

CARE: Kwaliteit van Zorg

Een actieonderzoek in opdracht van PANGG 0-18

2024-2025

Meeuwssen Marjan, Soyez Veerle & Van Robaeys Bea

Onderzoekscentrum Sociale Inclusie

Karel de Grote Hogeschool

31 december 2025

1	Opzet van het onderzoeksproject	8
2	Overlegorganen	9
2.1	Stuurgroep	9
2.2	Onderzoeksgroep	10
1	Opbouw van het onderzoek	12
1.1	Bouwstenen om kennis te kruisen	12
1.2	Het reflexief metamodel	14
2	Dataverzameling: deelnemers en methodologie	15
2.1	Clïënt(systemen)	16
2.2	Verwijzers	18
2.2.1	Vragenlijst	18
2.2.2	Interviews	19
2.3	Netwerkpsychiaters	19
2.3.1	Focusgroep	19
2.4	CARE-teams	20
2.4.1	Verkennde focusgroep	20
2.4.2	Reflexieve cyclus bijeenkomst 1	20
2.4.3	Intermezzo: themamoment	21
2.4.4	Reflexieve cyclus bijeenkomst 2	23
2.4.5	Reflexieve cyclus bijeenkomst 3	24
2.5	Netwerkcomité	25
2.6	Afsluitende workshop met diverse stakeholders	26
3	Reflecties over het gelopen proces	27
3.1.1	Fundament voor kwaliteitsreflectie	27
3.1.2	Onderscheid tussen onderzoek en reflectie	28
3.1.3	Rollen en verantwoordelijkheden	28
3.1.4	Reflectiecultuur	28
3.1.5	Psychologische veiligheid	28
3.1.6	Kritische vriend	29
3.1.7	Praktische uitvoering	29
3.1.8	Continuïteit tussen sessies	29

3.1.9	Dataverzameling en -beheer	29
3.1.10	Methodieken	30
1	Het CAIMeR-model	33
2	Indicatoren van kwaliteitsvolle zorg	34
2.1	Kwaliteitsindicatoren bij de cliënt	35
2.1.1	Eigenaarschap en erkenning	35
2.1.2	Zelfvertrouwen	36
2.1.3	Verworven kennis of inzicht	36
2.1.4	Verworven vaardigheden	37
2.1.5	Draagkracht	38
2.1.6	Handelingsruimte	38
2.2	Kwaliteitsindicatoren bij CARE-medewerkers	39
2.2.1	Welzijn	39
2.2.2	Werkbevlogenheid	40
2.2.3	Kwaliteitsbewaking in beslissingen	40
2.3	Kwaliteitsindicatoren bij verwijzers	41
2.3.1	Erkenning	41
2.4	Interrelationele kwaliteitsindicatoren	41
2.4.1	Zorgcontinuïteit	41
3	Werkzame mechanismen voor kwaliteitsvolle zorg	43
3.1	Aanklappend en langdurig	43
3.2	Contextgericht	46
3.2.1	Realistische doelen stellen	46
3.2.2	Draagkracht vergroten	46
3.3	Inzetten op netwerk	47
3.3.1	Casemanagement	47
3.3.2	Informeel netwerk	50
3.4	Handelen vanuit gelijkwaardigheid	50
3.4.1	Gelijkwaardig in relatie	50
3.4.2	Gelijkwaardig in regie	51
3.4.3	Gelijkwaardig in communicatie	52
3.5	De rol van professional toe-eigenen	53
3.5.1	Handelen vanuit kennis en kunde	53

3.5.2	Positie nemen als professional.....	55
3.6	Mobiele werking	57
3.6.1	Aan huis.....	57
3.6.2	Op verplaatsing.....	58
3.7	Ruimte laten voor complexiteit.....	59
3.8	Toegankelijkheid CARE.....	60
3.8.1	Gratis	60
3.8.2	Bereikbaarheid.....	60
a.	Persoonlijkheid.....	61
3.9	Team inzetten als leeromgeving	62
3.9.1	‘Samenlopen’ in casussen.....	62
3.9.2	Teamvergadering	63
3.9.3	Gezamenlijke opleidingen volgen.....	64
3.9.4	Super- en intervisie	65
3.10	Dataverzameling	65
4	Drempels voor kwaliteitsvolle zorg	66
4.1	Aanmeldingsdruk.....	67
4.1.1	Mismatch	67
4.1.2	Drempel om te leren.....	68
4.1.3	Wachttijd	69
4.2	De zoekende hulpverlener	70
4.2.1	Hoge verwachtingen	70
4.2.2	Confronteren	71
4.2.3	Emotionele betrokkenheid.....	71
4.3	Specialistische derdelijnszorg.....	72
4.3.1	Doelgroep	72
4.3.2	Opvolging.....	74
4.3.3	Personeelswerving en retentie	74
4.4	Grote regio	75
4.4.1	Flexibiliteit	75
4.4.2	Verhouding rijtijd vs. cliëntencontact	76
4.4.3	Veiligheid	76
4.5	Administratieve inefficiëntie.....	77
4.6	Aanmelding van cliënten zonder hulpvraag.....	78

4.7	Verkeerde verwachting CARE-opdracht	79
4.7.1	Sollicitanten.....	80
4.7.2	CARE-medewerkers	80
4.7.3	Cliënten.....	81
4.7.4	Verwijzers en partners.....	82
4.8	Taalbarrière	84
4.9	Niet-geëxpliciteerde procedures	84
4.10	Frequent contact	87
4.11	Positionaliteit als cliënt	87
5	Randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle zorg.....	88
5.1	Efficiënte aanmeldingsprocedure.....	89
5.1.1	De juiste doelgroep indiceren	89
5.1.2	Snel hulp bieden	91
5.2	Competenties, kennis en rollen binnen het team expliciteren	93
5.2.1	Welke kennis en competenties worden verwacht?	93
5.2.2	Welke kennis en competenties zijn aanwezig?.....	94
5.2.3	Verantwoordelijkheden en rollen	94
5.3	Psychologische veiligheid	95
5.4	Stabiel, ervaren, kundig team	96
5.4.1	Houvast.....	96
5.4.2	Complexe opdracht.....	96
5.4.3	Vertrouwen opbouwen intern.....	97
5.4.4	Vertrouwen opbouwen extern.....	98
5.5	Minimaal mandaat van cliënt tot samenwerking	99
5.5.1	Basis voor vertrouwen.....	99
5.5.2	Aan huis.....	100
5.5.3	Epistemic trust/Epistemisch vertrouwen	101
5.6	Beschikbaarheid geëngageerde partners.....	101
5.6.1	Contactpersoon voor cliënten.....	101
5.6.2	Samenwerken	102
5.6.3	Doorverwijzen	103
5.7	Ondersteunend beleidskader	104
5.7.1	Inzetten op context en netwerk	104
5.7.2	Langdurig en aanklappend	105

