**Het belang van betrouwbare zorgrelaties kan niet onderschat worden**

***Vlaams Welzijnsverbond doet oproep om meer aandacht te hebben voor continuïteit van zorgrelaties***

Wie in zijn leven geen betrouwbare zorgrelaties ervaren heeft, loopt meer kans om vroeg of laat in de problemen te komen. Je hoeft er maar de media op na te slaan om hiervan de meest schrijnende voorbeelden te vinden. Dit is echter maar het topje van de ijsberg. In Vlaanderen komen elk jaar honderden jongeren en volwassenen in de hulpverlening terecht met min of meer dezelfde problemen. De verwachtingen naar de hulpverlening zijn dan ook hooggespannen. Té hooggespannen soms.

Zo wordt de hulpverlening geconfronteerd met de terechte **vraag naar zorgcontinuïteit** vanuit de cliënt en zijn omgeving en de realiteit van discontinuïteit omwille van reglementering, wisselende begeleiders, uurroosters, uithuisplaatsingen en overplaatsingen, enz. Wisselende zorgrelaties zijn niet alleen problematisch voor jonge kinderen, maar ook adolescenten en volwassenen met een handicap of een andere beperking hebben baat bij betrouwbare en duurzame relaties. Niet alleen de cliënt en zijn omgeving, maar ook medewerkers van voorzieningen zijn vragende partij om aan deze discontinuïteit iets te doen.

Daarom heeft de Ethische Commissie van het Vlaams Welzijnsverbond zich de voorbije maanden over deze problematiek gebogen. We stellen vast dat er **reeds heel wat gebeurt** op het vlak van doorverwijzing en samenwerking en afstemming tussen voorzieningen. Toch moet er in de hulpverlening meer aandacht zijn voor continuïteit van zorgrelaties. Vanuit de hechtingstheorie, de contextuele visie van Nagy en de zorgethiek formuleerde de Commissie hiervoor enkele aanbevelingen, zowel ten aanzien van de hulpverleners en hun organisaties, als van de overheid, elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid.

We geven hier een selectie uit de aanbevelingen mee:

1. Hoe jonger iemand is (ontwikkelingsleeftijd), hoe kwetsbaarder en hoe meer zorg en aandacht moet gaan naar zorgcontinuïteit. We pleiten in eerste instantie voor **begeleiding aan huis** en om hiermee niet te wachten tot de problemen escaleren. De hulpverlening moet de zelfredzaamheid van de cliënten bevorderen en werken aan empowerment, zodat ze hun eigen verantwoordelijkheid (opnieuw) kunnen opnemen. Door te werken aan verbondenheid, aan duurzame en betrouwbare relaties, werkt men ook aan veiligheid en biedt men perspectief op langere termijn.

2. Overplaatsingen moeten zoveel mogelijk vermeden worden. Zeker wat kinderen betreft streven we naar **zo weinig mogelijk breukervaringen**, zodat het kind (opnieuw) basisvertrouwen vindt ten aanzien van volwassenen. In dit verband sluiten we ons aan bij de beleidsopties om bij uithuisplaatsing van jonge kinderen in de eerste plaats pleegzorg te overwegen boven een leefgroepsysteem met steeds wisselende begeleiders. Ouders en netwerk moeten maximaal betrokken worden.

3. De zorgethiek pleit voor het valoriseren van de **bestaande relaties** (ouders en netwerk) van de cliënt, en niet alle heil te verwachten van de professionele hulpverlening. De continuïteit moet in de eerste plaats in het eigen netwerk gezocht worden, zonder dit te overschatten of te overvragen. De hulpverlening zal daartoe het netwerk ondersteunen, maar ook ontlasten als dat nodig is. De continuïteit van zorgrelaties moet gevonden worden in een samengaan van professionele zorgrelaties, familie, omgeving, mantelzorg en vrijwilligers. Hierbij letten we ervoor op dat dit geen afschuiven van de verantwoordelijkheid van de voorziening wordt.

