

Toen Mr Van Mulders me op 15 december 2017 (8:30u om precies te zijn, ik herinner me het nog zeer goed, ik kreeg zelfs koffie aangeboden!) vroeg of ik mee op vraag van minister Vandeurzen bereid zou zijn om het probleem van ‘onbereikbare en in de zorg zeer vaak geweigerde complexe jongeren’ te bekijken en een oplossing te bedenken, had ik maar een heldere gedachte: ‘hoe geraak ik hier onderuit!’.

In de mij geschonken denktijd vond ik echter geen goeie redenen—enkele academische ervaringsdeskundigen gaven me zelfs de boodschap: “Stef, je kan gewoonweg niet weigeren, ook al ga je er best van uit dat je nadien afgeschoten zal worden”.

Enige optie was doen zoals het in oorlogsfilms gebeurt—als een generaal een simpele soldaat vraagt om een schijnbare mission impossible uit te voeren, zorg dan dat je ten minste met een goed team kan gaan—het is altijd leuker dat een kameraad je net voor je doorzeefd met kogels de geest geeft, met wat melancolische muziek op de achtergrond, de ogen kan sluiten.

Ik heb geluk gehad dat dat team er was, ook zal zullen ze elk met frisse tegenzin ‘ja, ok dan zeker?’ hebben gezegd. Stijn, dan Marina, dan Wouter. Voor ik met het echte werk begin: merci: wat de kleerscheuren ook zijn, we leven nog :). En nadien, dat zien we dan wel weer.

Laat me als inleiding tot dit congres, drie draden samen spinnen. Hoe we het hebben aangepakt, en waarom; welk antwoord we hebben gegeven op wat het probleem is, en waarom; en wat dat betekent voor jeugdzorgorganisatie, en waarom.

## **I. Hoe en waarom zo?**

Bij een missie zoals deze was er een plan nodig. Hoe in hemelsnaam beginnen we hier aan?

Een eerder rapport, “de contourennota”, benoemde eigenlijk veel van de belangrijke thema’s, maar het faire oordeel was dat dit geen échte, geen langdurige impact heeft gehad. Hoe kwam dat? En hoe konden we een andere weg vinden?

Ik denk dat er een aantal aha-ervaringen waren die een wegenkaart hielpen tekenen. Ze zijn belangrijk om de vorm én de inhoud van het rapport te begrijpen.

1. Er is nauwelijks iets geweten over deze groep jongeren. Zelfs hun aantal kan niet min of meer exact worden benoemd. We vonden dit pijnlijk maar leerrijk. Wat draagt bij tot deze zeer gebrekkige kennis over net deze zeer moeilijk te hanteren groep, die ook vaak de media halen?

Dit leidde uiteindelijk mee tot het nadenken over de fundamentele rol van diagnostiek (terzijde, hiermee is een van de vloekwoorden uitgesproken :) ...).

2. Hiermee verbonden, was dat er ook geen inhoudelijk zicht te krijgen was op wat er nu precies met deze jongeren was geprobeerd, wat er was mislukt en wat wel (al was het misschien maar even) had gewerkt.

Vandaar het groeiend besef: De zogenaamde complexe jongeren zijn geen toevalligheid, geen ruis, maar signaleren een dieperliggend probleem, wat we later tijdens onze bijeenkomsten tekorten in zorgfunctionaliteit zijn gaan noemen. Deze jongeren communiceren ons wat het probleem is: de jeugdzorg doet een aantal dingen níét (zo, ook dat is dan al even gezegd, tussen soep en patatten).

We hebben binnen de werkgroep even met volgende vergelijking gespeeld: We willen niet dat fietsers en voetgangers in het verkeer verongelukken, en we werken hard om dat tot zero te brengen. Maar toch blijven er zogenaamde zwarte verkeerspunten, die ons denken en handelen sturen naar zeer

specifieke, gelokaliseerde risico's (wat is er precies fout met deze verkeerspunten?) .... maar deze verkeerspunten communiceren ons een dieperliggend probleem, een probleem dat veel fundamenteler is dan de ergonomie van een kruispunt ... Het ligt bij hoe we mobiliteit organiseren met auto's en kamions als essentie, eerder dan dit te leggen bij bewoners die wonen en zich bewegen in hun sociale en natuurlijke ruimte.

De informatie die we zochten (welke zorg was al geprobeerd?) was er ook gewoon niet—niet in de individuele dossiers, maar ook niet in de beschrijving van settings. Elke expert met wie we spraken, al dan niet anoniem, verwees hierbij naar hetzelfde: een kat vindt er haar jongen niet meer; of een ander gehoord beeld: Jeugdzorg is een aaneenschakeling van koterijen waar niemand nog vindt wat hij aan het zoeken is—het zou beter allemaal eens afgebroken worden. Als voorzitter las ik eindeloos veel jaarverslagen, en bijna nooit kon ik iets opmaken over wat er nu precies inhoudelijk gebeurt.

