

**WERKEN AAN WELZIJN
ADVIEZEN VAN HET VLAAMS WELZIJNSVERBOND**

ADVIES 7

CONTINUÏTEIT VAN ZORGRELATIES

ADVIES 7:

CONTINUÏTEIT VAN ZORGRELATIES

Woord vooraf	1
1. Probleemstelling	2
<i>1.1. De hulpverleningscarrousel</i>	2
<i>1.2. Fragmentarisering en modulering</i>	2
<i>1.3. Professionalisering en engagement</i>	3
<i>1.4. Organisatie en organiseerbaarheid van de zorg</i>	4
<i>1.5. Maatschappelijke keuzes en visies op zorg</i>	5
2. Theoretische benaderingen van de problematiek	6
<i>2.1. Vanuit de hechtingstheorie</i>	6
<i>2.2. Vanuit de contextuele visie</i>	7
<i>2.3. Vanuit een zorgethische achtergrond</i>	8
3. Aanbevelingen voor continuïteit in zorgrelaties	10
<i>3.1. Aanbevelingen inzake omgaan met de cliënt en het cliëntsysteem</i>	10
<i>3.2. Aanbevelingen op het niveau van de voorziening en de samenwerking tussen voorzieningen</i>	12
<i>3.3. Aanbevelingen ten aanzien van overheid en reglementering</i>	14
Bibliografie e.a. bronnen	16
Werkten mee aan advies 7	17

Dit advies werd door de Raad van Bestuur van het Vlaams Welzijnsverbond vzw goedgekeurd op **17 januari 2012**.

ADVIES 7:

CONTINUÏTEIT VAN ZORGRELATIES

Woord vooraf

1. Ethiek ontstaat vaak vanuit verontwaardiging over bepaalde (mis)toestanden en de bekommernis om er vanuit een bepaalde beweging iets aan te doen. Zo worden we in de hulpverlening geconfronteerd met de terechte **vraag naar zorgcontinuïteit** vanuit de cliënt en zijn omgeving (en die met allerlei argumenten te verdedigen is) en de realiteit die maakt dat er altijd discontinuïteit zal zijn (en die te maken heeft met reglementering, wisselende begeleiders omwille van uurroosters, uithuisplaatsingen en overplaatsingen, enz.). Niet alleen de cliënt en zijn omgeving, maar ook medewerkers van voorzieningen zijn vragende partij om aan deze discontinuïteit iets te doen.
2. Vanuit de Ethische Commissie stellen we vast dat er reeds heel wat aandacht gaat naar het **werken aan continuïteit in de zorg**, onder meer door betere samenwerking en afstemming tussen voorzieningen, door een verzorgde doorverwijzing, enz. We zijn er ons van bewust dat er op dit vlak nog (veel) werk aan de winkel is, en dat werken aan zorgcontinuïteit een blijvend aandachtspunt moet zijn voor de hulpverlening. We zouden in dit verband kunnen spreken over het managen van zorgprocessen. Hierop gaan we in dit Ethisch Advies slechts zijdelings in.
3. We menen echter dat het probleem zich voornamelijk stelt op het vlak van de **continuïteit van zorgrelaties**. De 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. Het zou dan ook goed zijn mocht er in de hulpverlening meer aandacht zijn voor continuïteit van zorgrelaties. In dit verband zouden we kunnen spreken over management van zorgrelaties. Met dit Ethisch Advies zoomen we vooral in op de continuïteit van zorgrelaties.
4. We stellen vast dat dit thema ook maatschappelijke consequenties heeft; het heeft te maken met de organiseerbaarheid van de zorg, de reglementering en subsidiëring. Het overstijgt dus ruim de opdracht van deze Ethische Commissie. Toch willen we met dit advies kritisch stilstaan bij de zorgpraktijk en vanuit een zorgethische visie op zoek gaan naar mogelijkheden om te werken aan deze continuïteit van zorgrelaties. Op deze manier maken we ook werk van onze **ethische signaalfunctie** ten aanzien van de overheid en de samenleving, en tegelijk geven we aanbevelingen aan de voorzieningen rond de organisatie van de zorg. Tenslotte willen we de medewerkers die in hun werk met de gevolgen van de discontinuïteit geconfronteerd worden, een hart onder de riem steken en erkenning geven.
5. We starten **dit advies** met enkele vaststellingen en kritische beschouwingen vanuit de zorgpraktijk (deel 1), om daarna stil te staan bij enkele theoretische benaderingen van de problematiek (deel 2). Tot slot formuleren we een aantal aanbevelingen, onder meer vanuit een zorgethische achtergrond (deel 3). Tussendoor vermelden we – bij wijze van voorbeeld – enkele goede praktijken, die zeker inspirerend kunnen zijn, maar niet alleen zaligmakend zijn. Ze zijn immers gekaderd in hun eigen tijd en context, en er zijn ongetwijfeld nog andere goede praktijken te vermelden. Met dit advies hopen we vooral de reflectie en discussie over continuïteit van zorgrelaties op elk niveau te stimuleren.

1. Probleemstelling

6. Wanneer we uitgaan van de (ethische) **wenselijkheid** van continuïteit (en wederkerigheid) in de zorgrelaties, worden we geconfronteerd met de **realiteit** die vaak anders is. We worden geconfronteerd met een hulpverleningscarrrousel en fragmentarisering en versnippering in de zorg. Dit heeft onder meer te maken met de regelgeving, maar ook met visies op zorg, met organisatie en organiseerbaarheid van de zorg, met schaarste (wachlijsten), met wensen van de cliënt, maar ook van medewerkers, enz. We illustreren dit met enkele voorbeelden.

1.1. De hulpverleningscarrrousel

7. We stellen vast dat kinderen vaak reeds op jonge leeftijd in contact komen met verschillende vormen van hulpverlening, en dit vanuit verschillende sectoren (vrijwillige hulpverlening, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Bijzondere Jeugdbijstand). Vaak verblijven ze hierbij al dan niet gedwongen (minstens door de omstandigheden) voor langere tijd in residentiële opvang, zonder of met beperkt contact met de ouders. Op deze manier ontstaat een “**hulpverleningscarrrousel**”, waarvan we ons afvragen of dit voor het kind niet nadelig is, onder meer op vlak van hechting en identiteitsontwikkeling.

8. Waar er vroeger een tendens was om kinderen in de residentiële hulpverlening en de pleegzorg “te houden”, wil men nu terecht meer kansen geven aan de opvang in het eigen milieu. Dit resulteert in een aantal situaties echter in een voortdurend **heen en weer plaatsen** van kinderen tussen thuis en diverse residentiële opvangvormen en pleegzorg. Op deze manier draaien in se goede bedoelingen nefast uit voor de ontwikkeling van de kinderen. Sommige onderzoekers wijzen erop dat er een verband is tussen het ontbreken van ‘verbondenheid’ en de ontwikkeling van delinquentie¹.

9. Doordat er gestreefd wordt naar zo kort mogelijke hulpverlening (en dit ook door de overheid gestimuleerd wordt), wordt er voornamelijk gewerkt aan een soort ‘**doorstroomhulpverlening**’ in plaats van aan een ‘dieptegerichte’ hulpverlening. Die doorstroomhulpverlening voldoet meestal wel aan de technische vereisten van een geprotocoliseerde hulpverlening en getuigt van een zeker professionalisme, maar laat toch kinderen met hun (al dan niet) complexe en meervoudige problematieken in de kou staan. Deze doorstroomhulpverlening leidt tot een versnippering van de oplossingen, met bovendien nog vaak slecht geregelde overgangen tussen de verschillende hulpvoorzieningen. (cf. het pleidooi voor ‘naadloze’ overgangen.)

10. Als remedie tegen de wachlijsten voorziet men in de Integrale Jeugdhulp in een tijdelijke crisisopvang (bed, bad, brood) in afwachting van langdurige hulp. Men spreekt in dit verband van “**overbruggingshulp**”. Hierbij is het de bedoeling om de kinderen en jongeren zo snel mogelijk “door te sluisen” naar een aangepaste hulpverleningsvorm. Dit is als het ware een institutionalisering van de breuk en rechtvaardigt of verdoezelt in feite wat onrechtvaardig is, nl. het geen plaats hebben in de (herberg van de) hulpverlening. Kinderen komen op deze manier in een soort “emotioneel vacuüm” terecht...

*De CKG worden **bijvoorbeeld** geconfronteerd met een regelgeving die bepaalt dat er maximaal 180 dagen begeleiding mag zijn. De opdracht is om gedurende die tijd te werken aan de verbetering van de thuissituatie. Wanneer dit niet lukt binnen die tijdsperiode, kan men de situatie zelf niet verder opvolgen, maar is men verplicht door te verwijzen naar een pleeggezin of een residentiële opvang binnen de Bijzondere Jeugdzorg, waar er dan weer wachlijsten zijn of geen geschikte pleeggezinnen. Voor sommige situaties lukt het de hulpverlening af te ronden binnen de termijn van 180 dagen, voor andere niet.*

1.2. Fragmentarisering en modulering

11. Niet alleen tussen sectoren en voorzieningen blijven schotten bestaan, zelfs binnen de Integrale Jeugdhulp worden schotten geplaatst tussen diagnose, indicatiestelling en toewijzing². Deze **opsplitsing** zou wel eens kunnen leiden tot een nog sterkere problematisering, die zeker niet leidt tot meer continuïteit in de hulpverlening. Zo kan men in de diagnosestelling geneigd zijn vooral te focussen op de problematiek van het kind (de cliënt), terwijl men op zoek moet naar het totaalplaatje, met inbegrip van de mogelijkheden en de

¹ Zie Johan Deklerck e.a.

