, maar niet de beoogde fundamentele heroriëntatie van de jeugdzorgorganisatie.

De werkgroep acht het essentieel, hoe kort en schematisch ook, te expliciteren wat er in haar wetenschappelijke inschatting écht én ten gronde zal moeten gebeuren om het probleem van jongeren die door de hulpverlening losgelaten worden, maximaal te vermijden.

We dienen daarom de consequenties van de inhoudelijke premissen toe te passen (V.3.1); en de aanzetten tot zorgorganisatorisch veranderingsmanagement (V.3.2., V.3.3, en V.3.4) verder uit te werken.

#### **V.3.1 De Centrale instelling diagnostiek en het kwaliteitscentrum Zorg integreren binnen een op te richten Centrale Dienst Zorgevaluatie**

Er wordt op het werkveld zeer gevloekt op het bestaan van meerdere sectoren. Ook de werkgroep herkent de redenen hiertoe. Het is echter veel moeilijker te zien hoe er op administratief niveau niet bijna vanzelfsprekend meerdere ‘specialismen’ zullen zijn. We probeerden aan te geven dat het *structureel* bestaan van administratieve afdelingen binnen een zorgfunctioneel werkende organisatie geen last *hoeft* te zijn.

Ons voorstel om **zeer snel** te starten met de implementatie van zorgfuncties — in het bijzonder een diagnostisch exoskelet over de bestaande instellingen heen, gecombineerd met een kwaliteitscentrum zorg — zullen hiertoe meest optimale en ook meest nodige **eerste** stappen zijn.

Een zorgorganisatie die functioneert dient echter ook haar doelstellingen te realiseren, en haar finaliteiten te blijven bewaken. Dit vooronderstelt (a) expliciet en transparant formuleren van deze doelen en finaliteiten, en (b) een setting binnen de zorgorganisatie die het behalen van doelen binnen de vooropgestelde finaliteiten registreert, evalueert, en wanneer nodig bijstuurt.

We formuleerden wat vanuit wetenschappelijk perspectief de doelen en finaliteiten (in hun algemeenheid) zouden moeten zijn, en verwijzen hiervoor naar II.1.6 en II.1.7.

Bij de beschrijving van het voorstel van een diagnostisch exoskelet gaven we reeds aan dat diagnostische satellieten, samen met diagnostische instellingen, interne zorgevaluatie doen, d.w.z. actief oog houden op de werkzaamheid van toegepaste interventies bij individuele ontwikkelingstrajecten.

Er is echter meer nodig. Een zorgorganisatie heeft een externe dienst nodig die de werkzaamheid van interventies en programma als geheel kan evalueren.

Zorginstellingen hebben een natuurlijke neiging om evaluaties te proberen vermijden, of deze naar hun hand te zetten. De werkgroep maakte duidelijk dat de organisatie van zorgevaluatie niet door de zorginstellingen zelf kan gebeuren—noch in het bepalen en vastleggen van de evaluatiecriteria, noch in het bepalen van de evaluatiemethodieken, noch in het bepalen van de consequenties van de zorgevaluaties. Zorginstellingen hebben wel het recht om niet afgerekend te worden op wat ze niet zelf in de hand hebben, en kunnen niet verwacht worden het perfect te doen. En zoals eerder aangegeven, zorgevaluatie is geen evaluatie van een setting maar van een interventie en/of programma.

Er is hier voorbereidend werk te doen door de overheidsdiensten, aangestuurd door wetenschappelijke expertise die *autonoom van instellingen functioneert*.

Dergelijk voorbereidend werk kan er m.a.w. niet in bestaan dat aan stakeholders wordt gevraagd waarop én hoe ze geëvalueerd zouden willen worden. Dit is het prerogatief van de opdrachtgever.

In zijn algemeenheid betekent dit: vastleggen van proximale zorgdoelen én expliciete motivering van deze proximale zorgdoelen binnen een aanvaarde maatschappelijke finaliteit — die in de ogen van de werkgroep in elke vezel democratie-ondersteunend en bevorderend moet zijn door morele zelfsturing te ondersteunen en te faciliteren.

Een Dienst Zorgevaluatie heeft tanden nodig. Dat betekent personeel én het gezag om aan te sturen binnen de grenzen van de afgesproken doelen. Het heeft zorgfunctioneel de touwtjes in handen. Dit betekent dat ze binnen de zorgorganisatie hiërarchisch boven de andere settings zal komen te staan.