Opnieuw, dit leidde tot het inzicht dat de structuur van de jeugdzorg weliswaar sterk en robuust is, helder uit te tekenen, maar dat er een tekort aan functionele verbanden is. Wat het meest belangrijke is, inhoud van zorg, is (minstens) onzichtbaar.

Op organisatieniveau ontbreekt zorgfunctionaliteit, de onderdelen van de jeugdzorg als structuur zijn onvoldoende tot niet inhoudelijk met elkaar verbonden. Deze conclusie helpt verklaren waarom het rapport voortdurend van het ene op het andere heen springt. Verbetervoorstellen t.a.v. deze al met al kleine groep jongeren, kunnen niet anders dan ook verbetervoorstellen voor de jeugdzorg als organisatie zijn. We moesten hinkstappend doorheen de vuurlinie!

3. Een derde, en methodisch misschien wel de meest belangrijke overtuiging was dat woorden belangrijk zijn.

Ook de jeugdzorg bakeleit over termen die snel gepolariseerd tegenover elkaar worden gezet: diagnostiek vs beleving, hulpverlening vs behandeling, psychiatrie vs de rest van de zorg, categorisch vs het verhaal, aansturing vs de jongere-als-regisseur en eigenaar enz enz .... Deze termen sturen denken en handelen, maar staan ver af van de échte wereld, en blokkeren zorgfunctionele verbindingen.

Om de eventuele conclusies en aanbevelingen enige kans te geven, zou het belangrijk zijn dat we waar ook maar enigszins mogelijk in het midden zouden gaan staan, en andere hopelijks sprekende woorden zouden gebruiken die zouden kunnen bijdragen tot kiezen voor een werkzame, gemeenschappelijke taal.

De intuïtief gekozen optie om niet inductief maar deductief, aan de hand van premissen, van start te gaan droeg sterk bij tot het vinden van concepten die o.i. goed werk deden—bv, niet meer spreken over complexe jongeren, maar over jongeren wier ontwikkeling vertraagt, blokkeert of geblokkeerd is.

Maar ook andere, zoals zorgfunctionaliteit, zorgschakelingen, zorgtrajecten die vertragende ontwikkelingstrajecten maatschappelijk ondersteunen, scharnier, ontwikkelingsruimte, zorgarchipel ....

Dit is zeker en vast niet steeds gelukt, maar ook niet altijd gedaan. Diagnostiek hebben we na overweging genoemd wat het is—diagnostiek—omdat het woord precies is waar het over gaat—ook al leven hier hevige emoties rond.

De term ‘complex’ hertalen naar ‘geblokkeerde ontwikkelingstrajecten’ bracht ons ook tot de meest fundamentele vraag: **“wat wordt er precies geblokkeerd?”**.

Morele zelfsturing, Agency, of wat Prof. Vansteenkiste in zijn onderzoek ‘self-endorsed functioning’ of het innerlijk moreel kompas noemt, is het verhoopte einddoel van een optimaal verlopend ontwikkelingstraject. Ik hoorde van sommige lezers dat ze dit toch maar zeer filosofisch vinden. Maar, ik wil het

hier zo luid mogelijk herhalen, zonder te moeten gaan roepen: de ultieme finaliteit, dat waar we elke interventie ook in de zorg moeten aan afwegen, is deze morele zelfsturing.

Dit inzicht droeg dan weer bij tot het aflijnen van wat de dieperliggende problematiek van jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten zou kunnen zijn.

## **II. Geblokkeerde ontwikkelingstrajecten**

Zo, Laat me nu hinkstappen naar wat het aanmeldingsprobleem was: complexe jongeren t.a.v. wie handelingsweigering ontstaat. En stappen van premissen naar identificatie.

Mensen zijn lerende wezens, en we leren het allerbest als we dat van, met, door en tussen andere mensen doen. Dit sociaal-leren gebeurt het best indien het start en plaats vindt binnen een bepaald soort relaties; we noemen deze (veilige) hechtingsrelaties. Deze hechtingsrelaties zijn als het ware het bad waarbinnen leren het best gebeurt (dit is niet pleiten voor perfectie, of voor ideale gezinnen en ouders en zorgverleners ... maar voor wat Winnicot 'good-enough' mothering (and fathering—ze worden te vaak vergeten in de jeugdzorg) noemde. We plaatsen deze hechtingsrelaties als een speerpunt in het rapport (ook omdat we het probleem van deze jongeren vanuit deze begrippen konden beginnen begrijpen)—een workshop hechting straks zal grondiger dan wij het in het rapport konden doen aandacht geven aan dit begrip.