5.7.3	Professionalisering.....	105
5.7.4	Veilig onderweg.....	107
1	Autonomie binnen een programmatorisch kader van het netwerk.....	110
1.1	Context.....	110
1.2	Aanbevelingen.....	112
1.2.1	Ontwikkel een geactualiseerd, helder en gedeeld provinciaal CARE-kader dat richting geeft zonder te verstikken	112
1.2.2	Laat elk CARE-team een regionaal meerjarenplan ontwikkelen dat het programmatorisch kader vertaalt naar regionale noden en mogelijkheden	113
1.2.3	Installeer een structurele evaluatie- en datacultuur die kwaliteit bewaakt, regionale verschillen monitort en bijstuurt waar nodig	114
1.3	Wetenschappelijke literatuur	115
2	Verbondenheid op alle niveaus	116
a.	Context.....	116
2.1	Aanbevelingen.....	117
2.1.1	Organiseer structurele én informele momenten van ontmoeting binnen elk CARE-team, met duidelijke verwachtingen vanuit het netwerk.....	117
2.1.2	Ontwikkel doelgerichte en thematische vormen van kennisdeling en ontmoeting tussen CARE-teams, met duidelijke focus op meerwaarde voor cliënten	118
2.1.3	Versterk de verbinding tussen CARE-teams, moederorganisaties en PANGG 0-18 via transparante communicatie, tweerichtingsfeedback en duidelijke rollen	119
2.1.4	Neem als netwerk een actieve signaalfunctie op richting federale overheid om innovatie, sectorbrede deskundigheid en interprovinciale kennisdeling te versterken	120
b.	Wetenschappelijke literatuur	121
3	Competentieontwikkeling en inzet.....	122
a.	Context.....	122
3.1	Aanbevelingen.....	123
3.1.1	Ontwikkel een helder competentieprofiel voor CARE-medewerkers, dat basiscompetenties en teamgebonden expertise afbakt	123
3.1.2	Voorzie een provinciaal basisvormingspakket dat elke CARE-medewerker doorloopt, aangevuld met regionale specialisaties en individuele groeipaden.....	124

3.1.3	Voorzie ruimte voor inter- en supervisie, zelfreflectie en casusgerichte coaching, als structureel onderdeel van de werkpraktijk.....	125
3.1.4	Bouw teams strategisch op met complementariteit in profielen en creëer duidelijke kaders voor taakverdeling en casemanagement.....	126
3.2	Wetenschappelijke literatuur	126
4	Referenties	128

Deel 1

Introductie

1 **Opzet van het onderzoeksproject**

Dit rapport is een schriftelijke weergave van het participatief actiegericht onderzoek bij het CARE-programma van PANGG 0-18. CARE is een mobiel, aanklampend en gratis zorgprogramma gericht op kinderen en jongeren tussen 0 en 18 jaar waar een complexe, langer durende zorg- en ondersteuningsvraag aanwezig is omwille van een ernstige, meervoudige en reeds langer bestaande geestelijke gezondheidsproblematiek bij het kind of de jongere (PANGG 0-18, s.d.). Het is één van de programma's die georganiseerd worden vanuit de GGKJ-netwerken met financiering van de Federale overheid (Gezond België, 2025). In de provincie Antwerpen is er een CARE-team actief in elk van de regio's Antwerpen (ingebed in PZ Multiversum), Mechelen (ingebed in CGG De Pont) en Kempen (ingebed OPZ Geel). Het rapport zal vanaf nu verwijzen naar de 'moederorganisatie' van elk team om de organisatie aan te duiden waarin het ingebed is.

Het onderzoek gebeurde in opdracht van PANGG 0-18 en werd uitgevoerd door twee onderzoekers van het Onderzoekscentrum Sociale Inclusie aan de Karel de Grote Hogeschool, in samenwerking met een beleidsmedewerker van PANGG 0-18, die de rol van procesbegeleider opnam, en de Academische Werkplaats Jeugdzorg Emmaüs.

De doelstelling van het onderzoek was driedig:

1. Een beeld schetsen van hoe het zorgprogramma CARE zich verhoudt tot de idee van 'kwaliteitsvolle zorg'
2. Aanbevelingen formuleren om de kwaliteit van zorg binnen het zorgprogramma CARE te waarborgen en verder te ontwikkelen in de toekomst
3. Kwaliteitsreflectie verankeren in de cultuur en structuur van de CARE-teams

Om de eerste en tweede doelstelling te bereiken, werden diverse onderzoeksactiviteiten uitgevoerd. De activiteiten worden verder toegelicht in 'Deel 2: Het onderzoek in beeld', de resultaten ervan in 'Deel 3: Wat is kwaliteitsvolle zorg en hoe werkt het in het CARE-programma?' en de aanbevelingen in 'Deel 4: Aanbevelingen'. Om de derde doelstelling

te bereiken, werd een procesbegeleider vanuit PANGG 0-18 aangesteld om het proces van de reflexieve cycli mee vorm te geven, te begeleiden en te documenteren tot een praktische handleiding voor de toekomst. Deze handleiding maakt geen deel uit van dit rapport.

Het onderzoek liep van januari 2024 tot en met december 2025. Het eigenlijke proces ging van start met een kick-offmeeting op 30 januari 2024. Tijdens deze bijeenkomst werd het opzet van het project en het onderzoek meegeven aan de drie CARE-teams. Omdat de netwerkpsychiaters niet aanwezig waren op deze kick-off, werd voor hen een bijkomend online informatiemoment georganiseerd op 15 april 2024.

2 Overlegorganen

Het onderzoeksproject werd opgevolgd via twee overlegorganen: een stuurgroep en een onderzoeksgroep. Hieronder volgt een beschrijving van elk overlegorgaan, inclusief hun doelstellingen en samenstelling.

2.1 Stuurgroep

Dit onderzoek werd opgevolgd door een stuurgroep. De functie van de stuurgroep was tweeledig. Ten eerste werden de leden van de stuurgroep geïnformeerd over de voortgang van het onderzoek en de tussentijdse resultaten. Ten tweede gaven ze input aan de onderzoekers over de voortgang van het onderzoek in de vorm van feedback of kritische reflecties. De stuurgroep kwam in totaal 5 keer samen tijdens de periode van het onderzoek. Tijdens de afsluitende stuurgroep van 17 november 2025 werd een eerste draft van het eindrapport gereviewed en werden bijkomende suggesties geformuleerd voor aanbevelingen (zie deel 5). Tabel 1 geeft inzicht in de samenstelling van de stuurgroep.

Naam	Organisatie
Sara Keymolen	PANGG 0-18
Yoni Gonnissen	PANGG 0-18
Annelies Follaets	PANGG 0-18
An Nuytiens	Emmaüs

Goedele Plovie	Emmaüs
Willem De Muer	PZ Multiversum
Goedele Meeus	OPZ Geel
Kim Leën	CGG De Pont
Luc Claessens	Voormalig voorzitter Netwerkcomité PANGG 0-18
Ruud van Winkel	UPC KU Leuven
Roos Steens	Zelfstandige
Lieve de Backer	Universiteit Antwerpen / PZ Multiversum
Johan Boxstaens	Universiteit Antwerpen / Agentschap Justitie en Handhaving
Bea Van Robaeys	KdG
Veerle Soyez	KdG
Marjan Meeuwssen	KdG

Tabel 1. Overzicht van de leden uit de stuurgroep.

2.2 Onderzoeksgroep

Naast de stuurgroep, werd dit onderzoek ook opgevolgd door een onderzoeksgroep. De functie van de onderzoeksgroep was gelijkaardig aan de stuurgroep, maar met een focus op de bespreking van methodologische kwesties en uitdagingen. De onderzoeksgroep kwam in totaal 4 keer samen. Alle leden van de onderzoeksgroep waren ook lid van de stuurgroep. Tabel 2 geeft inzicht in de samenstelling van de onderzoeksgroep.