² cf. studie van IJH Limburg: “Tussen de mazen van het netwerk”

sterktes, niet alleen van het kind (de cliënt) zelf, maar ook van zijn omgeving. Alleen zo kan men alle mogelijkheden open houden.

12. Organisatorisch gezien kan het zeer goed geregeld zijn dat het intakegesprek door persoon A gebeurt, en het vervolg van de hulpverlening door persoon B, maar we kunnen ons de vraag stellen of dit ethisch wel correct is. Zorgt **modulering** m.a.w. niet voor discontinuïteit? De cliënt moet aan de intaker zijn verhaal doen en zal achteraf een andere hulpverlener opnieuw in vertrouwen moeten nemen. Hij wordt in elk geval geconfronteerd met minstens twee opeenvolgende hulpverleners. Door de modulering wordt de hulp vooraf gestroomlijnd op maat van de organisatie, terwijl eigenlijk de cliënt de richting zou moeten aangeven en de hulpverlening met hem mee op weg moet gaan. Modulering leidt er vaak toe dat de hulp (te) beperkt is in tijd en dat er meer overgangen en breuken zijn in de hulpverlening, terwijl men dit juist trachtte te vermijden.

13. Verschillende vormen van '**zorgcoaching**' werken de fragmentarisering in de hand en leiden hierdoor tot minder engagement bij de andere personeelsleden. Men kiest voor een geïndividualiseerde oplossing, die misschien wel werkbaar is voor de mondige cliënten, maar waarbij we de vraag kunnen stellen of dit wel echt tot 'zorg op maat' leidt. Door beroep te doen op casemanagers, die de handelingsplannen van de individuele cliënten moeten opvolgen, wordt de verantwoordelijkheid uit handen genomen van de gewone teamleden en de werkers in de frontlinie... Dit zorgt opnieuw voor een versnippering van de verantwoordelijkheden.

Het voorbeeld werd gegeven van een jongere die in een voorziening voor Bijzondere Jeugdbijstand verblijft en een als misdrijf omschreven feit (MOF) pleegt, waarvoor hij doorverwezen wordt naar een gesloten Gemeenschapsvoorziening. Nadat de begeleiding daar stopt, kan hij echter niet meer terug naar de eerste voorziening, waar men reeds een bepaalde weg met hem gegaan is. Nochtans zou dit beter zijn voor de gast in kwestie. Er bestaat immers geen systeem dat de plaats voor hem open gehouden wordt en er is de druk van de wachtlijsten om open plaatsen zo snel mogelijk in te vullen. De voorziening of de persoonlijke aandachtsbegeleider die voor deze jongere de enige 'vaste' (betrouwbare) figuur in zijn leven was, kan alleen op vrijwillige basis nog een zekere begeleiding bieden...

1.3. Professionalisering en engagement

14. Het verloren gaan van de continuïteit in de zorg wordt ook in de hand gewerkt door de evolutie van **professionalisering**, waarbij de generalisten verdwenen zijn en vervangen door specialisten, die elk (slechts) verantwoordelijk zijn voor hun beperkt terrein. Zonder de voordelen van deze professionalisering (onder meer hogere competentie) in vraag te stellen, moeten we ons de vraag durven stellen of deze in bepaalde situaties niet leidt tot meer discontinuïteit en soms tot een 'dienst'-verlening, waaruit het 'zorg'-gevoel verdwenen is. Anderzijds moeten we erkennen dat de continuïteit van de zorg niet steeds kan gerealiseerd worden vanuit professionele zorgrelaties, maar dat deze professionals wel verantwoordelijk zijn voor het feit dat iemand in zijn leefomgeving (of leefgroep) een bepaalde continuïteit kan ervaren.

15. Vanuit zijn professionaliteit heeft de hulpverlener de neiging om snel antwoorden te geven. Hij meent dat dit van hem verwacht wordt. En soms verwachten hulpvragers ook alle antwoorden op hun vragen van de hulpverlener, en liefst nog direct. Toch is het omwille van de continuïteit in de zorgrelaties nodig om deze **directe antwoorden** in vraag te stellen, want hulpverlening moet steeds oog hebben voor de dialoog met de cliënt en zijn omgeving, voor de zelfredzaamheid (empowerment) van de cliënt en voor de hulpbronnen die er in zijn relationeel netwerk (nog) aanwezig zijn. Naast het geven van antwoorden, zal de hulpverlener ook inzetten op de dynamiek en het proces van de dialoog met de cliënt en zijn omgeving.

16. Het ontwikkelen van een **vertrouwensrelatie** is cruciaal in de hulpverlening. Om deze te kunnen opbouwen, is continuïteit belangrijk. Vertrouwen ontstaat pas wanneer de cliënt ervaart dat men op de hulpverlener kan rekenen, dat deze er is wanneer men hem nodig heeft. Dit is niet gebonden aan tijd en plaats. Je kan hierbij de vraag stellen of dit soort vertrouwensrelaties wel mogelijk is in een professionele relatie, die per definitie 'eindig' is, en onder meer beperkt is tot de 'werkuren'... Toch vinden we dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie, ook binnen deze beperkingen, een deskundigheid van de hulpverlener moet zijn. Het is belangrijk dat de cliënt een bepaald engagement van de hulpverlener ervaart, en hulpverleners vragen tijd en mogelijkheden om hieraan op een professionele manier te kunnen werken.

17. Dat engagement moet ook een **goede doorverwijzing** mogelijk maken. Wanneer men stoot op de 'grenzen van de hulpverlening', wanneer men zelf de goede hulp niet meer kan bieden, moet men zorgzaam omgaan met de overdracht van de hulp en ook hierbij proberen te zorgen voor continuïteit in de hulpverlening. Zo kan vermeden worden dat een hulpvrager zijn verhaal steeds opnieuw moet vertellen en kan er voortgebouwd worden op de reeds gerealiseerde stappen in een continuüm van hulp.

18. Het engagement van medewerkers in de hulpverlening is echter niet oneindig. In dit verband wijst de Ethische Commissie op het grote verloop van medewerkers, met alle gevolgen vandien voor de continuïteit van de hulpverlening: cliënten moeten opnieuw hun verhaal doen en er moet opnieuw een vertrouwensrelatie opgebouwd worden. Zowel vrijwilligers als professionele hulpverleners zeggen af te haken omdat ze te weinig **ondersteuning** krijgen. De Ethische Commissie verwijst in dit verband naar haar advies 6 over “Zorgzame ondernemers in de zorg” en naar initiatieven die vallen onder de noemer “zorg voor dezorger”.

*Als er **bijvoorbeeld** een vermoeden is van een psychiatrische problematiek bij kinderen in een voorziening, dan kan dit vaak niet in de voorziening zelf opgevolgd worden, maar moet doorverwezen worden naar de psychiatrie, wat weer een breuk betekent in de relaties van het kind. Dit zou kunnen opgevangen worden via ambulante equipes die zowel in het eigen milieu als in de voorzieningen kunnen tussenkomen.*

1.4. Organisatie en organiseerbaarheid van de zorg

19. De logica van de organisatie van de zorg komt niet altijd overeenkomt met de **wensen** en de keuze van de cliënt, vandaar het belang dat er hierover in dialoog een beslissing kan genomen worden, die zoveel mogelijk rekening houdt met de realiteit en de wensen, want "tussen droom en daad..." Het gaat hierbij niet alleen over de hechtingsproblematiek van jonge kinderen; alle hulpvragers worden immers geconfronteerd met zaken als personeelwisselingen e.d.

20. Je kan je de vraag stellen wie centraal staat in de organisatie van de zorg, wie het sterkste doorweegt in de **keuzes** die men maakt in de zorg: de persoon van de cliënt (en zijn omgeving), de (al dan niet professionele) begeleiders of de organisatie en de organiseerbaarheid van de zorg? Hiermee wordt ook de vraag opgeroepen hoe ver je kan gaan in **flexibiliteit**? Ten aanzien van de cliënten, ten aanzien van personeel, ten aanzien de organisatie van de zorg. En de andere kant van de medaille: hoe ondersteun je het engagement van medewerkers en van de organisatie om langdurig voor iemand te zorgen?

21. Medewerkers vragen aandacht voor een goede balans tussen thuis en werk en vragen terecht maatregelen om de **werkdruk** te verminderen. Vaak kiest men dan om 'minder te werken' via allerlei systemen van tijdscrediet. Er is de arbeidsduurvermindering voor oudere werknemers en de zogenaamde landingsbanen. De terecht wensen van medewerkers botsen dan met de organiseerbaarheid van de continuïteit in de dienstverlening.

22. Er is de realiteit dat er in de welzijnssector veel **deeltijds werkenden** zijn, waardoor meer mensen in de leefgroep komen en er minder 'vaste' begeleiders zijn. Dit probleem stelt zich ook als er bij (langdurige) ziekte een interimkracht ingeschakeld wordt: voor de buitenwereld 'draait' dan alles gewoon verder, maar in de leefgroep is dit weer een verandering, niet alleen voor de bewoners, maar ook voor de teamleden: dit vraagt telkens weer een herdenken van de relaties en van de werkafspraken tussen de teamleden...

23. Dit alles wordt nog versterkt door de verhouding tussen het aantal **mannen en vrouwen** dat werkzaam is in de welzijnssector: er werken sowieso meer vrouwen dan mannen in de zorgsector; vrouwen werken meer deeltijds dan mannen; mannen werken meer in staffuncties, terwijl vrouwen vooral in de directe begeleiding werken. Waar een team van begeleiders vroeger uit 4 à 5 personen bestond, wordt nu 7 of meer de regel. Er wordt bovendien opgemerkt dat een opvoedings- en zorgrelatie er baat bij heeft dat er niet alleen vrouwen, maar ook mannen directe zorgtaken opnemen. Op deze manier krijgen cliënten verschillende rollen om zich aan te spiegelen. Dit is de laatste jaren wel wat verloren gegaan.