We zijn niet alleen lerende sociale wezens, maar ook lichamelijke wezens, biologische organimes die in hier-en-nu omgevingen ontwikkelen. Elk van deze domeinen is essentieel, de een kan niet zonder de ander (dat zullen we

ook horen in de lezing van dr. Singh). Ontwikkeling is steeds transactie tussen deze domeinen. Het rapport is doordrongen van transactionaliteit—meerdere domeinen zijn met elkaar verstrengeld, geen een kan haar werk doen zonder de andere. Dit geldt ook voor de zorgfunctionele organisatie van jeugdzorg.

Ontwikkelen bouwt verder op eerder bereikte competenties. En dat betekent ook, dat wat niet bereikt werd negatieve gevolgen heeft voor latere ontwikkeling. We spraken in het rapport over een maar moeizaam omkeerbare directiona­liteit.

En ja, dit is gemakkelijk fout te begrijpen als koud eenrichtingsverkeer, determinisme. Het is immers vanzelfsprekend dat veel ingehaald of hersteld wordt doorheen ontwikkeling—het is een van de sterktes van transactionele dynamieken. Het is ook de fundamentele vooronderstelling van zorg en behandeling.

Maar het is even gemakkelijk foutief te denken dat alles kan. En we denken zelfs dat deze tweede fout in zorg en samenleving de grootste negatieve gevolgen kan hebben. Het is de idee van “het doet er nu toch niet zo heel erg toe, we kunnen de tijd nemen en tijd en geld eerst voor andere dingen gebruiken, later kan het wel hersteld, genezen, behandeld worden”. Het is een fout die het zo ongelooflijk essentiële belang van het hier-en-nu goed doen, vanaf de eerste dag, doet vervagen of laat vergeten. We zijn maakbaar, maar met ouder worden steeds minder (en ik kan er op mijn leeftijd ondertussen van meespreken).

Hiermee verbonden: biologie, leermogelijkheden, socialiteit genereren variatie. Elk zich ontwikkelende foetus over baby peuter kleuter, kind puber adolescent jongvolwassene volwassene ... is verschillend. Ontwikkelingstrajecten lopen verschillend. Variatie is normatief, en moet

niet te snel geproblematiseerd worden, ook al zal voor sommige verschillen maatschappelijke aandacht nodig zijn.

De toenemende onverdraagzaamheid t.a.v. variatie is ongetwijfeld één van de maatschappelijke processen die bijdragen tot geblokkeerde ontwikkelingstrajecten – dat er niet alleen klacht wordt neergelegd tegen het geluid van spelende kinderen is erg, dat er ook rechtspraak volgt, is bijzonder eng.

In het rapport hebben we deze variatie geplaatst tegenover de familiale en maatschappelijke druk tot stroomlijnen. Stroomlijnen aan gezinspraktijk en gezinsvoorgeschiedenis, familiale gewoonten en normen, maatschappelijke gewoonten en structuren, waarden en normen.

Het is vaak in de interactie tussen natuurlijke variatie in ontwikkelingstrajecten en zoeken naar dit stroomlijnen dat haperingen zichtbaar worden—dit betekent niet ergens schuld leggen, wel uitspreken dat de combinatie van natuurlijke variatie tussen zich ontwikkelende wezens en stroomlijnende tendenzen ook druk veroorzaakt (op ontwikkelingstrajecten en op gezin/familie/samenleving).

We hebben één bepaald soort stroomlijning in het rapport in het licht gezet, omdat ze ook belangrijk is bij het nadenken over re-organisatie van zorg. We hebben deze scharnieren genoemd, overgangen waar de samenleving een bepaald soort stroomlijning “hard” installeert (en dus inperkingen op variatie veronderstelt): naar de kleuterschool, naar de lagere school, naar het secundair, richting werk....

Voor zorg zijn ze belangrijk omdat het spoorwissels zijn waar (relevant geachte) sterktes en zwaktes van ontwikkelingstrajecten zichtbaar worden, en waar dus ondersteuning of stimulering een geprivilegieerde plaats zou kunnen krijgen.

Leren en ontwikkelen is ook, het is opnieuw zo fundamenteel om dit vanzelfsprekende te moeten zeggen, doelgericht – het zoekt om belangrijke doelen te bereiken, te vervullen. We kozen, én het is, hoe weloverwogen ook, een keuze, om te focussen op drie eerder fundamentele psychologische doelen die empirisch bijzonder sterk onderbouwd zijn, en waar veel concrete specifieke doelstellingen van zich ontwikkelende personen uit afgeleid kunnen worden: verbondenheid, competentie, en autonomie. Professor Vansteenkiste zal straks vertellen over deze vitamines voor groei.

En omdat handelen altijd doelgericht is, communiceert het ook altijd. Ook agressiviteit en agressie en geweld (het is belangrijk deze termen uit elkaar te houden): het communiceert doelgerichtheid, denken en voelen! En communicatie werkt enkel indien er geluisterd en ‘teruggesproken’ wordt.