De noodzakelijke investering bij het realiseren van dergelijk centrum is reël. Indien we extrapoleren vanuit bestaande Nederlandse instellingen (zoals het NJI of Trimbos), en mee in rekening brengen dat de op te richten Centrale Dienst Zorgevaluatie niet alleen onderzoek, supervisie en opleiding zal verzorgen, maar ook externe zorgevaluaties zal uitvoeren, komt de werkgroep snel uit op een personeelsbestand van 120-150 personen (waarvan er een 60tal reeds aangeworven zouden zijn bij starten van De Centrale Instelling Diagnostiek en het Kwaliteitscentrum Jeugdzorg).

### ***V.3.2 Een op zorgfunctionaliteit gericht personeelsbeleid en management***

Handelingsverlegenheid is een transactie tussen aspecten van cliënt, van behandelaar, van de ruimere behandelsetting en de maatschappelijke inbedding. Het is een gemakkelijke verleiding om het bij analyse van geblokkeerde ontwikkelingstrajecten te houden bij verbetervoorstellen die enkel de jongere zelf in het vizier neemt.

We deden in IV.2.2 reeds een voorstel om in te grijpen aan de zijde van de behandelaar zelf. Ook dit dient uitgebreid en verfijnd te worden naar behandelaars in het algemeen.

T.a.v. behandelaars en settings moet er de legitieme verwachting zijn dat interventies binnen een programma integer worden uitgevoerd. T.a.v. behandelaars en hun management moet er de legitieme verwachting zijn dat ze de functionele relatie tussen diagnostiek en interventie intact en levend houden. Dit evalueren is de taak van een Centrale Dienst Zorgevaluatie.

Maar behandelaars hebben ook verwachtingen die ingelost moeten worden.

Om met vanzelfsprekendheden te beginnen: elk behandelteam moet supervisie kunnen krijgen, moet kwaliteitsvolle opleidingen kunnen volgen (en verwacht worden hier dan iets mee te doen). Dit is o.i. de taak van een kwaliteitscentrum zorg.

De werkgroep leerde uit o.a. bezoek aan de Catamaran dat een flexibele personeelsinzet een belangrijk middel kan zijn om team-destructie te voorkomen. Personeelsleden moeten in staat zijn (tijdelijk) een andere job te doen zonder op enige manier gestigmatiseerd te worden. Dit is ten gronde alleen mogelijk indien de zorgorganisatie gefunctionaliseerd en ontkokerd wordt zodat dergelijk personeelsbeleid vanzelfsprekend wordt—een tijdelijke schakeling van G.I. naar MFC kan binnen een ontkokerde organisatie geen probleem vormen.

Onderliggend aan deze flexibiliteit is een basaal normaliseren van dergelijke wissels: hulpverleners zijn in hun relaties met cliënten een medium voor interventies. Dit leidt onvermijdelijk tot mentale en affectieve slijtage die erkend moet kunnen worden zonder te stigmatiseren.

De samenleving én de overheid miskent o.i. de impact op persoonlijk, relationeel/familiaal, en sociaal vlak voor hulpverleners die met moeizaam lopende tot blokkerende ontwikkelingstrajecten werken. Deze ervaren miskenning is ongetwijfeld ook een van de redenen waarom hulpverleners (snel, of op bepaald moment) voor zichzelf kiezen en niet langer voor de jongere die ondersteuning of facilitering behoeft.

De hulpverleners moeten ook zeer praktisch de mogelijkheid krijgen om hun job te doen. De logistieke ondersteuning moet éér zijn; ook voor hen moet de setting voldoende aangenaam zijn om er actief en professioneel aanwezig te kunnen zijn. Benodigd materiaal om diagnostiek of interventies te doen kan niet in een schijnbaar eindeloos aanvraagtraject vergeten geraken. Mobiel zijn als team betekent dat mobiliteit door de organisatie wordt verzekerd ...

Dit realiseren is werk van langere adem, maar waarvoor aanzetten best vanaf nu gestart worden.

### **V.3.3 De zorgorganisatie concreet uitbouwen**

Een organisatie is een structuur die functioneert. Dat wil zeggen: haar doelen realiseert. In het geval van een organisatie die inzet op het ondersteunen en faciliteren van ontwikkelingstrajecten, betekent dit bijdragen tot bereiken van morele zelfsturing en burgerschap. Sectie IV formuleerde diverse aspecten van wat dit zal inhouden. We brengen deze ter afronding nog even samen.