Naam	Organisatie
Sara Keymolen	PANGG 0-18
Yoni Gonnissen	PANGG 0-18
Goedele Plovie	Emmaüs

An Nuytiens	Emmaüs
Ruud van Winkel	UPC KU Leuven
Lieve de Backer	Universiteit Antwerpen / PZ Multiversum
Bea Van Robaeys	KdG
Veerle Soyez	KdG
Marjan Meeuwssen	KdG

Tabel 2. Overzicht van de leden uit de onderzoeksgroep.

Deel 2

Het onderzoek in beeld

Deel 2 van dit eindrapport (1) belicht het gelopen onderzoeksproces, (2) geeft inzicht in de dataverzameling bij diverse stakeholders en (3) besluit met een aantal kritische reflecties over het onderzoek door de onderzoekers zelf. Dit hoofdstuk is een essentiële basis om de resultaten zoals beschreven in deel 3 te begrijpen en aanbevelingen correct te kaderen (deel 4).

1 *Opbouw van het onderzoek*

1.1 **Bouwstenen om kennis te kruisen**

De rode draad in dit onderzoek was het kruisen van kennis. Dit betekent dat data verzameld werden via verschillende kennisbronnen, en niet alleen als output, maar ook als input beschouwd werden. In die zin waren de onderzoeksactiviteiten geen doel op zich, maar wel belangrijke bouwstenen om het gelopen reflectief proces mee vorm te geven. Om het kruisen van kennis gestructureerd te laten verlopen, definieerden de onderzoekers en procesbegeleider vier concrete bouwstenen (werkpakketten).

Een eerste bouwsteen was de documentanalyse. De onderzoekers lazen en synthetiseerden het draaiboek en andere beleidsdocumenten over het CARE-programma die aangeleverd werden door PANGG 0-18 en door de CARE-teams. De doelstelling van de documentanalyse was drieledig: (1) inlezen in de materie, (2) input genereren voor de reflexieve cycli, en (3) een referentiekader uitwerken om te reflecteren over de huidige CARE-werking in vergelijking met de beschrijving in beleidsdocumenten.

Een tweede bouwsteen was het in kaart brengen van diverse ervaringen met (de kwaliteit van) het CARE-programma. De onderzoekers consulteerden hiervoor diverse bronnen en verzamelden input vanuit het perspectief van cliënten / cliëntsystemen, verwijzers, CARE-medewerkers en het netwerkcomité van PANGG 0-18. Enerzijds gebruikten onderzoekers deze data als output om de analyse van de werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden voor kwaliteit uit te voeren (onderzoeksdata). Anderzijds verliep de dataverzameling parallel aan het reflectieproces (bouwsteen 4). Op die manier

fungeerden de tussentijdse resultaten uit het onderzoek ook als input om over te reflecteren. Zo boden de onderzoekers een blik op kwaliteit van zorg, alternatief aan of aanvullend bij de blik die de CARE-teams zelf hadden. Dankzij deze externe perspectieven werden teams uitgedaagd in hun visie op kwaliteit en stimuleerde de procesbegeleider een diepgaande reflectie die verder ging dan louter opinies van teamleden. Deze data vormden dus, naast belangrijke output voor de data-analyse, ook een belangrijke voedingsbron voor het reflectieproces binnen de CARE-teams over de kwaliteit van zorg. Welke data precies verzameld werden, komt verder in dit eindrapport aan bod.

Als derde bouwsteen organiseerden de procesbegeleider en onderzoekers een reflexieve cyclus in elk CARE-team. Deze cyclus bestond in totaal uit vier bijeenkomsten waarin telkens op gestructureerde wijze gereflecteerd werd over kwaliteit met de CARE-medewerkers. De procesbegeleider liet zich daarbij leiden door vier principes. Ten eerste zorgde de procesbegeleider ervoor dat teamleden constructief in dialoog konden gaan met elkaar en dat ieder teamlid een gelijkwaardige inbreng kon hebben. Ten tweede zorgde de procesbegeleider voor een intentionele reflectie door deelnemers aan te moedigen om hun input over de kwaliteit van zorg concreet te maken, gekoppeld aan reële praktijkervaringen. Zo werden de deelnemers uitgedaagd om de link tussen kwaliteit van zorg en de praktijkwerking te expliciteren en konden ze effectief van elkaar leren. Ten derde waren de reflecties (semi-)gestructureerd dankzij de voorbereiding van de procesbegeleider en onderzoekers. De cyclus-bijeenkomsten verliepen volgens een gelijkaardig stramien in elk team; met behulp van diverse methodieken werden teamleden gemotiveerd om actief deel te nemen. Ten vierde waren de reflecties cyclisch. Ieder team kwam op vier verschillende momenten samen; hierdoor bouwden de reflecties voort op elkaar. Door toepassing van deze vier principes leverden de reflectiemomenten rijke data op over de kwaliteit van zorg binnen de regionale CARE-teams (micro-niveau) alsook over het overkoepelende zorgprogramma CARE (meso-niveau). Er ontstond een reflectiecyclus, waarbij binnen én tussen verschillende niveaus verbindingen gemaakt worden (Boxstaens et al., 2024).

Als vierde en laatste bouwsteen rapporteerden de onderzoekers over het gelopen proces, vergezeld van de onderzoeksresultaten die uit de data-analyse voortkwamen, opgeleverd in de vorm van dit eindrapport. De intentie van dit eindrapport is om een volledige, maar bondige en begrijpbare blik te werpen op het gelopen proces en de resultaten. Het rapport biedt daarom geen uitvoerige beschrijving van alle activiteiten,

maar focust zich op de kern zodat het document toegankelijk is als basis voor toekomstige vervolgstappen.

Bouwsteen	Korte beschrijving
1. Documentanalyse	Een analyse van het draaiboek en andere beleidsdocumenten die de context, actoren en interventie van het CARE-programma binnen PANGG 0-18 weergeven.
2. Ervaringen in kaart	Dataverzameling bij relevante stakeholders over 'kwaliteitsvolle zorg' (cliënten, CARE-teams, netwerkpsychiaters, verwijzers, netwerkcomité PANGG 0-18)
3. Reflexieve cycli	Reflexieve cycli met de CARE-teams: reflectie over kwaliteit in verschillende fases van het CARE-traject, gevoed door bovenstaande onderzoeksactiviteiten
4. Rapportage	Rapportage van de onderzoeksactiviteiten, resultaten uit de data-analyse en aanbevelingen

Tabel 3. De vier bouwstenen van het onderzoek.

De synergie die ontstond tussen onderzoek en proces was van belang om tot authentieke, herkenbare en gedragen resultaten te komen over de kwaliteit van zorg binnen CARE. Op die manier waarborgden de onderzoekers (zoveel als mogelijk) een bottom-up benadering waarbij de medewerkers van CARE (onrechtstreeks) betrokken werden bij het formuleren van aanbevelingen om de kwaliteit van zorg binnen CARE te verbeteren.

1.2 Het reflexief metamodel

De reflexieve cycli werden vormgegeven aan de hand van het reflexief metamodel, ontwikkeld in een onderzoek van de Academische Werkplaats Jeugdzorg Emmaüs in samenwerking met KdG (Boxstaens et al., 2021). Het voorgestelde model vereiste echter een op maat gemaakte vertaling naar de praktijk van het zorgprogramma CARE. Het vertalen, toepassen en verfijnen van deze methodiek was de verantwoordelijkheid van de procesbegeleider van PANGG 0-18, met ondersteuning van de onderzoekers.

Meer informatie over het reflexief metamodel valt te raadplegen in het handboek 'Hoezo, zorg!? Kwaliteit in denken en doen' van Boxstaens et al. (2021).



Figuur 1. Het reflexief metamodel.