En bij de jongeren waar me mee startten, is er iets bijzonders en engs aan de hand inzake autonomie. Het zijn jongeren die op extreme wijze zichzelf poneren, die hun autonomie met destructief recht opeisen. Agressief, met de

vuist; of auto-agressief, via hun zijn zelf. Ze communiceren dat ze onvervulde fundamentele noden hebben, en niet weten/kunnen hoe ze deze moreel zelfsturend kunnen communiceren en proberen bereiken.

Het zichzelf als wetgevende, uitvoerende, en oordelende macht proberen te poneren is in feite het radicaal

**Developmental Trauma Disorder**

**A. Exposure**

- Multiple or chronic exposure to one or more forms of developmentally adverse interpersonal trauma (eg, abandonment, betrayal, physical assaults, sexual assaults, threats to bodily integrity, coercive practices, emotional abuse, witnessing violence and death).
- Subjective experience (eg, rage, betrayal, fear, resignation, defeat, shame).

**B. Triggered pattern of repeated dysregulation in response to trauma cues**

Dysregulation (high or low) in presence of cues. Changes persist and do not return to baseline; not reduced in intensity by conscious awareness.

- Affective.
- Somatic (eg, physiological, motoric, medical).
- Behavioral (eg, re-enactment, cutting).
- Cognitive (eg, thinking that it is happening again, confusion, dissociation, depersonalization).
- Relational (eg, clinging, oppositional, distrustful, compliant).
- Self-attribution (eg, self-hate, blame).

**C. Persistently Altered Attributions and Expectancies**

- Negative self-attribution.
- Distrust of protective caretaker.
- Loss of expectancy of protection by others.
- Loss of trust in social agencies to protect.
- Lack of recourse to social justice/retribution.
- Inevitability of future victimization.

**D. Functional Impairment**

- Educational.
- Familial.
- Peer.
- Legal.
- Vocational.



tegenovergestelde van waar ontwikkelingstrajecten op mikken, het omgekeerde van morele zelfsturing. Daarom botsen zij en wij massaal, mee daarom ontstaat handelingsverlegenheid, verlammen ze hoofd hart en handen.

We schoven uiteindelijk, verengd tot het niveau van de jongere (naast samenleving en zorgverlener), de term 'developmental trauma disorder' naar voor.

Maar ook hier vinden transacties plaats. Een label toekennen aan de jongere en het daarbij laten is fundamenteel tegengesteld aan de bepleite transactionele logica: Jongere, zorgverlener, samenleving. Het probleem dat voor de werkgroep startpunt was, is een transactie tussen

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

Ja, laat me dit uitspreken. Ten gronde gaat het om telkens hetzelfde, zij het op andere niveau's: extreme ponering van de autonome individualiteit als ultieme bescherming tegen voortdurende traumatisering. Ook in deze beschrijving kwamen we terecht bij hoe zorgorganisatie functioneert (disfunctioneert).

### III. Stappen naar een werkzame zorgorganisatie

Dus nu .... zorgorganisatie, het spannende stuk van de mission impossible—denken dat je er bent, en dan merken dat het past begint.

Toen we binnen de werkgroep concrete ‘dossiers’ bekeken, uitgebreide eigen ervaringen met dergelijke jongeren uitwisselden, en overlegde met experts, troffen telkens opnieuw dezelfde pijnpunten:

- weinig diepgaande tot afwezige relevante informatie die zouden toelaten om een verantwoord en responsief handelingsplanning te maken;
- sterke informationele discontinuïteit: aanwezige relevante informatie worden niet meegenomen of vergeten doorheen zorgtrajecten; wordt niet gedeeld met andere actoren—ook als de nood zeer hoog is ....
- grote discontinuïteiten doorheen het schakelen binnen zorgtrajecten, waarbij deze management discontinuïteit door ons ook niet retrospectief gemotiveerd kon worden. We noemden dit in het rapport een afwezigheid aan functionele zorgschakelingen;
- schrijnende discontinuïteiten in relaties (dus per definitie in de mogelijkheid voor zich ontwikkelende hechttingsrelaties) die voor de jongere als zeer onrechtvaardig moeten zijn aangevoeld;

Het lezen van rapporten, interne nota's, onderzoek, het spreken met deskundigen ... ze leerden dat deze problemen inherent zijn aan de organisatie van zorg.