De structurele aspecten van de organisatie mogen een bepaald niveau van complexiteit niet overstijgen. Dit is nu wel het geval. Het lijkt alsof de settings opereren ten behoeve van de administratie (zich intern organiseren om in orde te zijn met de administratieve complexiteit), eerder dan dat de administratie zich organiseert om zorgfunctionaliteit van settings te helpen realiseren, zodat ze *vanuit hun specifieke rol* in de organisatie bijdragen tot meer adequaat verlopende ontwikkelingstrajecten.

De recente beslissing om twee van de betrokken sectoren te laten samensmelten is hier, waarschijnlijk, een goede evolutie omdat deze kan leiden tot verlaagde administratieve complexiteit. In besef van de huidige impact van alle respectieve sectoren op de jeugdzorg, betwijfelen we wel of dit voldoende zal zijn om de structurele, administratieve, complexiteit naar een meer werkbaar niveau te brengen.

De reductie in administratieve complexiteit zal moeten dus worden verdergezet. Wat een aanvaardbaar niveau van administratieve complexiteit is, kan de werkgroep binnen het gegeven tijdsbestek en mogelijkheden niet beantwoorden. Dat het minder complex zal moeten worden is echter duidelijk.

We waarschuwen echter dat enkel inzetten op administratieve vereenvoudiging het fundamentele probleem mist. De werkgroep oordeelt in de eerste plaats dat de jeugdzorg zorgfunctionaliteit mist. Dit betekent dat de interne werking van settings niet transparant en specifiek gericht is op concrete (SMART) (ontwikkelings)doelen die bijdragen tot morele zelfsturing en burgerschap, omdat er geen expliciete en gemotiveerde programma's zijn. En dat settings onderling niet zo zijn geschakeld (we spraken eerder in termen van input-output relaties) dat ze samen werkend bijdragen tot de finaliteit van morele zelfsturing en burgerschap.

Om volwaardige zorgfunctionaliteit te realiseren is er héél veel werk te doen. Indien de overheid kiest om een diagnostisch exoskelet te realiseren, een kwaliteitscentrum jeugdzorg op te richten, en deze uiteindelijk te integreren binnen een



Centrale Dienst Zorgevaluatie, dan zijn enorm belangrijke stappen gezet. Maar dan is de cirkel niet rond.

Elke individuele setting dient zich te bekennen tot welke concrete doelen ze zal bijdragen—doelen gericht op het realiseren van morele zelfsturing. Dit betekent actieve sturing van de administratie, én voorafgaand hieraan diepgaand nadenken over welke subdoelen welke soorten settings moeten helpen realiseren. Het is een fundamentele heroriëntatie van de manier waarop de administratie nu aanstuurt. En een fundamentele heroriëntatie van hoe settings zichzelf ‘definiëren’ en zich verhouden tot andere settings.

Eenmaal deze subdoelen vastgelegd, dienen settings zich te bekennen tot concrete interventies en responsiviteitsondersteunende protocollen, geïntegreerd binnen helder geformuleerde programma’s, zodat ze samen en voor de jongere aan de slag kunnen gaan met probleemveroorzakende processen die (aspecten van) ontwikkelingstrajecten negatief bepalen. Dat wil zeggen: expliciteren hoe ze de vooropgestelde doelen plannen te bereiken. Ook hier zal de administratie constructief moeten aansturen. En dit kan niet zonder duidelijkheid over waarom en hoe ontwikkelingstrajecten gefaciliteerd en ondersteund horen te worden.

Binnen de organisatie zal er voldoende variatie en ‘bereik’ moeten zijn. De werkgroep kan binnen haar toegemeten tijdsbestek niet volledig zijn. Maar voorbeelden zijn:

- voldoende variatie inzake combinaties van behandelingsniveau’s en beveiligingsniveau’s over ambulante en residentiële settings heen;
- voldoende variatie inzake interventies gericht op specifieke probleemveroorzakende processen en responsiviteitsfactoren;
- een realistische balans tussen ambulant vs residentieel aangeboden programma’s;
- een doorgedreven verschuiven van settings die eerder laat in ontwikkelingstrajecten ingrijpen naar settings die zo vroeg mogelijk ondersteunen en faciliteren;
- ...

Dit houdt ook in dat de overheid settings moet schakelen. De cruciale, centrale diagnostische aansturing zal moeten bepalen welke setting B kan volgen op welke setting A, gegeven het door setting A behaalde interventie-resultaat.