4. Casemanagers, zorgcoachen of trajectbegeleiders mogen zaken niet uit handen nemen van de hulpvrager, mogen de verantwoordelijkheid niet overnemen, maar moeten deze juist teruggeven aan de hulpvrager. We pleiten voor een aandachtsbegeleider, die een verbindingsfiguur en **vertrouwenspersoon** moet zijn tussen kind en ouder of cliënt en zijn netwerk gedurende een langere periode. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie kost immers tijd en vraagt een langdurig en intensief engagement. Al dienen we erbij te vermelden dat dit engagement ook niet oneindig en onvoorwaardelijk kan zijn. Door een goede teamwerking wordt de hulpvrager minder afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van één bepaalde begeleider.

5. Ook de reglementering en allerlei overheidsbeslissingen kunnen een rol spelen bij het al dan niet versterken van de continuïteit in de zorg. Het moet mogelijk zijn om creatieve oplossingen te vinden die onder meer recht doen aan de uniciteit van elke cliënt. Een voldoende **flexibel kader** moet vermijden dat we steeds moeten pleiten voor uitzonderingen, terwijl het eigenlijk een 'recht' van iedereen zou moeten zijn om 'gepaste' hulp te krijgen. De regelgeving moet voldoende eigen initiatief en verantwoordelijkheid aan de hulpverlener laten.

6. Als we **‘verbondenheid’ centraal** stellen in de hulpverlening, vragen we ons af of het werken met hulpverleningscontracten, -modules en -trajecten hiervoor geen tegenindicatie is. Zo dreigt de modulering in de praktijk tot fragmentering van de hulpverlening en dus tot discontinuïteit te leiden, en legt ze de nadruk op de professionele hulpverleningstaken, terwijl eigenlijk de cliënt de richting zou moeten bepalen (zorg op maat-principe). Problemen moet men globaal (integraal) kunnen aanpakken in plaats van de oplossingen te versnipperen. Een oplossing ten gronde hangt immers samen met het relationeel aanbod dat er gedaan wordt en het werken aan (het herstellen van) de natuurlijke verbondenheid tussen mensen.

7. Vanuit **efficiëntie- en effectiviteitsoverwegingen** mag niet alleen geïnvesteerd worden in kortdurende (doorstroom-)hulpverlening. Werken aan een veilige hechting vraagt immers tijd. Hulpverlening moet langdurig en intensief (dieptegericht) kunnen zijn. De inschakeling van ambulante hulpverleningsequipes (bijvoorbeeld vanuit psychiatrie) in het eigen milieu of binnen voorzieningen moet mogelijk worden. Goede regionale spreiding van de voorzieningen maakt het mogelijk dat de band met de eigen omgeving niet verbroken wordt. In het belang van de continuïteit moet het mogelijk zijn om over de maximumtermijnen van de hulpverlening te gaan en moet een goede nazorg voldoende kansen krijgen.

Dit alles vraagt een zekere **autonomie** van de hulpverleningsvoorzieningen en doet tegelijkertijd een uitgesproken beroep op hun **verantwoordelijkheidszin**. Dit moet de overheid verankeren in een goede regelgeving, die ook aandacht geeft aan de kinderrechten en de rechten van de cliënten in de hulpverlening. De voorzieningen ontwikkelen deze ethische reflex bij hun medewerkers. Die medewerkers, die in hun werk met de gevolgen van de discontinuïteit geconfronteerd worden, verdienen een hart onder de riem en volop erkenning van de samenleving.

Contact: Frank Cuyt, 0477 75 31 90

*Het Vlaams Welzijnsverbond organiseerde over dit advies een interactieve studiedag in het Provinciehuis te Leuven op vrijdag 26 oktober 2012. In de voormiddag werd stilgestaan bij de uitgangspunten en de aanbevelingen van het advies, in de namiddag was er een reactie vanuit het kabinet van Vlaams minister Vandeurzen en werden enkele ‘goede praktijken’ voorgesteld. Meer info op* [*www.vlaamswelzijnsverbond.be*](http://www.vlaamswelzijnsverbond.be)*.*