Boxstaens beschrijft verder het concept van de kritische vriend in reflecties. Deze persoon is kritisch in die zin dat hij geen deel uitmaakt van het team en met een kritisch buitenperspectief de reflecties volgt en mee vormgeeft. Deze persoon is tegelijk een vriend in die zin dat hij voldoende vertrouwen geniet van het team om deel uit te maken van de reflectie. Elk CARE-team werd na de eerste reflexieve cyclus-bijeenkomst uitgenodigd om een kritische vriend aan te duiden voor de komende reflectiemomenten. Enkel de kritische vriend van het CARE-team in Mechelen nam effectief deel aan alle volgende reflectiemomenten. De kritische vrienden van het CARE-team in regio Kempen en Antwerpen wisselden of waren soms afwezig.

2 Dataverzameling: deelnemers en methodologie

Aansluitend bij bouwsteen 2 en 3 verzamelden de onderzoekers data bij cliënten, verwijzers en leden van PANGG 0-18 (waaronder de CARE-teams zelf, de netwerkpsychiaters en het netwerkcomité). Tabel 4 geeft een chronologisch overzicht van momenten van dataverzameling.

Datum	Onderzoeksactiviteit
Mei 2024	- CARE-teams: verkennende focusgroep

Juni 2024	- CARE-teams: verkennende focusgroep
Januari 2025	- CARE-teams: reflexieve cyclus 1
Februari 2025	- CARE-teams: intermezzo: themamoment - Netwerkpsychiaters: focusgroep - Verwijzers: vragenlijst
Maart 2025	- Verwijzers: interview
April 2025	- CARE-teams: reflexieve cyclus 2 - Verwijzers: interview
Mei 2025	- Cliënten: interview
Juni 2025	- CARE-teams: reflexieve cyclus 3 - Cliënten: interview
September 2025	- Netwerkcomité (meso): workshop 1
November 2025	- Diverse stakeholders (meso): workshop 2

Tabel 4. Chronologisch overzicht van de momenten van dataverzameling

Hieronder volgt een weergave per stakeholder van welke data verzameld werden (inhoud) bij welke personen (deelnemers), op welke manier (methode) en wanneer.

2.1 Cliënt(systemen)

Van april tot en met juni 2025 werden cliënten / cliëntsystemen geselecteerd en gerekruteerd. Hiervoor werd gestreefd naar een convenient sample (purposeful sampling, Patton, 2015). Er werden acht in- en exclusiecriteria vooropgesteld door de onderzoekers. Op basis van deze criteria werden gezinnen gerekruteerd door de CARE-medewerkers van PANGG 0-18 zelf d.m.v. een gestandaardiseerde uitnodigingsbrief. Enkel met goedkeuring van de gecontacteerde cliëntsystemen, werden gegevens van de cliënt gedeeld met de onderzoekers om een interview in te plannen. Via deze rekruteringsstrategie, planden de onderzoekers in totaal 5 interviews bij 4 verschillende gezinnen in de periode van 23 mei tot en met 18 juni 2025. Dit aantal lag onder het initieel vooropgestelde minimum van 9 interviews. Zoals Tabel 5 aantoont, kwamen de interviews overwegend van gezinnen uit de regio Antwerpen. In alle deelnemende gezinnen was de jongere die aangemeld werd bij CARE ouder dan 12 jaar. Alle interviews vonden fysiek plaats en duurden gemiddeld 64 minuten.

Gezin	Interviewee	Locatie	Regio	Leeftijd jongere
1	Moeder en zoon	PZ Multiversum	Antwerpen	17
2	Vader	PZ Multiversum	Antwerpen	19
2	Moeder en dochter	Bij cliënt thuis	Antwerpen	19
3	Vader	PZ Multiversum	Antwerpen	15
4	Moeder, vader en zoon	Bij cliënt thuis	Kempen	10

Tabel 5. Overzicht van de deelnemende gezinnen.

Voor de interviews werd gebruikt gemaakt van een semigestructureerde leidraad die peilde naar het gelopen traject met CARE, de beleving van de cliënt van het traject (zowel focus op communicatie, inhoud, samenwerking en resultaten) en aanbevelingen van de cliënt voor het CARE-team. Vooraleer het interview van start ging, gaven alle deelnemers schriftelijke toestemming om deel te nemen en het interview op te nemen via een informed consent. Na afloop werden de interviews getranscribeerd, de opnames verwijderd en de transcripties geanalyseerd m.b.v. het softwareprogramma NVivo.

Ter voorbereiding van de dataverzameling bij cliënten, dienden de onderzoekers een aanvraag in bij het Ethics Committee for the Social Sciences and Humanities van de University of Antwerp. De ethische aanvraag was relevant voor het verzamelen van data bij (1) kwetsbare personen en (2) personen die door het onderzoek kwetsbaar konden zijn. Hiervoor werd op 1 april 2025 goedkeuring verkregen met referentie EX_SHW_2025_12 (zie Bijlage achteraan aan dit rapport).

2.2 Verwijzers

2.2.1 Vragenlijst

In februari verstuurden de onderzoekers een anonieme vragenlijst naar verwijzers om hun beleving van de CARE-werking in kaart te brengen. De contactgegevens van deze verwijzers werden aangeleverd door elk CARE-team, na expliciete goedkeuring van de verwijzers in kwestie om hun gegevens met de onderzoekers te delen. De vragenlijst werd opgesteld met de software van Qualtrics en verwerkt in NVivo.

In totaal werden er 76 verwijzers uit de 3 regio's aangeschreven en namen er 25 verwijzers deel aan de vragenlijst. Tabel 6 geeft meer inzicht in de responsgraad per regio. De gemiddelde responsgraad over de drie regio's heen bedroeg 34%.

Regio	# Aangeschreven verwijzers	# Respondenten	Responsgraad
Antwerpen	9	4	44%
Kempen	42	11	26%
Mechelen	25	8	32%

Tabel 6. Overzicht van de respons en responsgraad per regio.

Onderstaande opsomming geeft een overzicht van hoe deelnemers zichzelf omschreven. Achter elke functie staat tussen haakjes hoe veel deelnemers zich op deze manier definieerden. Opgelet: sommige deelnemers omschreven zichzelf met meerdere functies waardoor het aantal functies ligt hoger dan het aantal unieke deelnemers.

- kinder- en jeugdpsychiater (#7)
- (klinisch) psycholoog (#7)
- psychotherapeut (#4)
- klinisch orthopedagoog (#1)
- leefgroep- en contextbegeleider (#1)
- PPC (#1)
- gezinstherapeut (#1)
- casemanager (#1)
- psychomotorisch therapeut (#1)
- coördinator (#1)

- praktijkverantwoordelijke (#1)
- thuisbegeleider (#1)
- maatschappelijk werker (#1)

2.2.2 Interviews

Verwijzers die aangeschreven werden voor de vragenlijst (cfr. supra), werden ook uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep. Drie van de 25 deelnemers gingen op dit aanbod in. Omdat er geen spontane kandidaat uit regio Mechelen bij deze drie verwijzers zat, werd een specifieke verwijzer uit deze regio persoonlijk uitgenodigd om deel te nemen. Omwille van de lage responsgraad en de moeilijkheid om een gemeenschappelijke datum te vinden, werd geopteerd om de focusgroep te schrappen en de 4 kandidaten individueel te interviewen. In totaal vonden er dus 4 semigestructureerde diepte-interviews plaats met 1 verwijzer uit regio Kempen, 1 uit regio Mechelen en 2 verwijzers uit regio Antwerpen. De interviews vonden plaats tussen 26 maart en 30 april 2025 via Microsoft Teams en duurden gemiddeld 29 minuten. Voor de interviews werd gebruik gemaakt van een semigestructureerde leidraad die peilde naar de belangrijkste elementen voor kwaliteitsvolle zorg, toegepast op hun ervaring met het CARE-team en aanbevelingen voor het CARE-team. Verwijzers gaven mondelinge toestemming om deel te nemen en het interview op te nemen. Na afloop werden de interviews getranscribeerd, de opnames verwijderd en de transcripties geanalyseerd m.b.v. het software programma NVivo.