24. Ideaal gesproken zou voor elke persoon die beroep moet doen op een (residentiële) voorziening, een 'matching' moeten gebeuren en eventueel kennismakings- en proefperiodes ingeschakeld worden om te zien of het 'klikt'. Omwille van de **schaarste** (wachtlijsten) en de dringendheid van een plaatsing zal men vaak niet de kans hebben om al de wenselijke afwegingen te maken: als er ergens een plaats is, zal men ook overgaan tot een opname. Soms zal het gaan om een plaatsing 'in afwachting' van een beter geschikte plaats elders.

25. Ook de schaalgrootte en de **spreiding** van de voorzieningen kan hierbij een rol spelen. Zo wordt er belang gehecht aan de regionale inbedding van de voorziening, waardoor men dicht bij de ouders opvang kan aanbieden, zodat de contacten gemakkelijker kunnen verlopen, of waardoor de jongere indien gewenst verder naar dezelfde school kan blijven gaan en zijn vrienden kan blijven zien. Op deze manier zouden er minder breukervaringen zijn. De tendens tot schaalvergroting en concentratie werkt dit zeker niet in de hand.

Het **voorbeeld** werd gegeven van een persoon die reeds 20 jaar in dezelfde voorziening voor personen met een handicap verblijft, maar die niet in dezelfde leefgroep kan blijven omwille van een serieuze verzwarende van de zorg omwille van het ouder worden (of bijkomende problemen). Terwijl zijn aandachtsbegeleider natuurlijk niet mee 'verhuist' naar de andere leefgroep. Dit roept de vraag op naar de modaliteiten rond 'mobiliteit' binnen de voorziening. Maar ook buiten de voorziening, wanneer het bijvoorbeeld gaat over een palliatieve situatie: gaan we dit verder opnemen in de vertrouwde omgeving van de voorziening (waar er minder ervaring is met palliatieve zorg) of doorverwijzen naar een voorziening (kliniek, hospice) waar er wel specifieke kennis is over palliatieve zorg, maar vaak niet over de handicap (en waardoor er een breuk is met de vertrouwde omgeving)?

1.5. Maatschappelijke keuzes en visies op zorg

26. In onze samenleving wordt de **keuzevrijheid** en de autonomie van de cliënt als heel belangrijk naar voor geschoven, maar vanuit ethisch oogpunt is er ook de verantwoordelijkheid van de cliënt en zijn omgeving (het belang van het netwerk in de continuïteit van de zorg). Keuzevrijheid is een typische markt-term, maar we stellen vast dat er in de praktijk niet veel sprake is van keuze: men moet al blij zijn dat er een plaats is in een voorziening. Bovendien moet men in de bijzondere jeugdzorg en de gehandicaptenzorg de regels van de centrale wachtlijst volgen... De keuzevrijheid is m.a.w. wel erg beperkt...

27. Er is het **maatschappelijk probleem** van het verdwijnen van de natuurlijke (zorg)netwerken, het tekort aan mantelzorgers, de verandering van de structuur van de gezinnen (cf. nieuw samengestelde gezinnen, eenoudergezinnen, enz.)... Dit alles heeft te maken met keuzes van de samenleving, die het bijvoorbeeld noodzakelijk maken om met twee te gaan werken, of met de maatschappelijke visie op senioren als actieve burgers (i.p.v. de zorgende groep in de samenleving), e.a., waardoor mensen meer beroep moeten doen op de georganiseerde hulp- en dienstverlening. Onze samenleving is zo georganiseerd, dat beide ouders bijna verplicht zijn om te gaan werken, en er dus zelfs in de opvoeding in het eigen gezin fragmentering optreedt... Zelfs hier duikt een vorm van 'institutionalisering' op, wanneer kinderen van jongs af aan naar de opvang moeten...

28. Wanneer we vertrekken van een **rechtenbenadering** is het belangrijk oor te hebben voor de vraag hoe de cliënt zelf de hulp ervaart: zal hij bijvoorbeeld de hulp al dan niet als 'gefragmenteerd' ervaren? Krijgen situaties van langdurige zorgbehoefendheid nog wel kansen in een hulpverlening waarin de nadruk komt te liggen op zo kort mogelijke, oplossingsgerichte zorg? Zowel het decreet rechtspositie van de jongere in de hulpverlening als het kwaliteitsdecreet voorzien procedures om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Hierbij stellen we ons de ethische vraag of als de procedures goed gevolgd zijn, de hulpverlening dan ook automatisch 'goed' te noemen is? Er gaan dan ook meer en meer stemmen op om naast de 'evidence based practice' ook aandacht te besteden aan de 'value based practice', het eerbiedigen van en zoveel mogelijk rekening houden met de waarden die voor de cliënt zelf belangrijk zijn.

Een **voorbeeld** van hoe visies op zorg meespelen is de idee dat (residentiële) hulpverlening liefst zo kort mogelijk is, wat dan weer ingaat tegen de idee dat er in de hulpverlening een relatie aangegaan wordt met de cliënt (kind en het eigen gezin), en dat dit een zekere vertrouwdheid vraagt en 'tijd' kost. Door de nadruk te leggen op kortdurende hulpverlening (in plaats van op zorgcontinuïteit) komen de meest zorgbehoevenden niet meer aan hun trekken in de hulpverlening.

2. Theoretische benaderingen van de problematiek

29. Om de problematiek van de zorgcontinuïteit te kaderen gingen we met de Ethische Commissie te rade bij de hechtingstheorie, de contextuele visie van Nagy en – uiteraard – de zorgethiek. We zijn er ons van bewust dat er meerdere benaderingen mogelijk zijn (zoals bijvoorbeeld de sociale interactietheorie of de neurobiologie), maar we kunnen in het bestek van dit advies hier onmogelijk uitgebreid op ingaan. Voor meer achtergrond bij deze verschillende benaderingen verwijzen we naar de geëigende literatuur. We beperken ons hier tot enkele algemene uitgangspunten en formuleren op basis daarvan in deel 3 enkele aanbevelingen.

2.1. Vanuit de hechtingstheorie

30. Elk kind wordt geboren met het vermogen zich aan de ouder te hechten. Haast alle ouders dromen van een goede band met hun kind. Toch is een hechte band tussen ouder en kind **niet vanzelfsprekend**. Door stresserende levensomstandigheden zoals armoede of vroegere moeilijke gehechtheidservaringen van de ouder vinden ouder en kind elkaar soms niet. Dit maakt een kind kwetsbaar, want veilige gehechtheid biedt een kind meer kans op een gezonde ontwikkeling. Kinderen die geen veilige of onvoldoende hechting gekend hebben, hebben ernstige moeilijkheden met het ontwikkelen van basisvertrouwen in het leven (en in relaties), wat later tot problemen kan leiden.

31. Vroege ervaringen met verzorgingsfiguren en de manier waarop men tot hechting is gekomen, hebben een invloed op het zelf(waarde)gevoel van het kind in het algemeen en op hoe het kind de betekenis van relaties in het bijzonder heeft geïnternaliseerd. Vandaar dat het belangrijk is in te zetten op existentiële relaties en op het hechtingsgedrag van het kind. Vaak zal het kind dat onveilig gehecht is claimend of oppervlakkig hechtingsgedrag vertonen. We spreken dan van een 'onveilige' hechting. Om **veilige gehechtheid** de kans te geven zich te ontwikkelen, is duurzaamheid nodig. Het is met andere woorden voor de ontwikkeling van een jong kind van wezenlijk belang dat het zich kan hechten aan een verzorger die op een continue basis voor hem zorgt. (cf. de beleids optie om bij uithuisplaatsing van jonge kinderen eerst pleegzorg te overwegen.) Het kind moet ruimte en tijd krijgen om zich veilig te kunnen hechten.

32. Vanuit de hechtingstheorie gaat men ervan uit dat de eerste band, de vroege relatie met een primaire hechtingspersoon (vaak de moeder-kindrelatie) bepalend is voor de latere relaties. Hechting komt tot stand, ontwikkelt zich in en doorheen de relatie. Daarom gaat men ervan uit dat het belangrijk is voor een jong kind dat in de hulpverlening **de eerste band ondersteund** wordt. (vgl. met de existentiële loyaliteit van Nagy.) Ouders en kinderen hebben, ondanks hun kwetsbaarheden, ook hun sterktes! Wil men echter werken aan een veilige gehechtheid tussen ouders en kind, dan kost dat tijd. Essentieel is een relationele aanpak, met oog voor kind én ouder. De persoon zelf (kind of ouder) vraagt vooral inspraak in de beslissingen ("Praat met mij, niet over mij.") en wederzijds vertrouwen.

33. Het verlaten van een vertrouwde omgeving, hoe weinig stimulerend deze ook is of zelfs wanneer deze bedreigend is, betekent steeds een 'verlieservaring' voor het kind. Daarom moet er steeds ruimte gegeven worden aan de **biologische ouder**, ook als er geen rechtstreeks contact is. Dit moet op een constructieve, niet culpabiliserende manier gebeuren. Het is belangrijk dat er een soort 'bondgenootschap' is tussen de hulpverlener/opvoeder/pleegouder en de biologische ouder. Door op weg te gaan met de biologische ouder creëert men ruimte voor een ander soort contact met het kind. Deze hulp gebeurt – zolang dit kan – best in de thuissituatie, samen mét de ouders.