Dit kan, uiteindelijk, enkel indien contracten met settings zorgfunctioneel worden geformuleerd, eerder dan structureel-administratief. Continuïteit inzake informatie, management en relaties zullen de eerste belangrijke indicatoren zijn.

Het diagnostisch exoskelet bevat volgens de werkgroep de rudimenten voor dergelijke schakelingen, maar is in ons voorstel nog niet zo opgezet dat ze gebruik kan maken van de vastgelegde input-output relaties tussen settings om ondersteunende en faciliterende ontwikkelingstrajecten te helpen realiseren. Om dit exoskelet volledig te integreren in de organisatie (en het exoskelet tot écht zenuwstelsel om te vormen) zullen de schakelingen tussen settings geëxpliciteerd moeten worden.

De werkgroep gaf tenslotte aan dat settings zo dicht mogelijk bij lokaal ingebedde hechtingsrelaties gesitueerd dienen te zijn. Dit betekent overleg met steden en gemeenten, met regio's ... Het betekent dat per gekozen geografische 'eenheid' alle belangrijke soorten settings aanwezig zullen moeten zijn. De werkgroep kan zich dit niet voorstellen zonder dat er in de vastgestelde wildgroei van settings wordt geschoven, geheroriënteerd, en gesnoeid.

### ***V.3.4 Degelijke en betaalbare toekomstgerichte jeugdzorg is constructief preventief.***

De jeugdzorgorganisatie nu is in belangrijke mate georiënteerd op schadebeperking en interventies laat in het ontwikkelingstraject van jongeren, net waar de problemen vaak al 'verhard' zijn. Alle in sectie II geformuleerde inhoudelijke premissen én organisatorische premisse IV.8 impliceren echter dat jeugdzorg in de allereerste (en in zekere zin enige) plaats bekeken en opgezet moet worden vanuit de eerste levensjaren.

De overheid is zich hier van bewust, zoals blijkt uit meerdere initiatieven en communicaties. De werkgroep kan vanuit het perspectief van haar opdracht deze beweging enkel toejuichen, en er van haar kant enkele gedachten ter ondersteuning aan toevoegen, in de hoop dat deze beweging sterk wordt versneld.

Zorg voor ontwikkelingstrajecten kan en mag niet in de eerste plaats inzetten op aanpakken van opduikende haperingen en vertragingen in ontwikkelingstrajecten—in zekere zin is het op dat moment al te laat, want haperingen, vertragingen, afwijkingen laten vaak littekens na. Dit doen dreigt bovendien ontwikkelingstrajecten te bekijken als losstaand van familiale, sociale en maatschappelijk dynamieken, alsof er enkel iets ondernomen kan worden indien er alarmsignalen bij individuele jongeren beginnen op te duiken. Veronderstelling zou dan zijn dat er niets te ondernemen valt tenzij wanneer er dingen fout lopen.

Het adequaat laten verlopen van ontwikkelingstrajecten stelt echter eisen aan de bodem waarin deze trajecten moeten ontkiemen, groeien, en beginnen bloeien.

Er is slechts één manier om hier toe bij te dragen in een tijdsbestek waar besparen én een socio-politieke risicologica een paradoxale mix hebben gemaakt. De beschikbare budgetten (en wat er extra vrij komt) dienen geheroriënteerd te worden van initiatieven verder in het ontwikkelingstraject naar de start van dit traject:

Prenatale aandacht voor de fysieke gezondheid van moeders en de mentale gezondheid van beide ouders. Ouderschapsvoorbereiding voor zwangere gezinnen, inclusief helpen balanceren tussen werk en leven, en ouderbegeleiding na de geboorte bij disregulatiesignalen. De band tussen toenemende financiële ongelijkheid en kansarmoede (inclusief recht op gezonde voeding en kunnen opgroeien in een gezonde

omgeving) verbreken. De essentiële socialiserende rol van buurten erkennen en hun leefbaarheid terug optimaliseren, dus verkleinschaligen. Herdenken van hoe arbeid en ouderschap kunnen samengaan; de economie wint op langere termijn indien ouders meer tijd en comfort hebben om hun kinderen op te voeden. De schaalvergrotingsdrang in het kleuteronderwijs, lager onderwijs en secundair onderwijs omkeren en tot écht werkbare klasgroottes komen. Leerkrachten verplichten om blijvend bij te scholen en creatief te blijven, maar hen ook ondersteunen, terug respect geven, en dus ook gepast verlonen en belonen. De druk om onderwijs te ver-economiseren in vorm én inhoud stoppen en de fundamentele taken van het onderwijs herinstalleren: de economie zal niet stilvallen, integendeel, indien er elke dag drie uur bewegen in het lager en secundair onderwijs wordt ingevoerd; wanneer geschiedenis, aardrijkskunde, talen en cultuuronderricht hun legitiem belang naast wiskunde en wetenschappen terug kunnen opnemen; wanneer burgerschap en wat dit in een gezonde democratie kan betekenen (verder) sterk in het onderwijs verankerd (geborgd) worden.