2.3 Netwerkpsychiaters

2.3.1 Focusgroep

Op 18 februari 2025 vond een focusgroep plaats via Microsoft Teams met de 4 toenmalige netwerkpsychiaters van regio Kempen, regio Mechelen en regio Antwerpen. De focusgroep duurde 120 minuten en verliep via een semigestructureerde leidraad. De leidraad verkende eerst de rol van de netwerkpsychiaters binnen het CARE-programma, gevolgd door een gemeenschappelijke reflectie over kwaliteitsvolle zorg binnen het CARE-programma in de verschillende fasen van aanmelding, behandeling en afronding en nazorg. De netwerkpsychiaters gaven mondeling toestemming om deel te nemen en de focusgroep op te nemen. Na afloop werden de interviews getranscribeerd, de opname verwijderd en het transcript geanalyseerd m.b.v. het softwareprogramma NVivo.

2.4 CARE-teams

2.4.1 Verkennende focusgroep

Tussen 28 mei en 18 juni 2024 bezochten de onderzoekers het CARE-team in regio Kempen, Mechelen en Antwerpen in hun moederorganisatie voor een verkennende focusgroep. Deze focusgroepen duurden ongeveer 120 minuten. De doelstelling was om het concept 'kwaliteit' binnen het zorgprogramma CARE te verkennen met de medewerkers. Concreet werd er bevraagd (1) wat kwaliteitsvolle hulpverlening voor de werknemers betekende, (2) in welke mate ze erin slaagden om kwaliteitsvolle trajecten op poten te zetten, (3) wat de impact van een CARE-traject op cliënten en hun context was en (4) welke samenwerkingspartners belangrijk waren. De deelnemers gaven mondeling toestemming om deel te nemen en de focusgroep op te nemen. Na afloop werd de focusgroep getranscribeerd, de opname verwijderd en het transcript geanalyseerd m.b.v. het softwareprogramma NVivo.

2.4.2 Reflexieve cyclus bijeenkomst 1

Tussen 20 januari en 23 januari 2025 vond de eerste reflexieve cyclusbijeenkomst plaats bij het CARE-team in zowel regio Kempen, Mechelen als Antwerpen. De doelstelling van de eerste bijeenkomst was om de reflectie over kwaliteit **in de fase van aanmelding** te stimuleren. Deze bijeenkomst werd gevoed door (1) de resultaten van de verkennende focusgroepen bij elk CARE-team en (2) de resultaten van een vragenlijst die voor de eerste bijeenkomst naar elke medewerker van het CARE-team verzonden werd. Die vragenlijst peilde naar hefbomen en drempels in de fase van aanmelding m.b.t. kwaliteit. Tabel 7 geeft weer hoe de bijeenkomst in grote lijnen werd opgebouwd. Voor de uitvoering ervan werden telkens 120 minuten voorzien. De deelnemers gaven mondeling toestemming om deel te nemen en de sessie op te nemen. Na afloop werd de audio-opname letterlijk getranscribeerd, verwijderd en het transcript geanalyseerd m.b.v. het softwareprogramma NVivo.

Activiteit	Omschrijving
1. Introductie	Een korte herhaling van het opzet van het onderzoek en de bijhorende timing.

2. Afspraken	Gezamenlijke afspraken maken om veilig en constructief over kwaliteit te reflecteren.
3. Stellingen	Vier stellingen over kwaliteitsvolle zorg, geïnspireerd door de verkennende focusgroepen in 2024. Deelnemers gaven aan of ze wel of niet akkoord waren. Na elke stelling volgde een korte plenaire discussie.
4. Post-it oefening	Elke deelnemer noteert 3 onderwerpen waar hij/zij het over wil hebben in deze sessie m.b.t. de fase van aanmelding. Alle onderwerpen werden geclusterd en er kwam consensus over het uiteindelijke onderwerp waar extra aandacht aan werd gegeven in de volgende oefening.
5. Client journey	Deelnemers visualiseren in 2 groepen welke stappen een cliënt doorloopt in het aanmeldingsproces bij CARE. Ze doen dit vanuit de bril van de cliënt. Ze hebben in deze oefening aandacht voor het thema dat uit de post-it oefening kwam.
6. Kritische vriend	Introductie concept 'kritische vriend' en de oproep om een kritische vriend uit te nodigen voor de volgende cyclus.
7. Check-out	Ruimte voor vragen en bedanken voor deelname.

Tabel 7. Opbouw van reflexieve cyclusbijeenkomst 1.

2.4.3 Intermezzo: themamoment

Tussen 11 februari en 27 februari 2025 lasten de onderzoekers een intermezzo in. Op basis van de eerste reflexieve cyclusbijeenkomst bij de 3 CARE-teams stelden ze namelijk vast dat (1) 120 minuten onvoldoende was om een kwaliteitsthema te kiezen en vervolgens daarover diepgaand te reflecteren (zoals beschreven in Boxstaens et al., 2024), en (2) de kwaliteitsreflecties vooral bleven hangen op de dimensie structureren en reguleren en minder op de andere dimensies. Aansluitend bij de eerste vaststelling, stelden de onderzoekers het reflexief metamodel nogmaals voor aan elk team met de bijhorende opdracht om **1 afgebakend kwaliteitsthema te kiezen** dat de focus zou worden van elke volgende reflexieve cyclusbijeenkomst. Aansluitend bij de tweede vaststelling vulden alle deelnemers een anonieme vragenlijst in. Deze vragenlijst (SDRPI) polste naar verschillende schalen die in sterke mate overeenkwamen met de

dimensies uit het reflexief metamodel. Tabel 8 geeft in grote lijnen weer hoe het themamoment werd opgebouwd. Voor de uitvoering ervan werden telkens 120 minuten voorzien. De deelnemers gaven mondeling toestemming om deel te nemen en de sessie op te nemen. Na afloop werd de audio-opname getranscribeerd, verwijderd en het transcript geanalyseerd m.b.v. het softwareprogramma NVivo. Tot slot ontving elk CARE-team een beknopt verslag van het themamoment als houvast om de volgende reflexieve cyclusbijeenkomst vorm te geven.

Activiteit	Omschrijving
1. Check-in	Think-pair-share: wat is er blijven nazinderen van vorige keer?
2. Terugkoppeling reflectie cyclus 1	Een terugkoppeling van de aangehaalde troeven en werkpunten in de fase van aanmelding uit de vorige reflexieve cyclusbijeenkomst. Deelnemers reflecteren over de correctheid en prioriteiten.
3. Reflexief metamodel	Interactieve voorstelling van het reflectief metamodel.
4. SDRPI-vragenlijst	Deelnemers vullen anoniem de SDRPI-vragenlijst in die peilt naar concepten gelijkaardig aan die uit het reflexief metamodel.
5. World café methode	Deelnemers kiezen een centraal kwaliteitsthema om de volgende sessies op te focussen via de world café methode.