34. Greet Geenen en Jozef Corveleyn³ stellen vast dat vroeg investeren in het leven van een kind het grootste terugverdieneffect genereert en economisch gezien dus interessanter is dan remediëren op latere leeftijd, en dat hulpverlening op latere leeftijd meer rendoert wanneer verder kan gebouwd worden op kwaliteitsvolle vroege zorg. Het beleid is echter geneigd kortdurende interventies te promoten, terwijl deze ontoereikend zijn voor hoge risicogroepen. Wil men hier effect bekomen, dan moet het gaan over een **langdurig en intensief engagement**. Het vraagt immers veel tijd voor deze mensen voor ze opnieuw iemand durven vertrouwen! (cf. Presentiebenadering) Outreaching kan een middel zijn om geïsoleerde gezinnen toch te bereiken en met hen op weg te gaan.

35. Buiten de primaire verzorgingsfiguren is ook het bredere **sociale netwerk** van belang. Het is dan ook belangrijk om verbindend te werken naar het eigen 'netwerk' toe. Het is immers hier, en niet in de hulpverlening, dat men tot hechting moet komen. Hulpverlening moet zich (op termijn) overbodig maken. Dat

³ Helpende Handen, p. 229 en 230.

kan alleen door in te zetten om de kracht van het eigen netwerk. Een grootmoeder kan bijv. de enige stabiele figuur zijn in de wisselende leefomgeving van een kind. Andere leden van de familie of het bredere netwerk kan men uitdrukkelijk aanspreken en mee opnemen in de interventie (cf. Eigen Kracht Conferenties).

36. Greet Geenen en Jozef Corveleyn stellen vast dat er in **residentiële opvang** minder ruimte is voor een hechte een-op-een-relatie: meerdere opvoeders dragen de zorg voor het kind; een persoonlijke begeleider of aandachtsopvoeder is niet altijd aanwezig, wanneer het kind hem nodig heeft; er zijn wisselende opvoeders, waardoor "ervaringen met gebroken relaties met verzorgingsfiguren gewoon doorgaan tijdens hun leven in instellingen. (...) Wat nefast kan zijn voor hun vermogen om gehechtheidsrelaties aan te gaan."⁴ Daarom wordt er gepleit voor zoveel mogelijk continuïteit binnen de discontinuïteit!

37. Breuken zijn niet (altijd) dramatisch, en kunnen zelfs leiden tot groei. Er zijn echter ook **onvermijdelijke breuken** in de zorg (door ziekte, ontslag, zwangerschap, verhuis, enz.), maar die kunnen wel goed of slecht begeleid en overbrugd worden... of voorspelbaar gemaakt... Voorspelbaarheid brengen in de discontinuïteit kan door bijvoorbeeld het kind een zicht te geven op wie van de opvoeders de volgende weken aanwezig is. "Wanneer om een of andere reden continuïteit niet haalbaar is, is het belangrijk dat het beleid vanuit een continuïteitsvisie bruggen voorziet tussen bepaalde diensten, hulpverleners, regio's. Eventuele breuken dienen zo naadloos mogelijk en met voldoende zorg en omkadering te worden opgevangen." (Geenen, p. 231)

38. Vanuit de gehechtheidstheorie wordt ervoor gepleit te streven naar vaste zorgfiguren, zo mogelijk via een vast team van opvoeders of een "**aandachtsopvoeder**". Eenzelfde hulpverlener zou in staat moeten zijn om ouder en kind gedurende geruime tijd van nabij te volgen. Toch betekent continuïteit niet dat deze constant aanwezig moet zijn. We pleiten er ook niet voor dat deze ene persoon de ganse hulpverlening verzorgt. Dit is, gezien de variëteit aan problemen waar deze mensen mee kampen, immers niet haalbaar. Het is wel belangrijk dat er iemand is die de verbrokkelde voorgeschiedenis van het kind samenbrengt, en zich engageert om gedurende een langere periode met het kind en zijn ouders op pad te gaan en een soort 'verbindingsfiguur' wordt.

39. Er werd opgemerkt dat iedere hulpverlener zijn eigen gehechtheidsstijl meebrengt. Wie 'aandachtsopvoeder' wordt voor het kind, kan dan ook niet vooraf bepaald worden: dit mag groeien doorheen de hulpverlening; het moet klikken met het kind en zijn ouders... Er werd in dit verband gesproken van een soort '**zielsverwantschap**' tussen aandachtsbegeleider en kind. Er werd tevens opgemerkt dat medewerkers die lang verbonden zijn aan een team of dienst, ervoor zorgen dat er continuïteit en expertise in de organisatie blijft, wat resulteert in een sterk inhoudelijk beslagen en gedragen team.

Een doordenker: "Vanuit de gehechtheidstheorie stelt zich de vraag of het verantwoord is een kind een band te laten opbouwen met figuren die hij moet loslaten voor de band geïnstalleerd is. Als men een gehechtheidsrelatie tussen kind en opvoeder aanbiedt, moet men er ook over waken dat deze zich kan ontplooiën. Dit vraagt om een beleid dat voldoende continue en responsieve verzorgingsfiguren voorziet, investeert in nazorg en toelaat om bruggen te leggen tussen bepaalde voorzieningen." (Helpende Handen, p. 214)

2.2. Vanuit de contextuele visie

40. De grondlegger van de contextuele therapie, de Hongaarse-Amerikaanse psychiater en gezinstherapeut Ivan Boszormenyi-Nagy, vertrekt ervan dat mensen **relationele** wezens zijn. Als alles goed gaat is er een zekere balans tussen geven en nemen; als het onevenwicht te groot is, spreekt hij over een "loyaliteitsconflict". Mensen kunnen evenwel groeien in relaties. In zijn therapie vraagt hij dan ook aandacht voor het "passend geven" tussen ouders en kinderen, om zo de "balans" terug in evenwicht te brengen. Het is dan ook een opdracht voor de hulpverlening om dit 'passend geven' te ondersteunen.

41. Doordat het in de ouder-kindrelatie om **existentiële loyaliteit** gaat, blijft de 'centrale rol' van de ouders meespelen, ook al zijn ze op de achtergrond verdwenen, zelfs wanneer er sprake is van kindermishandeling, verwaarlozing of uithuisplaatsing. Er is volgens Nagy sprake van loyaliteit over de generaties heen. Zo zal men bijvoorbeeld 'onrecht' dat men aangedaan is door de eigen ouders, meedragen naar de relatie met de eigen kinderen. Vandaar het pleidooi om ouders steeds te betrekken, zoals ook vanuit de hechtingstheorie bepleit wordt.

⁴ Helpende Handen, p. 213.

42. Het is belangrijk dat men zich in de hulpverlening bewust is van het bestaan van mogelijke **loyaliteitsconflicten**, en hiervoor uitdrukkelijk aandacht heeft. (Nagy spreekt in dit verband van 'verstehen', wat dieper gaat dan 'verklaren'.) Het is belangrijk dat de hulpverlening hiermee respectvol omgaat en actief gaat zoeken hoe het kind passend kan 'geven' aan zijn ouders én hoe de ouders kunnen laten zien aan het kind dat ze dit ook passend 'ontvangen'. Er wordt hierbij aandacht gevraagd voor het gevaar dat men loopt om impliciet de boodschap te geven dat men de 'goede' hulpverlener (opvoeder, pleegouder) is tegenover de 'slechte' ouder. Het is dan ook belangrijk dat er samengewerkt wordt met de ouders.

43. Het verschil tussen ouder-kindrelaties en (professionele) zorgrelaties is dat het bij deze laatste per definitie om asymmetrische relaties gaat. Ouder-kindrelaties zijn uiteraard ook zorgrelaties, maar de loyaliteit aan ouders is vooral existentiële, terwijl het in een hulpverleningsrelatie om een **verworven loyaliteit** gaat. Existentiële loyaliteit staat niet 'hoger' dan verworven loyaliteit: voor de existentiële loyaliteit moet men echter niets doen, deze is gegeven, terwijl de verworven loyaliteit samenhangt met de tijd die men erin steekt, de investering in de relatie, de mate van geven en nemen die in de relatie aanwezig is, het wederzijds engagement. (cf. zorgethiek) Het is belangrijk dat de (professionele) hulpverleningsrelatie niet in de plaats komt van de zorgrelatie tussen ouder en kind. Het is belangrijk dat de hulpverleners dit erkennen, dat ze laten zien dat ze beseffen hoe moeilijk het voor het kind is om vertrouwen te geven aan deze 'vreemde' hulpverleners. Het is een taak van de hulpverlener om met deze spanning tussen existentiële en verworven loyaliteit op een professionele manier om te gaan.

44. Wanneer kinderen in de hulpverlening doorverwezen of overgeplaatst worden, of wanneer medewerkers vervangen worden, is er telkens sprake van een 'breuk' of **verlieservaring**. Het is hierbij belangrijk te zoeken naar manieren om de (verworven) loyaliteit op een nieuwe manier uit te drukken (geven en ontvangen van bewoners en medewerkers) en eventueel te onderzoeken of het mogelijk is deze loyaliteit op een of andere manier 'door te geven' tussen de hulpverleners, eventueel via een afscheids- of overgangsritueel of een formeel moment waarop de hulpverlening doorgegeven wordt. Hierdoor ervaren kinderen dat ze "niet zomaar gedropt worden" en krijgen ze van de ouders en begeleiders de boodschap dat men het goed vindt dat ze een volgende stap in de hulpverlening zetten. Bovendien kan het belangrijk zijn om ervoor te zorgen dat kinderen dit soort keuzes niet zelf moeten maken, maar dat ze hierin begeleid en ondersteund worden door hun eigen ouders en/of hun hulpverleners.