Er moet daarnaast consequent en coherent geïnvesteerd worden in het normaliseren van de inherente diversiteit in ontwikkelingstrajecten. Trager of wat anders verlopen is zelden een écht probleem. Culturele diversiteit is én historisch normatief én maatschappelijk verrijkend. Elke maatschappelijke beweging die deze variëteit probeert in te perken is regressief.

We hebben in de jeugdzorg minder nood aan allerhande specialistische en hoog-beveiligde, dure en intensieve programma's voor vastgelopen adolescenten, dan aan interventies die ontwikkelingstrajecten constructief-positief op koers helpen houden, en in vroegdetectie en vroegpreventie wanneer dit minder vlot lukt. We schrijven, tussen haakjes, liever constructief-positief dan preventief, om te benadrukken dat het niet in de eerste plaats gaat over voorkomen, maar over het-goed-doen.

Zoals de opsommingen hierboven en ook in sectie II.2 aangeven, gaat het hier in essentie om vanzelfsprekendheden—en het is ongelooflijk, en stemt tot verdere reflectie, dat deze vanzelfsprekendheden moeten worden geponeerd alsof ze wetenschappelijk verwonderlijk onverwacht feitelijk blijken te zijn.

Hoe zinvol op zich ook dure en arbeidsintensieve projecten, de soms grote budgetten kunnen beter georiënteerd worden naar kwaliteit van basisonderwijs, buurtwerking, basaal geestelijk, fysiek en sociaal welzijn, en het werkbaar maken van bestaande teams die met al vroeg minder goed lopende ontwikkelingstrajecten aan de slag gaan. Van élk nu aanwezig financieel en arbeidsintensief “einde-rit project” moet afgevraagd worden wanneer het kan worden afgebouwd, en budgetten geheroriënteerd. Dit is ook de logica om Huizen van het Kind en CLB's (en dus scholen) centraal te stellen in het veranderingsmanagement. Ze staan centraal mee in voor het op koers zetten en op koers houden van ontwikkelingstrajecten.

Er is hier een schijnbaar dilemma dat enkele door de werkgroep gehoorde experts benoemden, en waarvan ze het inadequaats beheer ervan als een fundamenteel probleem bij de realisatie van de goede intenties van integrale jeugdzorg identificeerden. De verschuiving van budgetten van schadebeperking en door medialogica gedreven crisisinterventies naar constructief ondersteunen van prille ontwikkelingstrajecten vooronderstelt een in tijd afgebakende periode waarin er méér wordt geïnvesteerd. Budgetten “einde-rit” eenvoudigweg verplaatsen naar prille ontwikkelingstrajecten betekent dat de jongeren die **nu** door blokkerende ontwikkelingstrajecten worden gekenmerkt, in de steek worden gelaten.

Spaarzaamheid op langere termijn betekent ook hier meer investeren op korte termijn. Heroriënteren van budgetten is een zorgfunctionaliteit verhogend project dat tijdelijk bijkomende budgetten vraagt, om op termijn meer spaarzaam en werkzaam te kunnen functioneren. De werkgroep beseft dat dit een politiek interkabinetten-materie is, ook al rendeert de tijdelijke investering op termijn voor veel departementen.

## VI. Besluit en aanbevelingen

De werkgroep formuleerde inhoudelijke en zorgorganisatorische premissen waarbinnen verbetervoorstellen t.a.v. jongeren met geblokkeerde en blokkerende ontwikkelingstrajecten gesitueerd moeten worden. We stelden daarna een terminologie voor waarmee de jongeren, als één aspect van de problematiek naast hulpverlening en samenleving, pragmatisch geïdentificeerd kunnen worden.