We schreven uiteindelijk: *“De problematiek (van de jeugdzorg) is niet eens of zozeer gebaseerd op de structurele complexiteit van de jeugdzorg, maar op een verwarring tussen administratieve beregeling met ten gronde administratieve beheersfinaliteiten; versus de zorgfunctionele werking van settings, hun zorgfunctionele relaties, en de coördinaties tussen deze settings*

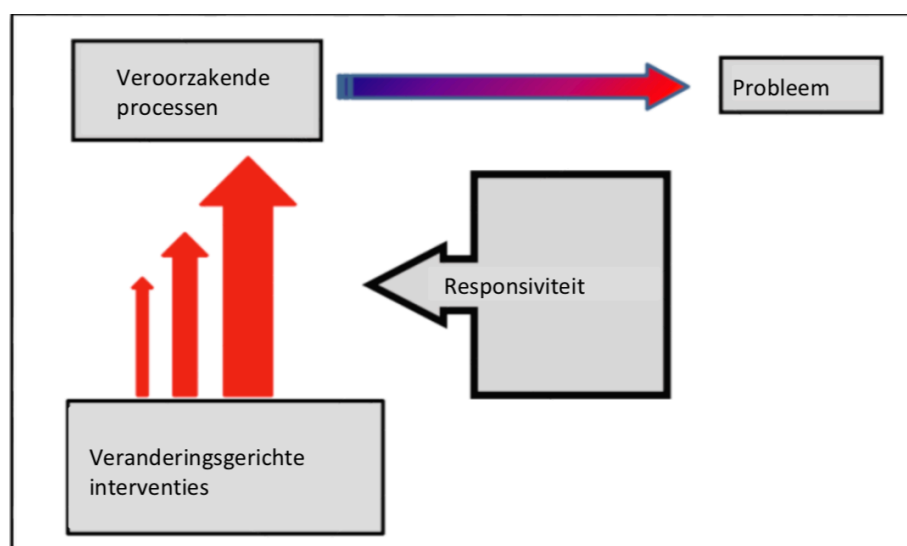
*met ten gronde behandelings/veranderingsfinaliteit (ondersteunen en faciliteren van ontwikkelingstrajecten om te groeien tot morele zelfsturing). De ervaren ondoorzichtigheid van de zorg vloeit in onze analyse voort uit afwezigheid van zorgfunctionele verbanden en het primaat van administratieve beregeling die schijn van functionaliteit installeert, maar in feite enkel structuurkenmerken aanreikt”.*

Een vriend psychiater die reeds zeer lang in de geestelijke gezondheidszorg werkt, zei me in deze periode dat de geestelijke gezondheidszorg een autistisch brein heeft—het mist centrale coherentie. En dat is waar we uiteindelijk ook op uit kwamen. Samenhang door verbinding, en het tekort hieraan.

Wat we, vertrekkend vanuit dit inzicht in de verbeternota hebben aangereikt is **enerzijds** een verzameling van belangrijke begrippen om te beginnen denken, redeneren en implementeren van zorgfunctionaliteit. **Anderzijds** voortstellen om gefaseerd werkzame zorgfunctionaliteit op te bouwen.

Begrippen:

Bijvoorbeeld Zorgprogramma: werken van probleem (een vertraging, belemmering, blokkering ...) via diagnostiek naar veroorzakende processen, om dan veranderingsgerichte interventies te kiezen die responsief (dwz rekening houdend met de leer en groeimogelijkheden van de jongere en



eventuele context) het probleem verlichten, hanteerbaar maken, of wegnemen);

Probleemveroorzakende processen zijn de hier-en-nu zorgdoelen die moeilijker lopende ontwikkelingstrajecten terug op koers kunnen helpen zetten en zo bijdragen tot meer adequate morele zelfsturing.

Ik kan ze hier niet een voor een uitleggen en motiveren, maar ze zijn in de verbeternota besproken en gemotiveerd: interventie, behandelingsintensiteit, beveiligingsintensiteit, zorgcontext, en de relaties ertussen; Het onderscheid tussen samenwerking, samen werken, en op eenzelfde veld werken; De noodzakelijke voorwaarde van zorgevaluatie (zowel van individuele zorgtrajecten als van zorgorganisatie en van zorgsettings) om een werkzame zorgorganisatie te laten groeien en bloeien. De verschillende dimensies van continuïteit (management, informatieel, relationeel) en de transacties hiertussen.

En dan kwam de vraag: Hoe zou het verder kunnen?

We hebben een sombere boodschap gebracht voor de huidige groep jongeren met geblokkeerde ontwikkelingstrajecten. Dit met een snelle interventie oplossen is niet langer mogelijk.