45. Vanuit de contextuele visie is het belangrijk de **netwerken** rond de hulpvragers te verruimen: zowel de netwerken van gezinnen in moeilijkheden als van de kinderen indien ze uithuisgeplaatst werden. Hierbij kan men zich echter de vraag stellen hoeveel nieuwe en verschillende loyaliteiten een mens (een kind) tegelijk of opeenvolgend aankan, en hoeveel breuken in deze loyaliteiten men aankan... Wanneer de relatie tussen de cliënt en zijn eigen netwerk niet meer goed komt, is het belangrijk om elders (bijvoorbeeld via vrijwilligers of 'buddy's') de continuïteit in de zorgrelaties te zoeken of te creëren.

2.3. Vanuit een zorgethische achtergrond

49. Vanuit een zorgethische visie worden we **geraakt door de concrete context** en de concrete mensen waarmee we in de hulpverlening geconfronteerd worden. De praktijk leert dat loyaliteit en trouw hier vaak aangetast zijn. Vandaar dat we aandacht vragen voor thema's als hechting, contextualiteit, verbondenheid, continuïteit en wederzijds engagement. Het is belangrijk dat de kern van de zorgrelatie aanwezig blijft, nl. het wederzijds vertrouwen (vertrouwensrelatie, betrouwbaar en trouwvol aanwezig zijn). Naast de procesmatige kant van de hulpverlening (die wetenschappelijk onderbouwd is met takenpakketten, hulpverleningsprocessen, protocollen, ...) vraagt de zorgethiek aandacht voor de relationele kant van de hulpverlening, die stilstaat bij pijn en verdriet en kwetsbaarheid.

50. Wanneer we de relatie centraal stellen, betekent dat niet dat het uittekenen van een visie, het opbouwen van ervaring, het evidence-based werken, enz. niet meer meetellen: in de hulpverlening kunnen en mogen we niet alleen uitgaan van ons aanvoelen, maar ook vanuit de (gedeelde) ervaring. Het volgen van procedures (kwaliteit van zorgprocessen), moet iedere hulpverlener kunnen doen op basis van zijn opleiding en ondersteund via bijscholing. De zorgethiek onderstreept het belang van de **competentie** en deskundigheid van de hulpverlener en pleit voor **hoge standaarden van professionaliteit**. Respectvolle bejegening is niet alleen een kwestie van vriendelijkheid, maar steunt ook op de inzet van alle beschikbare kennis en professionele middelen ("Het beste is niet goed genoeg...") Het gaat er niet alleen om op een vriendelijke manier in te gaan op de wensen van de cliënt, maar soms is hulpverleners ook een kwestie van 'moraliseren', aanklappen, mensen met hun eigen verantwoordelijkheid confronteren. In dit verband pleit de zorgethiek ook voor een erkenning van de professionele autonomie, de eigen verantwoordelijkheid en interpretatieruimte van de hulpverlener.

51. Vanuit de zorgethiek pleiten we voor een meer **dieptegericht**, minder verkokerde en meer generalistische **hulpverlening**. Hulpverleners moeten meer kunnen werken met het totale plaatje in plaats van zich te richten op bepaalde 'disfuncties': vandaar een pleidooi voor 'generalisten' in de hulpverlening. Hun 'specialisatie' bestaat er juist in het geheel te blijven zien, te zorgen voor een soort 'circulaire' hulpverlening 'rond' de ganse cliënt en zijn omgeving. De vergelijking werd gemaakt met een huisarts die zijn patiënten gedurende lange tijd kan begeleiden en toch kan samenwerken met andere zeer autonoom werkende, gespecialiseerde professionals. Neemt de specialisatie toe, dan heb je die generieke figuren nog meer nodig, onder meer om het geheel te blijven zien en de lijnen te bewaken die samen met de cliënt uitgezet werden.

52. Naast het belang van competenties en professionaliteit werkt men in de hulpverlening echter ook met de inbreng van "**de persoon van de hulpverlener**". We stellen vast dat het relationele aspect vrijwel afwezig is in het huidig functionalistisch kwaliteitsdenken. Paul Verhaeghe stelt dat "wat werkt in therapie" in de eerste plaats de zorgrelatie is. Dit is het belangrijkste. Daarna komt de eigen activiteit, de eigen inzet van de hulpvrager, en pas op de derde plaats de effectief bewezen interventies. Vandaar het belang om aandacht te hebben voor "zorg voor dezorger". Niet alleen om burn out te voorkomen, maar omdat we overtuigd zijn van de waarde van de persoon van de hulpverlener.

53. Een zorgrelatie is niet alleen functioneel, niet alleen utilitair, een middel om een doel te bereiken voor de cliënt (eenrichtingsverkeer), maar werkt **wederzijds**, wordt in relatie opgebouwd. Cliënten willen niet alleen 'object' van zorg zijn, maar willen ook erkend worden als subject: zelf een inbreng doen, inspraak hebben, in relatie treden, enz. Mensen zijn individuen en streven als dusdanig naar zelfstandigheid, maar tegelijk zijn mensen ook wezenlijk relationeel: pas in relatie wordt men meer mens, vandaar het belang van een relationeel en betrouwbaar aanbod in de hulpverlening, ook als dit misschien niet langdurig is.

54. Als begeleider zijn we **verantwoordelijk** voor onze relatie met de hulpvrager, maar we moeten ervoor opletten dat deze verantwoordelijkheid niet verstikkend werkt. Of dat we hulpvragers afhankelijk maken van deze relatie. We zijn er ook voor verantwoordelijk dat onze cliënt zijn verantwoordelijkheid kan opnemen op zijn eigen niveau, voor zijn eigen relaties (bijv. ten aanzien van de kinderen of ten aanzien van zijn eigen ouders), voor de eigen toekomst, voor het slagen van de hulpverlening, voor de hulpverlener (bijvoorbeeld niet overvragen), enz. Mensen moeten in de hulpverlening geappelleerd worden op hun verantwoordelijkheden ten aanzien van de andere (cf. "gelaat van de ander" bij Levinas). Emancipatorisch werken kan in dit verband ook betekenen dat we mensen helpen hun verantwoordelijkheid op te nemen, dat we hen hiertoe 'provoceren' of oproepen. Uiteindelijk werken we zo aan gedeelde verantwoordelijkheden en aan een netwerk van verbondenheid.

55. Wanneer we in dialoog treden met een bewoner of cliënt moeten we altijd de **context betrekken**, zodanig dat we een dynamisch proces krijgen. In de welzijnssector passeert men altijd via en langs relaties, die ook een bepaalde kwaliteit hebben en dus fundamenteel zijn voor de zorg. Door te vertrekken van de ontmoeting krijgt men andere perspectieven dan wanneer men kijkt vanuit autonomie. Wanneer we het belang van betekenisvolle figuren benadrukken, dan moeten we er ons van bewust zijn dat niet iedereen daarin dezelfde rol kan opnemen. Wanneer er tussen een hulpvrager en een professional een vertrouwensrelatie opgebouwd wordt, kunnen we toch wel spreken van een 'betekenisvolle' relatie. Door de zorg en de professionele behandeling in modules te organiseren, dreigt men deze relatie echter tekort te doen, en dit zowel vanuit het oogpunt van de cliënt als vanuit het oogpunt van de zorgverstreker...

3. Aanbevelingen voor continuïteit in zorgrelaties

56. We formuleren deze aanbevelingen vanuit de hechtingstheorie, de contextuele visie van Nagy en de zorgethiek, en laten ons hierbij inspireren door een aantal bestaande praktijken, in het besef dat deze praktijken binnen enkele jaren gedateerd kunnen zijn, maar dat de achterliggende ideeën wel waardevol blijven. Uit de diverse praktijkvoorbeelden blijkt dat zowel een structurele als creatieve piste moet bewandeld worden. Beide zijn belangrijk om continuïteit te vinden in zorgrelaties. We maken bij onze aanbevelingen een onderscheid tussen aanbevelingen inzake omgaan met de cliënten en het cliëntsysteem, aanbevelingen op niveau van de voorzieningen en de samenwerking tussen voorzieningen, en aanbevelingen ten aanzien van de overheid en de reglementering. Noch de professionele hulpverleners en hun organisaties, noch de netwerken van de hulpvragers, noch de overheden kunnen hierbij hun verantwoordelijkheid ontlopen.

3.1. Aanbevelingen inzake omgaan met de cliënt en het cliëntsysteem

57. Hoewel iedere **levensfase** zijn eigen kwetsbaarheid heeft, kunnen we toch stellen dat, hoe jonger iemand is (ontwikkelingsleeftijd), hoe kwetsbaarder de persoon, en hoe meer zorg en aandacht moet gaan naar zorgcontinuïteit. De continuïteit van zorg zal er anders uitzien voor een jong kind (waarbij hechting een belangrijke rol speelt), dan voor een jongere uit de Bijzondere Jeugdzorg of een jong gezin dat ondersteund wordt vanuit een CIG of CKG, en nog anders voor een persoon met een handicap, waarvan bijvoorbeeld de ouders zelf te oud worden om de opvang op zich te nemen.

58. We vragen aandacht voor **preventie en vroegtijdige hulpverlening**. Een goede start is belangrijk voor elk kind en voor ieder die met de hulpverlening in contact komt. We pleiten in eerste instantie voor begeleiding aan huis en hiermee niet te wachten tot de problemen escaleren. Vanuit de hechtingstheorie is het voor jonge kinderen belangrijk dat de eerste band in het eigen netwerk ondersteund wordt. De hulpverlening moet de zelfredzaamheid van de cliënten bevorderen en werken aan empowerment, zodat ze hun eigen verantwoordelijkheid (opnieuw) kunnen opnemen. Zowel vanuit de hechtingstheorie als vanuit de contextuele visie onderstreept men het belang van de eigen ouders, ook als er geen rechtstreeks contact meer is of deze niet meer in het vizier zijn van de hulpverlening. Door te werken aan verbondenheid, aan duurzame en betrouwbare relaties, werkt men ook aan veiligheid en biedt men perspectief op langere termijn.