Tabel 8. Opbouw van intermezzo: themamoment.



Foto's van de World Café methode in regio Mechelen (links) en Antwerpen (rechts).

2.4.4 Reflexieve cyclus bijeenkomst 2

Tussen 22 april en 28 april 2025 vond de tweede reflexieve cyclusbijeenkomst plaats bij het CARE-team in regio Kempen, Mechelen en Antwerpen. De doelstelling van de tweede cyclusbijeenkomst was om de reflectie over kwaliteit **in de fase van behandeling** te openen. Deze cyclus werd gevoed door (1) de documentanalyse, (2) de resultaten van de vragenlijst en interviews met verwijzers, en (3) de resultaten van de vorige sessies met elk CARE-team. Tabel 9 geeft weer hoe de cyclus in grote lijnen werd opgebouwd. Voor de uitvoering ervan werden telkens 120 minuten voorzien. De deelnemers gaven mondeling toestemming om deel te nemen en de sessie op te nemen. Na afloop werd de audio-opname getranscribeerd, verwijderd en het transcript geanalyseerd m.b.v. het softwareprogramma NVivo.

Activiteit	Omschrijving
1. Agenda + check-in	Think-pair-share: wat is er blijven nazinderen van vorige keer? Wat maakt de sessie vandaag voor jou de moeite waard?
2. Introductie fish bowl methodiek	Introductie van de methodiek, voorstelling van de onderwerpen en selectie van de sprekers.
3. Fish bowl gesprek (x 3)	Drie fish bowl gesprekken van 15' over een onderwerp gelinkt aan het kwaliteitsthema (cfr. Themamoment) en gevoed door input van diverse werkpakketten, gekaderd in de fase van behandeling. Na elk gesprek vond er een plenaire nabespreking plaats.

4. Check-out	Think-pair-share: wat is er blijven hangen van vandaag + polsen naar verwachtingen laatste sessie.
--------------	--

Tabel 9. Opbouw van reflexieve cyclusbijeenkomst 2.

2.4.5 Reflexieve cyclus bijeenkomst 3

Tussen 10 juni en 26 juni 2025 vond de derde en laatste reflexieve cyclusbijeenkomst plaats bij het CARE-team in regio Kempen, Mechelen en Antwerpen. De doelstelling van de derde bijeenkomst was om de reflectie over kwaliteit **in de fase van afronding en nazorg** te openen. Deze bijeenkomst werd gevoed door (1) de documentanalyse, (2) de resultaten van de vragenlijst en interviews met verwijzers, (3) de resultaten van de voorgaande sessies met elk CARE-team, (4) de interviews met cliënten (behalve voor regio Mechelen), en (5) de resultaten van de vragenlijst die de CARE-medewerkers op voorhand invulden. Die voorbereidende vragenlijst peilde naar hun ervaring met een succesvolle of onsuccesvolle afronding van een CARE-traject. Tabel 10 geeft weer hoe de bijeenkomst in grote lijnen werd opgebouwd. Voor de uitvoering ervan werden telkens 120 minuten voorzien. De deelnemers gaven mondeling toestemming om deel te nemen en de sessie op te nemen. Na afloop werd de audio-opname getranscribeerd, verwijderd en het transcript geanalyseerd m.b.v. het softwareprogramma NVivo.

Activiteit	Omschrijving
1. Agenda + check-in	Think-share-pair: wat is er blijven nazinderen van vorige keer?
2. Introductie casus	Introductie van een fictieve CARE-casus.
3. Rollenspel	Op basis van de fictieve casus vindt een rollenspel plaats. Het afrondingsgesprek wordt nagespeeld en deelnemers spelen de rol van cliënt en CARE-medewerker (en partners zoals de huisarts of het CLB).
4. Reflectie: de 6 denkhoeden	Er vindt een plenaire reflectie over het rollenspel plaats a.d.h.v. de 6 denkhoeden. De vertaalslag van het rollenspel naar de dagelijkse praktijk wordt daarbij gemaakt.

5. Toelichting vervolg van het onderzoek	Toelichting over de reflexieve cycli op mesoniveau en het formuleren van aanbevelingen.
6. Check-out	Think-pair-share: wat is er blijven hangen van vandaag + polsen naar verwachtingen onderzoek.

Tabel 10. Opbouw van reflexieve cyclusbijeenkomst 3.

2.5 Netwerkcomité

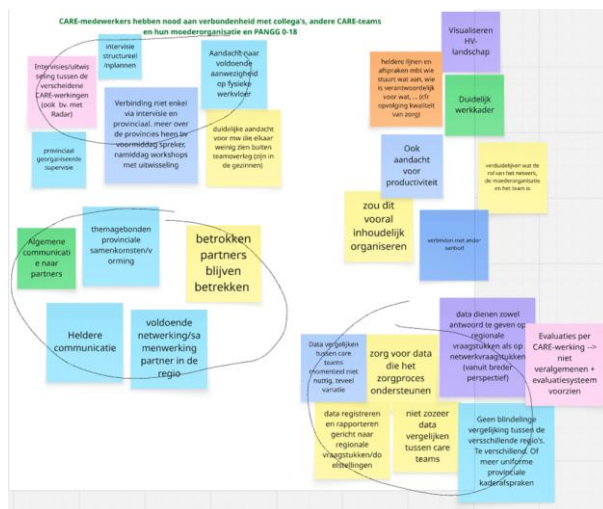
Op 16 september 2025 vond het eerste reflectiemoment met het netwerkcomité van PANGG 0-18 plaats; deze bijeenkomst kan gezien worden als het verbinden van de reflectie op microniveau met reflectie op mesoniveau. Het reflectiemoment ging door in de vorm van een fysieke workshop, als onderdeel van een vast vergadermoment van het netwerkcomité bij Carrewiel in Mechelen. De workshop duurde 120 minuten. De doelstelling van deze workshop was om (1) het netwerkcomité een eerste keer te laten kennismaken met de tussentijdse resultaten van het onderzoek en (2) een reflectie over aanbevelingen voor de toekomst op te starten. In functie van de eerste doelstelling, kregen de leden van het netwerkcomité (alook de teamcoördinatoren van de drie CARE-teams) de tussentijdse resultaten (gebaseerd op de reflexieve cyclusbijeenkomsten met elk van de drie regionale teams) 14 dagen op voorhand toegestuurd via e-mail in de vorm van een PowerPoint. Tijdens de workshop zelf werden de eerste 30 minuten voorzien om verder in te gaan op deze resultaten en eventuele onduidelijkheden op te helderen. In functie van de tweede doelstelling, werden de volgende 90 minuten besteed aan 2 fish bowl gesprekken over de resultaten en potentiële aanbevelingen. De deelnemers werden daarbij ook ingezet om notities te maken van de lopende fish bowl gesprekken, ter aanvulling van de notities van de onderzoekers. De workshop werd om praktische redenen niet opgenomen. Na afloop werden de notities geanalyseerd en vormden de basis voor de aanbevelingen waarop verder gewerkt werd in de afsluitende workshop van 17 november met diverse stakeholders (cfr. infra).



Foto van de aanwezige deelnemers op de workshop met het netwerkcomité op 16 september 2025 (excl. de fotografe MM).