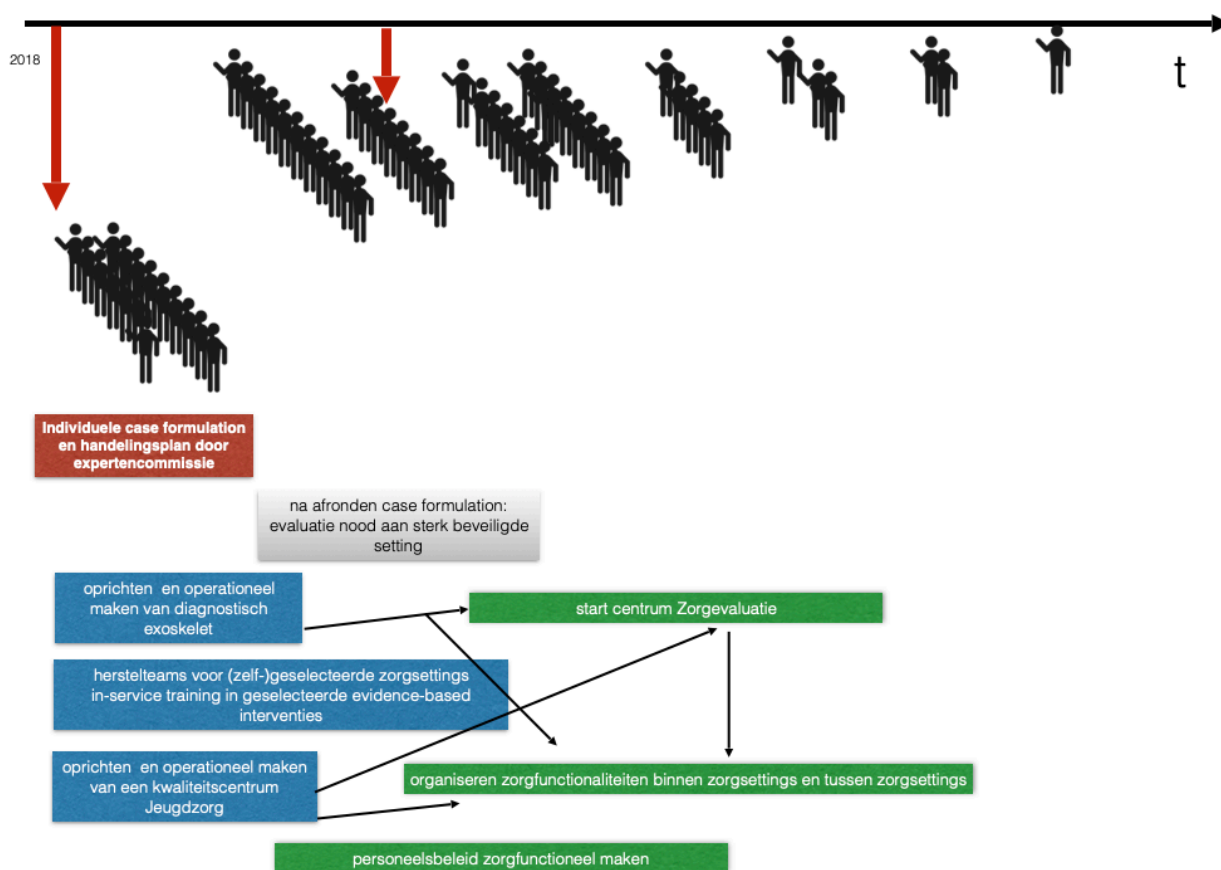
Belangrijk wordt om de huidige groep gedegen in kaart te brengen, te bekijken wat er eerder is geprobeerd maar niet gewerkt heeft, wat mogelijk zou zijn; en te inventariseren welke zorgsettings op dit moment bereid zouden zijn om mee vanuit de bril die we in het rapport bepleit hebben, aan de slag te gaan, (en pas dan na te gaan of er nog maar eens een speciaal en duur, en voor een paar luttele dagen uniek project nodig zou kunnen zijn; dat dan bijna automatisch de lokroep creeërt om een nog unieker project te construeren en te laten financieren) ...

We hebben er ook voor gepleit om soms de lat niet meer zeer hoog te leggen, maar te mikken op verhogen van bereikbaarheid, aanspreekbaarheid. Maar

ook om de lat niet zo laag te leggen door niet langer diagnostisch na te denken over de probleemveroorzakende processen en gepaste interventies te zoeken ... waardoor, laat me het uitspreken, deze jongeren op paradoxale manier opnieuw in de steek worden gelaten alsof burgerschap voor hen een onbereikbare vrucht is geworden (en we hen als zorgverstreker en samenleving ook niet écht ernstig kunnen/moeten nemen).

Ik hoop met grote nadruk dat deze groep jongeren hier-en-nu, in de druk en drang en goesting om vooruit te kijken, niet vergeten zullen worden.

We hebben echter vooral ook nagedacht over hoe we met enkele tussenstappen op weg zouden kunnen gaan naar een zorgorganisatie, een



organisatie waar structurele onderdelen **zorgfunctioneel** met elkaar verbonden geraken, en wanneer nodig met zorgtrajecten haperende tot