We lanceerden verbetervoorstellen t.a.v. de jongeren die er nu zijn, t.a.v. de continue instroom van jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten, en tenslotte t.a.v. een toekomstgerichte, zorgfunctionele jeugdzorgorganisatie. Cruciaal bij de verbetervoorstellen is onze vaststelling dat in de jeugdzorg zorgfunctionaliteit ontbreekt, en dat voorstellen moeten bijdragen tot het verhogen van deze zorgfunctionaliteit.

We lijsten tot besluit onze verbetervoorstellen op.

*T.a.v. de groep jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten nu:*

1. Stel een **expertcommissie** samen die in samenwerking met deze jongeren case formulation en een toekomstgericht handelingsplan opmaakt, als nodig verdere diagnostiek kan 'opleggen', en daarna samen met de intersectorale toegangspoort een vervolgtraject 'forceert'.
2. er zijn lokale settings en projecten die aangeven met ze met sterk geblokkeerde trajecten kunnen werken. Een **inventaris** is noodzakelijk van deze concrete settings en projecten mét *SMART beschrijving van hun zorgfunctionele werking*.

*T.a.v. de instroom van jongeren met blokkerende ontwikkelingstrajecten:*

3. Reorganisatie (d.w.z. intersectorale herbudgettering en integratie) naar een **exoskelet van diagnostische functionaliteit** over de sectoren heen (incl. kind- en jeugdpsychiatrie). Oprichting van een *Centrale Instelling Diagnostiek, diagnostische settings, en diagnostische antennes binnen de zorginstellingen*.
4. Samenstelling van **herstelteams** die in-service ondersteuning bieden voor geselecteerde teams-in-nood, en daarna meewerken aan het in-service versterken van, opleiden in, en implementeren van werkzame interventies en responsiviteitsprotocollen.
5. Oprichting van een **kwaliteitscentrum Jeugdzorg** met als eerste taken: inventariseren van interventies en beoordelingen van programma-integriteit; invoeren van gepaste interventies bij de geselecteerde instellingen.
6. **Settings laten bewegen naar contexten**, i.p.v. contexten laten bewegen naar settings om relationele continuïteit met context te ondersteunen en te faciliteren. Het begrip '**warme overdracht**' operationaliseren.
7. Fundamenteel onderzoeken hoe de **concepten 'vertrouwelijkheid' en 'geheim'** doorgedacht kunnen worden binnen een sterk geëvolueerd zorglandschap, en hoe dit zich correct juridisch kan hertalen.
8. Opzetten van **longitudinaal onderzoek** t.a.v. de jongeren met blokkerende en geblokkeerde ontwikkelingstrajecten.

*T.a.v. een toekomstige zorgfunctionele jeugdzorg:*

9. Oprichting van één autonoom van de zorginstellingen werkende **Centrale Dienst Zorgevaluatie** die interventies en programma's evalueert, en indien nodig aanpast, bijstuurt, of afschaft. De eerder opgerichte centrale instelling diagnostiek, en het kwaliteitscentrum Jeugdzorg worden bouwstenen voor deze Centrale dienst Zorgevaluatie. Dit betekent dat voor alle zorginstellingen de **interne zorgfunctionaliteit** wordt geëxpliciteerd. Zorginstellingen moeten geheroriënteerd worden van administratieve naar zorgfunctionele evaluaties, door zich in te schrijven in voor de zorgorganisatie belangrijke zorgprogramma's. Het betekent ook dat de externe zorgfunctionaliteit (schakelingen tussen settings) expliciet gemaakt worden.

10. Verbeteren van **personeelsbeleid, personeelsvorming en personeelondersteuning**, gericht op zorgfunctionaliteit.

11. Gericht en volgehouden **zorgfunctioneel maken van de organisatie**. Dit betekent ook verder reduceren van de administratieve complexiteit.

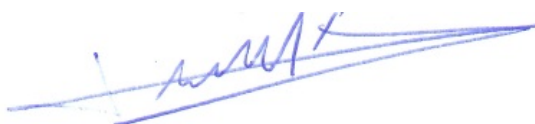
12. Na eerste **heroriëntatie (met tijdelijk bijkomende overbruggingsinvesteringen) van budgetten** naar 10-14 jaar, dit verderzetten naar de periode 0-6 jaar, zowel inzake jongeren, gezinnen, en context/buurtten. De **Jeugdzorg inhoudelijk heroriënteren van laat en curatief naar vroeg en constructief-ondersteunend/faciliterend**.




Stef Decoene



Marina Danckaerts



Stijn Vandevelde



Wouter Vanderplassen