59. Het is eigen aan de hulpverlening dat hulpvragers in contact komen met meerdere hulpverleners. Dit kan te maken hebben met de organisatie van de hulpverlening, maar bijvoorbeeld ook met de **complexiteit** van de probleemsituatie: hoe complexer die is, hoe meer de cliënt met verschillende begeleiders in contact komt, en hoe meer discontinuïteit in de professionele zorgrelatie. Heen en weer-plaatsingen en overplaatsingen moeten daarom 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.

60. Vanuit een **relationele visie** kan een professionele hulpverleningsrelatie nooit in de plaats komen van de eigen zorgrelaties. Vandaar dat we pleiten voor het maximaal betrekken van de ouders en onderstrepen we het **belang van het sociaal netwerk**. De continuïteit van de zorgrelaties moeten we niet zoeken bij professionals, maar hiertoe moeten we de hulpbronnen in het eigen relationeel netwerk aanboren of desgewenst actie ondernemen om dit netwerk te verruimen. We moeten ons de vraag stellen welke rol de context van de hulpvrager kan opnemen. Hierbij gaat het zowel over ouders en familie of vrienden, als over vrijwilligers of mantelzorgers, maar ook over persoonlijke assistenten, enz.

61. Hulpverleners moeten de **dialog** met de cliënten aangaan in plaats van antwoorden aan te bieden vanuit hun professionaliteit. We onderstrepen het belang van **inspraak en participatie** van de cliënt (cf. rechten van het kind en rechten van de cliënt in de hulpverlening). Hierbij kan het interessant zijn de vraag te stellen: hoe ervaart de cliënt zelf de hulpverlening, welke waarden en uitgangspunten vindt hij zelf belangrijk in zijn leven en in de hulpverlening? Dit kan men bijvoorbeeld op het spoor komen door een 'narratieve' benadering, via het reconstrueren van de levensgeschiedenis van de cliënt en zijn omgeving, via levensboeken e.d.

62. Het opbouwen van een **vertrouwensrelatie** kost tijd en vraagt een langdurig en intensief engagement. Hulpverlening moet verder kijken dan het gedrag alleen; wanneer men wil werken aan de opbouw van een vertrouwensrelatie vanuit een langetermijnperspectief, vraagt dit een andere organisatie van de hulpverlening. (cf. werken met een vaste aandachtspersoon) We dienen er echter voor op te letten dat dit engagement ook niet oneindig en onvoorwaardelijk kan zijn. Men moet investeren in een goed contact, in een goede relatie met de ouders. Zij zijn de centrale zorgrelaties. Ouders zijn de eerste verzorgers van de kinderen. Al zullen ze

deze zorg soms (noodgedwongen) moeten delen met anderen. Men moet focussen op de sterktes van de hulpvrager en zijn omgeving, en deze empoweren. De relationele kant van de hulpverlening heeft niet in de eerste plaats met deskundigheid te maken.

Twee praktijkvoorbeelden: PTP en EKC

Bij **persoonlijke toekomstplanning** (PTP) vertrekt men ervan dat ieder persoon zijn eigen dromen wil verwezenlijken en ook het recht heeft om dit te doen. Mensen die reeds beroep doen op de hulpverlening kunnen dit vaak niet alleen en zullen hierbij ondersteuning moeten krijgen. Die ondersteuning moet in de eerste plaats komen van het eigen netwerk. Ook als dit netwerk zeer klein is.

Professionals denken vaak in termen van therapeutische doelstellingen, waardoor mensen dreigen gereduceerd te worden tot hun problemen. Via PTP krijgt men terug aandacht voor dromen. Een professionele relatie is bovendien beperkt in tijd, terwijl dit binnen het eigen netwerk niet zo is. Wie in een voorziening woont, kan natuurlijk niet zonder professionals, maar het is goed dat hij of zij ook dan niet voor alles afhankelijk is van beroepskrachten. In voorzieningen botst het individuele belang en de individuele dromen vaak met het groepsgebeuren. Door de inschakeling van een ruimer netwerk kan dit doorbroken worden.

Organisaties als Plan vzw helpen bij het ondersteunen en het uitbouwen van deze netwerken. Hiertoe worden vrijwilligers ingeschakeld. Door zo te werken, kan de centrale persoon zijn of haar context verder uitbreiden. Omdat de context van een persoon zowel bevrijdend als verstikkend kan werken, is de hulp van organisaties als Plan vzw nuttig. Het ideale zou zijn dat het aldus opgebouwde netwerk op langere termijn een autonome steungroep wordt.

Het werken met een “netwerkaart”, waarop te zien is wie er belangrijk is (was) voor de persoon met een handicap, en het werken met fotoboeken (“levensboeken”) kan interessant zijn, omdat er achter de dromen van mensen vaak een ganse geschiedenis verscholen zit, die men hierdoor op het spoor kan komen. Bovendien wordt zo vermeden dat deze informatie verloren gaat, wanneer opvoeders die veel kennis hebben van hun cliënten, opeens de voorziening (tijdelijk of definitief) verlaten.

Meer info: www.planvzw.be

Een andere mogelijkheid om de cliënt en zijn netwerk terug meer centraal te plaatsen in de hulpverlening is het werken met **Eigen Kracht Conferenties** (EKC). Wanneer er moeilijkheden zijn in een gezin of uithuisplaatsing van de kinderen dreigt, kan men beroep doen op professionele jeugdhulpverlening of een Eigen Kracht-conferentie samenroepen. In een Eigen Kracht-conferentie stellen familie, vrienden en bekenden (familiegroep) een hulplan voor de toekomst op. Een onafhankelijke Eigen kracht-coördinator brengt hiertoe het sociale netwerk bijeen. De gemaakte hulplannen worden wel voorgelegd aan de professionele hulpverlening, maar worden zoveel mogelijk in eigen beheer uitgevoerd.

Uit Nederlands onderzoek⁵ blijkt dat de Eigen Kracht-conferenties vermijden dat alle zorg wordt overgenomen door professionals: in 19% van alle acties nemen familie en vrienden taken op zich die anders door professionals worden gedaan en in 41% van de plannen wordt helemaal niet om zorg van professionals gevraagd, omdat de familiegroep de zorg volledig overneemt, en 86% van alle nodige acties wordt in eigen kring uitgevoerd. Volgens de onderzoekers levert dat niet alleen een besparing op kosten van professionele zorg op, maar ook een toename van de sociale cohesie en behoud van regie bij de familiegroep. Vragen aan professionals hebben voornamelijk betrekking op opvoeding, woning en financiën. Een belangrijke conclusie is dat uit de acceptatie van de hulplannen door de professionals blijkt dat de onderbouwing van de plannen voldoet aan de eisen van de overheid rond zorgvuldige hulpverlening.

Meer info over Eigen Kracht Conferenties in Vlaanderen: www.eigen-kracht.be

⁵ Zie www.eigen-kracht.nl.

3.2. Aanbevelingen op het niveau van de voorziening en de samenwerking tussen voorzieningen

63. Vanuit de zorgethiek wordt opgeroepen om bij de organisatie van de hulpverlening niet te veel vertrekken vanuit de organiseerbaarheid en te weinig vanuit het individu: het is niet het individu dat de zorg volledig op eigen maat kan bepalen, maar het mag ook niet de organisatie zijn die alles uitsluitend vanuit het aanbod bepaalt. De zorgethiek leert ons uit te gaan van het geheel van de 'zorgrelaties', met inbegrip van de teamwerking, maar ook met inschakeling en valorisering van de overige relaties van de cliënt (omgeving, mantel) en van vrijwilligers. Zorg gaat **niet alleen over 'professionele' zorg**: zorgvoorzieningen moeten rekening houden met de bestaande relaties van de hulpvragers en zullen hen ook ondersteunen bij het opbouwen van nieuwe relaties (cf. systemen met 'buddy's'). Dit vraagt een goed beleid naar familie, omgeving,... toe.

64. Wat het **netwerk** betreft werd ervoor gepleit steeds alle krachten in het netwerk te mobiliseren, en niet uitsluitend 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. Daarom zal men hieraan vanuit de voorziening moeten werken, 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.

65. 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. Voor mondige cliënten zal dit geen probleem zijn. We pleiten eerder voor de figuur van de **aandachtsbegeleider**, die een verbindingsfiguur moet zijn tussen kind en ouder of cliënt en zijn netwerk gedurende een langere periode. In principe moet elk teamlid aandachtsbegeleider kunnen zijn, maar dit mag niet op voorhand vastgelegd worden. Aandachtsbegeleider wordt men doorheen de begeleiding, wanneer men de gast beter leert kennen en merkt dat het klikt...

66. We onderstrepen wel het belang van de **teamwerking**, waarbij de teams wel heterogeen (multidisciplinair) kunnen samengesteld zijn, maar waarbinnen men generalistisch werkt: men leert van mekaars specialisme, maar ieder moet in staat zijn om alle teamtaken op te nemen, waarbij ieder zijn verantwoordelijkheid heeft en uitgedaagd wordt om deze verantwoordelijkheid ook ten volle op te nemen. Op deze manier wordt de hulpvrager minder afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van één bepaalde begeleider. We pleiten er ook voor om binnen de professionele zorgrelaties te werken aan zorgcontinuïteit.