2.6 Afsluitende workshop met diverse stakeholders

Op 17 november 2025 vond een afsluitende workshop plaats met de teamcoördinatoren van regio Kempen en Antwerpen, de netwerkpsychiater van regio Kempen en drie leden van PANGG 0-18. Deze workshop was online en maakte gebruik van het samenwerkingsplatform Miro. De workshop duurde 180 minuten. De deelnemers namen ter voorbereiding het voorlopige onderzoeksrapport met de resultaten door. De doelstelling was om (1) feedback te verzamelen op het voorlopige onderzoeksrapport, en (2) concrete aanbevelingen te formuleren om de kwaliteit van zorg binnen het CARE-programma te borgen en verbeteren. Hiertoe werd in de eerste 30 minuten een terugblik op de resultaten voorzien, aangevuld met gecodeerde noden en aanbevelingen van cliënten, verwijzers en leden van de CARE-teams zelf. Daarna volgden drie iteratierondes waarin de deelnemers respectievelijk individueel, in kleine groepen en plenair aanbevelingen vormden. Na afloop werden de notities van de workshop alsook de output in Miro verwerkt in Deel 4 van dit rapport.



Screenshot van de eerste iteratie in Miro rond het thema verbondenheid.

3 Reflecties over het gelopen proces

Na afloop van het onderzoek, geven de onderzoekers graag enkele reflecties mee over het gelopen proces. De onderzoekers raden PANGG 0-18 sterk aan om deze reflecties in overweging te nemen bij een toekomstig vervolg van dit onderzoek. Waar nodig, worden deze reflecties ook geïntegreerd in de aanbevelingen die aan bod komen in deel 4.

3.1.1 Fundament voor kwaliteitsreflectie

Om te kunnen reflecteren over kwaliteitsthema's moest eerst een basis gelegd worden:

- Wat betekent kwaliteit? Aan het begin van het traject was er geen gedeeld begrip van wat kwaliteit inhoudt binnen de CARE-teams. Het project heeft ingezet op het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal en visie op kwaliteit, als noodzakelijke voorwaarde om reflectie mogelijk te maken.
- Hoe geef je reflectie vorm? Er bestond geen bestaande structuur om over kwaliteit te reflecteren. In samenwerking met de teams werd geëxperimenteerd met verschillende werkvormen. Dit was een proces van trial and error dat per regio anders verliep, afhankelijk van context, aanwezigheid en ervaring met reflectie.
- De oorspronkelijke intentie om met elk team één specifiek kwaliteitsthema uit te diepen, bleek moeilijk uitvoerbaar. In plaats daarvan werd gefocust op meerdere thema's om een breed begrip van kwaliteit te ontwikkelen. Zo werd de basis gelegd voor toekomstgerichte kwaliteitsreflectie.

3.1.2 Onderscheid tussen onderzoek en reflectie

- Het onderscheid tussen onderzoeksactiviteiten (data verzamelen, analyseren, rapporteren) en het reflectieve proces (leren, delen, veranderen) was niet altijd duidelijk.
- Aanbeveling: duidelijke rolafbakening bij aanvang. Bijvoorbeeld een schema met: wie verzamelt data, wie begeleidt reflectie, wie bewaakt het proces.

3.1.3 Rollen en verantwoordelijkheden

- Externe onderzoeker
 - Wanneer er geen externe onderzoeker is, vervalt een stuk objectiviteit en ondersteuning. Dit is bijvoorbeeld belangrijk om cliënten en verwijzers te interviewen.
- Dubbele pet van procesbegeleider
 - De procesbegeleider heeft tegelijk een rol in veiligheid creëren en in informatie analyseren, wat spanning kan geven.
 - Aanbeveling: zorg voor supervisie of intervisie van de procesbegeleider door een collega of externe coach.
- Back-up
 - Er is nood aan back-up van zowel de procesbegeleider als de onderzoeker.
 - Aanbeveling: voorzie een co-facilitator of tweede aanspreekpunt in het team dat de continuïteit garandeert bij uitval.
 - Aanbeveling: faciliteer een gedeeld eigenaarschap over de reflectie met de teams zelf.

3.1.4 Reflectiecultuur

- Het installeren van een reflectiecultuur vraagt tijd en structurele inzet. Door de wisselende samenstelling van teams (nieuwe werknemers, afwezig, verloop) en de werkdruk is het een uitdaging om dit consequent door te zetten.
- Aanbeveling: maak reflectie onderdeel van de teamstructuur. Werk met vaste formats of methodieken. Voorzie werktijd voor bepaalde personen om dit voor te bereiden, te faciliteren en op te volgen.

3.1.5 Psychologische veiligheid

- Actieve deelname is enkel mogelijk bij voldoende veiligheid. Overweeg bijvoorbeeld de aanwezigheid van hiërarchische figuren zoals teamcoördinatoren of een procesbegeleider vanuit het netwerk zelf.

- Aanbeveling: bespreek vooraf de rollen en verwachtingen, en gebruik technieken zoals check-ins of vertrouwelijkheidsovereenkomsten.

3.1.6 Kritische vriend

- Grote meerwaarde wanneer de kritische vriend betrokken is over verschillende sessies heen.
- Minder waarde wanneer de kritische vriend wisselend aanwezig is of online aanwezig is.
- Aanbeveling: werk met een vaste externe reflectiepartner voor consistentie.

3.1.7 Praktische uitvoering

- 120 minuten per sessie is krap.
- Lokaalsetting beïnvloedt de dynamiek (achter bureaus vs. in open kring).
- Aanbeveling: ruimtes kiezen die samenwerking bevorderen.
- Aanbeveling: reflectie structureel inbedden waardoor er sneller diepgang gemaakt wordt en de beschikbare tijd beter benut wordt.

3.1.8 Continuïteit tussen sessies

- Fluctuatie in aanwezigheid van teamleden tast de continuïteit aan.
- Briefing van afwezigen en goede documentatie zijn essentieel.
- Aanbeveling: gebruik een gedeeld logboek of digitaal platform (bv. Miro, Teams, Padlet) voor notities, beslissingen en leerpunten. Betrek afwezigen actief bij het proces.

3.1.9 Dataverzameling en -beheer

- Moeilijkheden bij rekrutering van cliënten en verwijzers.
- Toegang tot data (zoals dossiers) is beperkt voor onderzoekers; anonimiteit en neutraliteit zijn belangrijke aandachtspunten. Externe onderzoekers zijn gebonden aan de voorwaarde om een aanvraag in te dienen bij een ethische commissie om toegang te kunnen krijgen tot bepaalde data of om data te kunnen verzamelen.
- Goede kwaliteit van de data (zoals registratiegegevens) is fundamenteel opdat deze data als basis kunnen dienen voor het reflectieproces.
- Aanbeveling: Duidelijke ethische afspraken opstellen.
- Aanbeveling: Databeheerplan opstellen met procedures voor opslag, toegang en analyse.
- Aanbeveling: Overweeg een data-expert of -beheerder aan te stellen.

3.1.10 Methodieken

- Het toepassen van reflectieve methodieken helpt het denken in gang te zetten.
- Aanbeveling: hou een methodiekendatabase bij en evalueer regelmatig wat goed werkt in verschillende teams.

Deel 3

Wat is kwaliteitsvolle zorg en hoe werkt het binnen het CARE-programma?

Het derde deel van dit rapport geeft een antwoord op de onderzoeksvraag: “Welke werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle zorg zijn er in 2025 aanwezig binnen de regionale CARE-teams en het overkoepelende zorgprogramma CARE van PANGG 0-18?” Deze onderzoeksvraag werd opgesteld om handvatten te identificeren die de kwaliteit van zorg binnen het CARE-programma in de toekomst kunnen borgen en verbeteren. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, analyseerden de onderzoekers de data aan de hand van het CAIMeR-model van Blom & Morén (2009).