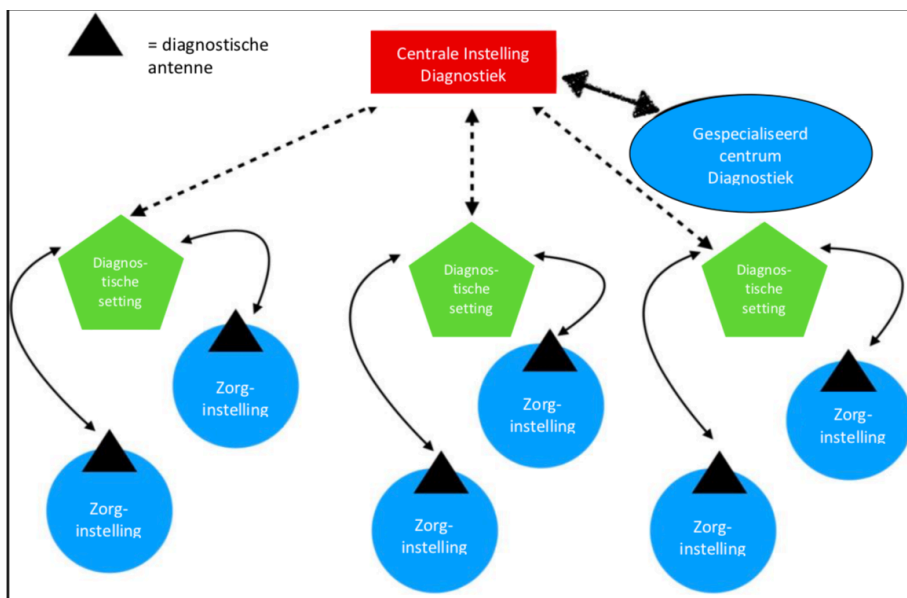
blokkerende ontwikkelingstrajecten vanuit de samenleving kunnen ondersteunen.

Veel van deze zaken komen vandaag in de workshops aan bod.

Allereerst én volgehouden inzetten op diagnostiek: *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.*

Het zou veel meer tijd vragen dan beschikbaar om te bespreken waarom en hoe elk onderdeel van deze omschrijving essentieel is. Maar de workshop 'diagnostiek' zal een aantal hiervan zeker aan bod laten komen.

We pleiten voor de uitrol en uitbouw van een diagnostisch exoskelet die als een deken rond zorgsettings wordt gelegd, en deze meest primaire



zorgschakelingen zouden kunnen gaan implementeren. Dit diagnostisch exoskelet moet het zenuwstelsel worden dat de nu te vaak losstaande settings functioneel met elkaar verbindt én zorgtrajecten

aanstuurt, en bevat in ons voorstel een centrale instelling diagnostiek, diagnostische settings, diagnostische antennes en enkele gespecialiseerde centra diagnostiek.

Ongetwijfeld bruskerend maar niet minder waar is dit: *de output van een diagnostische setting is niet vrijblijvend maar bepalend voor wat volgt. De setting die verantwoordelijkheid opneemt voor een haperend of blokkerend ontwikkelingstraject is verplicht interventies te stellen die passen binnen de voor en met deze jongere geformuleerde handelingsgerichte diagnostiek... Partijen die zorg aanbieden kunnen niet zomaar kiezen voor wie ze zorg aanbieden, welke zorg ze aanbieden ....*

Settings zullen m.a.w. wat van hun individualiserende autonomie moeten inleveren en gaan voor (en ondersteund worden bij) het uitwerken van verbinding. Het zal er ook voor zorgen dat jongeren, in welke plaats of regio ze ook geboren zijn, op gelijkwaardige manier aangesproken worden én zorg aangeboden krijgen.

We stelden ook voor dat er dringend werk gemaakt moet worden voor herstelgericht ondersteunen van teams betrokken op jongeren met blokkerende trajecten, en formuleerden eerste criteria hiervoor. Wie zwaar en moeilijk werk doet, dient gewaardeerd te worden, moet ondersteund én gekoesterd worden. Dit komt ongetwijfeld in meerdere workshops aan bod, maar zeker ook in de workshop die verschillende aspecten van zorgorganisatie centraal zal stellen.

Oprichten van een kwaliteitscentrum jeugdzorg dat werkzame interventies inventariseert en beschikbaar stelt.

Inzake dit inzetten op werkzame interventies voor degelijk vastgestelde oorzaken van stremmende tot blokkerende ontwikkelingstrajecten is nog veel werk te doen. Er is heel wat geweten over wat werkzame interventies voor meerdere probleemveroorzakende processen zijn — we hebben in het rapport hun sjabloonachtige format uitgetekend —, ook in Vlaanderen zijn er internationale topexperten, maar de kloof tussen wat gekend werkzaam is, en

wat daarvan dan doorsijpelt en opgenomen wordt in de zorgorganisatie, is groot, de noodzakelijke bereidheid om een beetje individuele therapeutische vrijheid op te geven niet altijd zeer groot.

Er ligt hier een grote, en nog onvoldoende opgenomen verantwoordelijkheid bij de onderzoekers zelf. Het is niet voldoende om een in onderzoek goed uitgeteste interventie in 'manual' formaat op de wereld los te laten. Wat in onderzoek is ontwikkeld, is getoetst in vaak bijna ideale omstandigheden. Er zal werk gemaakt moeten worden van toetsing-in-de-praktijk, rekening houdend met de dagdagelijkse wirwar die concreet zorg dragen voor ontwikkelingstrajecten is, zodat deze werkzame interventies de werkelijkheidstoets ook doorstaan.