67. Wanneer er een **doorverwijzing** nodig is, is het belangrijk deze goed te begeleiden, voorspelbaar te maken, bruggen te bouwen tussen de huidige en toekomstige hulpverleningssetting. Soms is goede, zorgvuldige doorverwijzing en overplaatsing niet alleen nodig, maar ook aanbevolen. Hierbij is het belangrijk om de gesprekken met de cliënt en zijn vertegenwoordiger hierover tijdig aan te gaan, nl. wanneer men verwacht geconfronteerd te worden met een overplaatsing, en niet op het moment zelf. We pleiten hier voor eenzelfde soort zorgvuldigheid als die aan de dag gelegd wordt in verband met vroegtijdige zorgplanning. Via een afscheids- of overgangsrитуeel kan er een zekere toestemming gegeven worden, kan er een formeel moment gecreëerd worden om de hulpverlening door te geven.

68. Tenslotte vragen we ook aandacht voor de **"zorg voor de zorgger"**: wat kunnen we in dit verband aan ondersteuning bieden aan onze medewerkers, onder meer om burn out te voorkomen? Alleen (extern) consult volstaat niet; we kunnen ons voorstellen dat ook de medewerkers binnen een voorziening een vaste aanspreek- of vertrouwenspersoon hebben waarbij ze terecht kunnen met hun eigen vragen. Ook dit zou je kunnen benomen als een zorgrelatie, waarbij het belangrijk is dat er ook hier sprake is van een zekere continuïteit. Het zijn immers de medewerkers die aan de voorziening verbonden blijven, die hun opgebouwde expertise en ervaring meenemen en zorgen voor een 'constante', voor continuïteit in de werking van de organisatie. Op deze manier versterken (empoweren) ze de werking. Dit is niet alleen in het belang van de organisatie zelf, maar ook van de cliënt. Het spreekt vanzelf dat we in dit verband ook denken aan vorming, doorgroeimogelijkheden op de werkvloer, e.a.

Het experiment “Multifunctioneel centrum”: een andere organisatie van de zorg binnen één voorziening

Vanuit de vaststelling dat de huidige organisatie en regelgeving de flexibele en naadloze hulpverlening over de werkvormen heen belemmert, werd het idee ontwikkeld om de muren tussen verschillende werkvormen binnen een voorziening voor Bijzondere Jeugdzorg te slopen. Zo ontstond het experiment **multifunctioneel centrum** (MFC), waarbij meerdere werkvormen (bijvoorbeeld begeleidingstehuis, dagcentrum en thuisbegeleiding) niet meer los van mekaar georganiseerd worden, maar waarbij men kan ‘schakelen’ tussen de verschillende hulpverleningsvormen en zo maximaal kan inspelen op de evoluerende vraag van het gezin en de jongere.

Elk gezin krijgt van bij het begin een trajectbegeleider, die doorheen het ganse traject het gezin blijft opvolgen. Als men schakelt tussen de werkvormen, gaat de trajectbegeleider steeds mee. Uit de eerste evaluatie van het project blijkt dat een MFC heel wat meerwaarde kan bieden. Zo kan de begeleiding vlugger op de bal spelen, is er meer kans tot inspraak en is het gevoel van gelijkwaardigheid groter bij de gezinnen, er is een grotere betrokkenheid tussen verwijzer, gezin en voorziening en er is een grotere continuïteit in de hulpverlening, aangezien er één iemand is die het gezin volgt doorheen het volledige traject. (“Je moet je verhaal niet steeds opnieuw vertellen.”) De medewerkers moeten wel flexibeler werken, doordat men meer vraaggericht werkt.

Op deze manier kan er alvast binnen één organisatie meer continuïteit voor de hulpvragers gerealiseerd worden, zelfs met dezelfde middelen. Voor kleinere, autonome voorzieningen zal het moeilijker zijn om zich op deze manier te herorganiseren, zij kunnen echter ook differentiëren en eventueel samenwerken met andere voorzieningen (misschien zelfs over de sectoren heen) in functie van de vraag van de cliënt.

Vanuit de positieve ervaringen met een multifunctioneel centrum binnen een voorziening wordt er onder meer in de sector ondersteuning van personen met een handicap ook gepleit voor **multifunctionele netwerken**, wat moet leiden tot een andere, meer continuïteit biedende organisatie van de zorg door een netwerk van voorzieningen.

Meer info: <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn>

Integrale Jeugdhulp: een andere organisatie van de zorg over de sectoren heen

De Integrale Jeugdhulp (IJH) is een intersectoraal project van de Vlaamse overheid dat de beschikbare jeugdhulp in Vlaanderen en Brussel wil optimaliseren. Hiertoe worden structuren en instrumenten uitgewerkt voor een betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende jeugdhulpsectoren: het algemeen welzijnswerk, de bijzondere jeugdbijstand, de geestelijke gezondheidszorg, de centra voor leerlingenbegeleiding, Kind en Gezin, de centra voor integrale gezinszorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Het aanbod moet geschikter en meer vraaggericht worden. De afweging van vraag en aanbod moet richtinggevend zijn voor de planning en de programmatie van het aanbod.

De Integrale Jeugdhulp beoogt een meer naadloze en integrale aanpak, over de sectoren heen, en wil meer cliëntgerichtheid. Men poogt meer samenhang te creëren in het sterk versnipperde en verkokerde landschap via een modulering van het aanbod en het aanbieden van de ‘functie’ trajectbegeleiding. De verantwoordelijkheid voor de functie trajectbegeleiding kan gedeeld worden door verschillende partijen en hoeft dus niet door één persoon opgenomen te worden. Er komt een gezamenlijke, intersectorale toegangspoort.

Meer info: www.jeugdhulp.be

3.3. Aanbevelingen ten aanzien van overheid en reglementering

69. Als Ethische Commissie van het Vlaams Welzijnsverbond kunnen we geen adviezen geven aan de overheid, maar we hopen met dit advies wel werk te maken van onze (ethische) **signaalfunctie**. We stellen vast dat de reglementering en allerlei overheidsbeslissingen een rol spelen wanneer we het hebben over continuïteit van zorg: denken we maar aan bijvoorbeeld de beschikbare capaciteit, de regionale spreiding van de voorzieningen en de subsidievoorwaarden, maar ook aan personeelskenmerken, flexibiliteit en tendensen in de hulpverlening. We merken in de aangehaalde praktijkvoorbeelden dat de overheid vaak projecten en experimenten ondersteunt, die hierop duidelijk inspelen. We hopen dan ook dat uit deze experimenten de juiste lessen getrokken worden voor het geheel van de hulpverlening en de reglementering op dit vlak.

70. Naast de strikte interpretatie van de regelgeving, vragen we ook aandacht voor de geest van de wet. Vaak zijn er mogelijkheden om 'creatief' **oplossingen** te zoeken: dat kan zowel via een soepele hantering van de regelgeving, als via een extra vrijwillig engagement (vanuit de voorziening of vanuit een individuele medewerker) of via inschakeling van het netwerk in de zorg. Deze oplossingen moeten de ethische toets doorstaan en onderbouwd worden door goede argumenten die onder meer rekening houden met de specifieke vraag en de uniciteit van de cliënt, met aandacht voor continuïteit van de zorg, met billijkheid, ook ten aanzien van andere hulpvragers, enz. Een voldoende ruim 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.

71. Als we willen werken rond "verbondenheid" in de hulpverlening⁶ kunnen we ons de vraag stellen of het werken met **hulpverleningscontracten** hiervoor geen tegenindicatie is. Een 'contract' wordt immers tussen twee 'gelijken' afgesloten, en die gelijkheid is er niet in de hulpverleningsrelatie. Eenzelfde voorbehoud willen we in acht te nemen wanneer men de zorgcarrousel wil oplossen via **'trajecten'** op basis van één hulpverleningsplan. Een oplossing ten gronde hangt immers af van het relationeel aanbod dat er gedaan wordt en het werken aan (het herstellen van) de natuurlijke verbondenheid tussen mensen.

72. Het is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle actoren om samen te werken aan continuïteit van zorg, en dit in zo groot mogelijk overleg met de cliënt zelf. Eén aanspreekpersoon is hierbij voor de cliënt belangrijk, ook inzake verwijzing e.a. opvolging, maar het zijn niet de trajectbegeleiders die meer macht moeten krijgen. De **trajectbegeleider** moet vooral vertrouwenspersoon zijn voor de cliënt en zijn gezin. Het is zijn of haar ethische verantwoordelijkheid om steeds de cliënt centraal te stellen en hem te empoweren. Dit moet me mogelijk gemaakt worden via een aangepaste regelgeving, die voldoende eigen initiatief en verantwoordelijkheid aan de hulpverlener laat.

73. De huidige regelgeving bevordert een vlotte samenwerking tussen voorzieningen niet. De **modulering** van het hulpaanbod in de Integrale Jeugdhulp is bedoeld om samenwerking over de sectoren heen gemakkelijker te maken, maar dreigt in de praktijk tot fragmentering van de hulpverlening en dus tot discontinuïteit te leiden. Het zal onder meer de vraag zijn hoe strikt deze 'modules' afgebakend worden en hoe soepel men hiermee kan omgaan. Het gevaar van een te strikte modulering bestaat erin dat er steeds nieuwe 'breuken' en opeenvolgende overgangen gecreëerd worden, waardoor er wel continuïteit van hulpverlening is, maar geen continuïteit van zorgrelaties. Bovendien stroomlijnt modulering de hulpverlening van bovenuit, terwijl de cliënt de richting zou moeten bepalen (zorg op maat-principe). We pleiten dan ook voor de mogelijkheid om problemen globaal te kunnen aanpakken in plaats van een versnippering van de oplossingen. Continuïteit heeft ook te maken met de **levensloop** van cliënten, en dit moet in het traject betrokken worden. Hierbij is het ruimere netwerk zeer belangrijk, zowel voor de jongeren als voor de ouders. Niet alleen voor het verleden, maar ook voor de toekomst.

74. Het verhaal van de Integrale Jeugdhulp lijkt ons een zeer **professioneel** verhaal. Continuïteit van zorgrelaties is echter veel ruimer en vraagt vooral aandacht voor het eigen netwerk en de 'naasten' van de hulpvragers. Men moet ervoor opletten dat in het ontwikkelingsproces van de IJH niet te veel aandacht gaat naar de professionelen, waardoor de cliënt en zijn netwerk toch nog in de kou blijft staan. Cliënten en hun ouders willen dat er niet te snel doorverwezen wordt, en vinden empowerment belangrijk. Vertrouwen is voor hen een centraal thema.

75. Het Persoonlijk Assistentiebudget (PAB) vertrekt wel van vraagfinanciering en stelt de gebruiker centraal. Deze kan met het PAB zijn zorg zelf beheren, maar een te complexe regelgeving zorgt ervoor dat er nood is aan professionele bijstand voor de PAB-gebruikers, waardoor er mogelijk weer meer macht bij de hulpverleners komt te liggen. De PAB-gebruikers geven echter aan dat een PAB-assistent in de eerste plaats

⁶ Cf. boek rond 'Lotsverbondenheid' van Similes

een **vertrouwenspersoon** moet zijn. Binnen een poolsysteem of via interimkantoren kan er wel gezorgd worden voor het garanderen van zorgcontinuïteit, maar niet voor continuïteit van de unieke zorgrelatie. Vandaar dat PAB-gebruikers opmerken dat via het PAB betaalde mantelzorgers wel kunnen zorgen voor deze zorgcontinuïteit

76. Soms is korte hulpverlening voldoende, maar vaak zijn de problemen **complexer** (multiprobleemgezinnen). Daarom pleiten we ervoor niet alleen te investeren in kortdurende 'doorstroomhulpverlening', maar ook in langdurige 'dieptegegerichte' hulpverlening. Werken aan een veilige hechting vraagt tijd. Hulpverlening moet eerst in de thuissituatie mogelijk gemaakt worden en moet langdurig en intensief kunnen zijn. De inschakeling van ambulante hulpverleningsequipes (bijvoorbeeld vanuit psychiatrie) in het eigen milieu of binnen voorzieningen moet mogelijk worden.

77. Goede **regionale spreiding** van de voorzieningen maakt het mogelijk dat mensen niet te ver van de eigen omgeving opvang vinden, waardoor het onderhouden van de band met die omgeving niet moeilijk gemaakt wordt, en waardoor een doorverwijzing in dezelfde regio mogelijk gemaakt wordt. Op deze manier worden bruggen gebouwd tussen voorzieningen.

78. We vragen ook aandacht voor **nazorg**. Deze is nu nog niet of te weinig voorzien in de reglementering. Ook de mogelijkheid om goed gemotiveerd over de maximumtermijnen van de hulpverlening te gaan moet mogelijk gemaakt worden in het belang van de (continuïteit van de) hulpverlening. Dit kan bijvoorbeeld ook mogelijk gemaakt worden via een 'clustering' van de hulpverleningsvormen, zoals bij de multifunctionele centra in de jeugdhulpverlening.

79. Dit alles vraagt een zekere **autonomie** van de hulpverleningsvoorzieningen en doet tegelijkertijd een uitgesproken beroep op de verantwoordelijkheidszin van de voorzieningen. Dit zou de overheid moeten verankeren in een goede regelgeving, die ook aandacht geeft aan de kinderrechten en rechten van de cliënten in de hulpverlening. De voorzieningen zelf zullen deze ethische reflex moeten ontwikkelen bij hun medewerkers.

Bibliografie e.a. bronnen

- BUNTINX, W.H.E., Duurzame zorg. Over management van continuïteit, in: E. De Belie & F. Morisse (Red.), Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking (SEN-Publicaties, nr. 1), Garant Uitgevers nv, ISBN: 9789044121230, 229 p.
- CORTINA, A., Covenant and Contract: Politics, Ethics and Religion, Leuven, Peeters, 2003, 137 p.
- DEBOUTTE, Gie, Verbondenheid als antwoord op 'de-link-wentie'. Pleidooi voor een positief en kansengericht omgaan met kwetsbare/gekwetste kinderen, in: Loots, C. en Schaumont, C. (red.), Kwetsbare jongeren: een uitdaging aan de samenleving en het salesiaanse opvoedingsproject, Don Boscovormingscentrum, 2006, p. 65-92
- DECOENE, Hilde, Weg-wijzer. 7 woorden om je te inspireren bij dienstverlening, Eigen uitgave Mariënstede vzw, Dadizele, 2010
- DEKLERCK, Johan en DEPUYDT Anouk, 'Re-ligare' als antwoord op 'de-linquentie'. Aanzet tot een ethische, contextuele en ecologische criminologie, in: Panopticon, nr. 1, 2006
- GEENEN, M., en CORVELEYN, J. (supervisor) (2007). Intergenerationele overdracht van gehechtheid bij Belgische moeders en kinderen die in extreme armoede leven: een meervoudige gevalstudie
- GEENEN, Greet en CORVELEYN, Jozef, Helpende handen. Gehechtheid bij kwetsbare ouders en kinderen, Uitgeverij LannooCampus, Tielt, 2010, ISBN 978-90-2098-938-0, 288 blz.
- GEENEN, Greet, In het begin was er armoede. De kwetsbaarheid en ontwikkelingskansen van kinderen in armoede, in Terzake Cahier, nr. 2, 2010
- Integrale Jeugdhulp, Praktijkrapport Hulpcoördinatie en continuïteit van de Jeugdhulp in de Netwerken RTJ (Rechtstreeks Toegankelijke Jeugdhulp), Vlaamse overheid, Managementcomité 19 januari 2009
- KEIZER, Bert, Onverklaarbaar bewoond. Het wonderlijke domein van de hersenen, Uitgeverij Balans, Amsterdam, 2010
- MEULINK-KORF, Hanneke, Verbindend werken. De intergenerationele benadering van Nagy, in: Zin in zorg, jg. 11, nr. 4, december 2009
- VANHEE, Jean-Pierre, Hulpcontinuïteit als leidmotief van IJH, in: VtvO – Vlaams tijdschrift voor Orthopedagogiek, jg. 29, nr. 1, maart 2011, p. 3-13
- VANHEE, Jean-Pierre, Integrale Jeugdhulp. Hulpcontinuïteit als gedeelde verantwoordelijkheid, in: Alert, jg. 37, nr. 1, maart 2011, p. 16-25
- VAN DER STEEN, W., VANDERLINDEN, H., en LERNOUT, B., Lotsverbondenheid: constructief omgaan met het ethisch appel van de psychisch gekwetste mens. Een leidraad voor partners en familieleden, Antwerpen, Standaard Uitgeverij, 2005. Vooral de bijdragen: VANDERLINDEN, H., Antwoorden op het ethische appel van de psychisch gekwetste mens, in o.c., pp. 147-170; en LERNOUT, B., Wegwijzers op de weg van verstikkende gebondenheid naar helende verbondenheid, in o.c., pp. 171-216.
- VELGHE, Katie, Helpende handen. Een gesprek met professor Corveleyn, in: Rondom Gezin, jg. 31, 4^{de} trimester 2010
- VIGNERO, Gerrit, De draad tussen begeleider en cliënt. De (h)echte draad, in: Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek, nr. 3, 2009
- VLIEGEN, Nicole, De prille interactie. Het ontstaan van de gehechtheidsrelatie, in: E. De Belie & F. Morisse (Red.), Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking (SEN-Publicaties, nr. 1), Garant Uitgevers, p. 15-38
- VOETS, Jo, NIJS, Jan en BOESMANS, Sofie, Tussen de mazen van het netwerk. Intersectoraal Handelingsplan: (on)mogelijkheden, Projectgroep Intersectoraal Handelingsplan Regionale Stuurgroep Integrale Jeugdhulp Limburg en Steunpunt Expertise Netwerken, maart 2009

WARD, Harriet, Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, contexts and consequences, in: Children an Youth Services Review, 31 (2009) p. 1113-1118

ZAAL, Sandra, BOERHAVE, Margriet en KOSTER, Marianne, Hechting Basisveiligheid Basisvertrouwen. Begeleiding en behandeling, Uitgave Cordaan en Amsta, december 2009

Werken mee aan advies 7:

Stefaan Baeten, An Bellemans, Vital Bergmans, Roger Burggraeve, Frank Cuyt, Fanny De Langhe, Kris Demeter, Ann De Moor, Yvonne Denier, Jacques De Vlieger, Fons Geerts, Bart Hansen, Bernadette Houdart, Axel Liégeois, Dominiek Lootens, Lieve Mortelmans, Jan Rolies, Ilse Rymenants, Paulus Van Bortel, Eddy Van den hove, Jos Van Hees, Els Van Saene. Er was een specifieke inbreng op de vergadering door Annemie Dillen (rond de contextuele invalshoek), Ann De Souter (vanuit CKG De Schommel, over hechting), Willy Van Damme (Oranjehuis, over het belang van relaties en onvoorwaardelijkheid), Elke Schillebeeckx (vanuit vzw Sporen rond Multifunctionele Centra), Katrijn Callens (vanuit Plan vzw over Persoonlijke Toekomstplanning), Jan Bosmans (sectorcoördinator Jeugdzorg Vlaams Welzijnsverbond, over Integrale Jeugdhulp) en Jean-Pierre Vanhee (projectleider Integrale Jeugdhulp, over Integrale Jeugdhulp).

Dit advies werd door de Raad van Bestuur van het Vlaams Welzijnsverbond vzw goedgekeurd op **17 januari 2012**.