We denken hierbij ook dat settings meer en meer zullen moeten gaan bewegen naar contexten van jongeren toe, eerder dan contexten te laten komen naar de settings zodat relationele continuïteit meer kansen krijgt. Diagnostiek, en ondersteuning van ontwikkelingstrajecten zullen er alleen maar beter en meer werkzaam van worden.

Dit kwaliteitscentrum smelt dan op termijn best samen met de centrale instelling diagnostiek tot een overkoepelende dienst zorgevaluatie. Jaja, we hebben het zelfs aangedurfd om een ruwe berekening te maken van hoeveel personeelsinvestering er hiervoor nodig zou zijn. Benieuwd wat daar mee gebeurt :).

Investeren in zorgfunctionaliteit, en verwachten van zorgsettings en zorgverleners dat ze met deze voorstellen aan de slag gaan, moet ook impliceren dat er op samenlevingsniveau mee veranderd wordt. We hebben dit op twee manieren geformuleerd.

Enerzijds vervroegen van interventies (Dr. Singh zal hier boeiende dingen over vertellen). Dat betekent veel: van budgetten heroriënteren van einde-rit naar het begin van een traject, over maatschappelijk terug inzetten op het



vanaf het begin goed genoeg kunnen laten verlopen— constructief preventief werken (en ik vraag me eigenlijk steeds meer af of we dit wel preventie moeten noemen, eerder dan ‘het gewoon goed genoeg doen’) ...

maar anderzijds als een belangrijke tussenstap aandacht verplaatsen naar die scharnier waar autonomie een zeer belangrijk ontwikkelingsdoel wordt, en het vermogen tot morele zelfsturing meer en meer voorondersteld wordt: de ontwikkelingsperiode van 10-14 jaar. Ze krijgen aandacht in een aparte workshop 10-14 jaar die een aantal van de relevante thema's en vragen zal aansnijden.

Een tweede is iets dat ons allemaal overstijgt maar waar me (misschien wat romantisch aandoend) ook in het rapport wilden over schrijven: de manier waarop we als burgers naast en met en voor en soms langs elkaar leven zal moeten veranderen. Wanneer de minister in een recent VRT-interview herhaalt dat het niet alleen met meer en betere diagnostiek is dat kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis beter geholpen zullen worden, maar dat ook de samenleving zal moeten veranderen, dan legt hij de lat op het goede niveau.

### **Tenslotte:**

zijn er veel vragen die we hebben laten liggen.

Wat betekent het bijvoorbeeld om morele zelfsturing centraal te stellen ten overstaan van de uitspraak dat de jongere regisseur is van de hem aangeboden zorg, eigenaar is van relevante informatie ....? Hoe gaan we respectvol maar correct om met ‘de verwoorde beleving’ van de jongere, in besef dat belevingen geen verklaring zijn, maar een te verklaren en correct te begrijpen gegeven, en dat we de jongere zelf onrecht aan doen indien we een beleving als eindpunt nemen eerder dan als een met hen te bespreken en (dus ook te bevragen) handeling, een communicatie. Dit zijn er maar enkele.

Maar, waar we zeker mee geworsteld hebben, over getwijfeld of en zo ja hoe ver we hier mee zouden gaan, is het tot den treure toe vervloekte begrip van beroepsgeheim en vertrouwelijkheid. In het rapport hebben we over deze “zeer hete patat” geschreven, kleur bekend over waarom we denken dat dit voedsel zo heet gekookt wordt en wat dit veroorzaakt, maar ook dat dit probleem binnen het ons toegemeten tijdsbestek te complex is om frontaal te bespreken—ook al wat het verdorie zeer verleidelijk om dit toch te doen. We zijn er van overtuigd dat er hier multidisciplinair grondslagenonderzoek moet gebeuren, maar ons team was hier niet op gewapend. Het is daarom goed dat deze vragen in de workshop informationele continuïteit door experts zullen worden aangeraakt, met in de eerste plaats aandacht waar de papat misschien toch niet zo heet is dat hij niet in sommige omstandigheden geproefd kan worden.

Zo. Ik ben klaar. Het is nu aan anderen, en aan jullie.

Maar voor ik écht afsluit: ik zou het enorm waarderen om van jullie bijvoorbeeld ook per mail ([stefdecoene@gmail.com](mailto:stefdecoene@gmail.com)), aanvullingen, bedenkingen, voorstellen, verdieping, nuancering, ondersteuning of kritiek — vanzelfsprekend gebruik makend van minstens adequate morele zelfsturing — te ontvangen.

Niemand van het team denkt dat dit af is. En we hopen nu ook van jullie te leren.

Dank je wel. Een goede werkdag gewenst.

Stef Decoene