Het rapport begint met inzicht in wat verschillende stakeholders precies verstaan onder het begrip ‘kwaliteitsvolle zorg’. Daarna formuleert het rapport een antwoord op de onderzoeksvraag door enerzijds werkzame mechanismen voor kwaliteitsvolle zorg te bespreken en anderzijds drempels die kwaliteitsvolle zorg kunnen verhinderen. Als laatste komen randvoorwaarden aan bod waaraan voldaan moet zijn om de werkzame mechanismen te activeren en drempels te verminderen. Om de onderzoeksresultaten correct te kunnen kaderen, geven de onderzoekers nog vier aandachtspunten mee.

Ten eerste maakten de onderzoekers bij het presenteren van deze resultaten bewust zo min mogelijk onderscheid tussen de drie regio's van PANGG 0-18 waar het CARE-programma wordt aangeboden. De onderzoekers presenteren algemene indicatoren, werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden die opgaan voor elke regio. Enkel indien noodzakelijk, wordt een regionaal onderscheid aangeduid. Op die manier behoudt dit rapport zijn identiteit als onderzoeksverslag. Dit rapport mag in geen geval geïnterpreteerd worden als een evaluatieverslag. We nodigen elke regio, alsook PANGG

0-18, uit om zelf de vertaalslag te maken van deze resultaten naar hun eigen werking en verantwoordelijkheden.

Ten tweede worden cliënten, verwijzers of CARE-medewerkers in de resultaten en citaten bewust niet verder gespecificeerd op basis van hun regio of rol om de identiteit van de deelnemers maximaal te anonimiseren. Enkel indien noodzakelijk, wordt er een aanduiding van regio of rol gegeven. Sommige lezers die deelnamen aan de activiteiten van dit onderzoek zullen uitspraken van zichzelf, collega's, cliënten of verwijzers herkennen. De onderzoekers verzoeken elke lezer om integer om te gaan met die informatie.

Ten derde zijn de voorgestelde indicatoren, werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden uit dit rapport geen allesomvattende weergave van de realiteit. Zoals in deel 2 'Het onderzoeksproces in beeld' beschreven staat, werden de data uit dit onderzoek niet verzameld op basis van een representatieve steekproef. De stemmen die aan bod komen in dit rapport zijn belangrijk, maar daardoor niet per se te veralgemenen. Daarnaast dienden de reflectieve cycli die de CARE-teams en het netwerkcomité doorliepen als belangrijke databron, maar kan deze activiteit technisch gezien niet als onderzoeksactiviteit beschouwd worden (i.t.t. de interviews en vragenlijsten die afgenomen werden). De reflectieve cycli werden hoofdzakelijk vormgegeven met als doel om deelnemers te laten reflecteren over kwaliteit. De output van de reflectieve cycli was dus afhankelijk van wat de CARE-teams op dat moment belangrijk vonden om over te reflecteren. De data uit de reflexieve cycli zijn daardoor fragmentarisch en dus niet per se volledig.

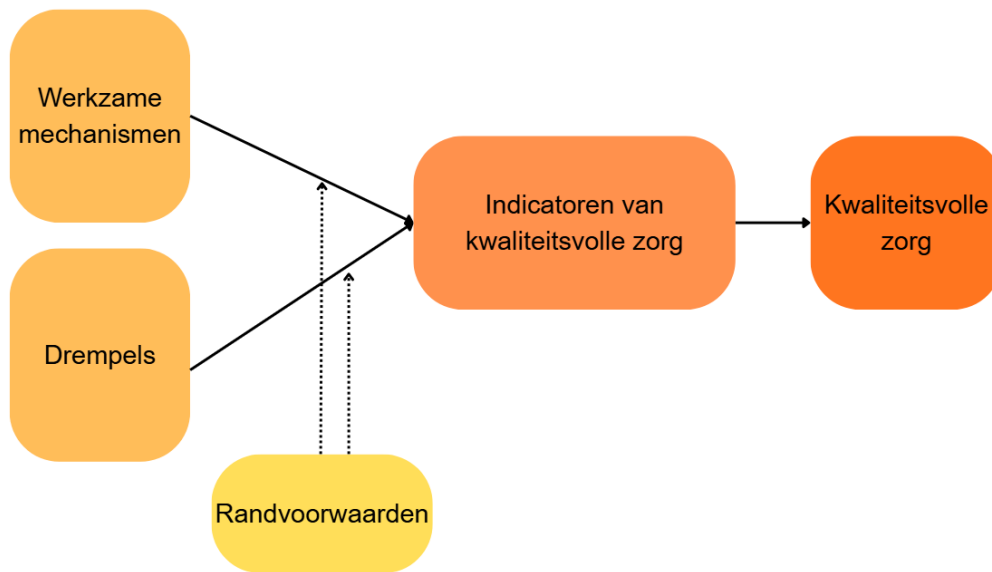
Ten vierde en laatste werd de lijst van indicatoren, werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden tijdens de analyse en eerste versie van het rapport afgetoetst met de teamcoördinatoren van de CARE-teams en de stuurgroep van het onderzoeksproject. Deze tussentijdse validatie is (1) een onderdeel van het participatieve karakter van het onderzoeksproject, en (2) een methode om potentiële interpretaties of assumpties bij de verwerking en analyse van de data door de onderzoekers op te merken. Desalniettemin nodigen de onderzoekers de lezer uit om de resultaten met een kritische blik te benaderen en de neutraliteit en objectiviteit van de onderzoeksresultaten zoals gepresenteerd in dit rapport in vraag te stellen.

1 **Het CAIMeR-model**

Om op de tweede onderzoeksvraag te antwoorden, gebruikten de onderzoekers het CAIMeR-model (Blom & Morén, 2009). Dit model is oorspronkelijk ontwikkeld in de context van sociaal werk en biedt een helder kader om complexe praktijken en interventies te analyseren. Het model is bij uitstek geschikt om na te gaan hoe, waarom en onder welke omstandigheden een bepaalde interventie effect sorteert. De kernvraag die het CAIMeR-model probeert te beantwoorden is: wat werkt, voor wie, in welke context en op welke manier? De onderzoekers gebruiken het CAIMeR-model dus niet als rapportagestructuur, maar als een leidraad om tijdens de analyse een diepgaander inzicht te verwerven in de onderliggende processen die kwaliteit van zorg vormgeven. Het model maakt het mogelijk om bruggen te slaan tussen ervaringen van cliënten, verwijzers, CARE-teams en het netwerk zelf.

Het CAIMeR-model onderscheidt vijf centrale bouwstenen die in onderlinge samenhang de werking en effectiviteit van een programma helpen duiden. In het kader van dit onderzoek, baseerden de onderzoekers zich op de bouwsteen 'Mechanismen' (Me). Mechanismen vormen de zwarte doos van het model: het zijn de onderliggende principes (werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden) die verklaren waarom een bepaalde interventie effect heeft op een bepaalde doelgroep. Het blootleggen van deze principes vergt een aandachtige analyse van ervaringen, interacties en context.

Toch heeft het gebruik van een model als basis voor analyse ook een keerzijde: de bespreking van de bevindingen gekoppeld aan de verschillende onderdelen van het model kan immers leiden tot een kunstmatige opdeling van bevindingen, die onrecht doet aan de complexe realiteit. De onderzoekers nodigen lezers dan ook uit om de samenhang tussen de werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden op te zoeken en terug te koppelen naar hun eigen beleving van de realiteit.

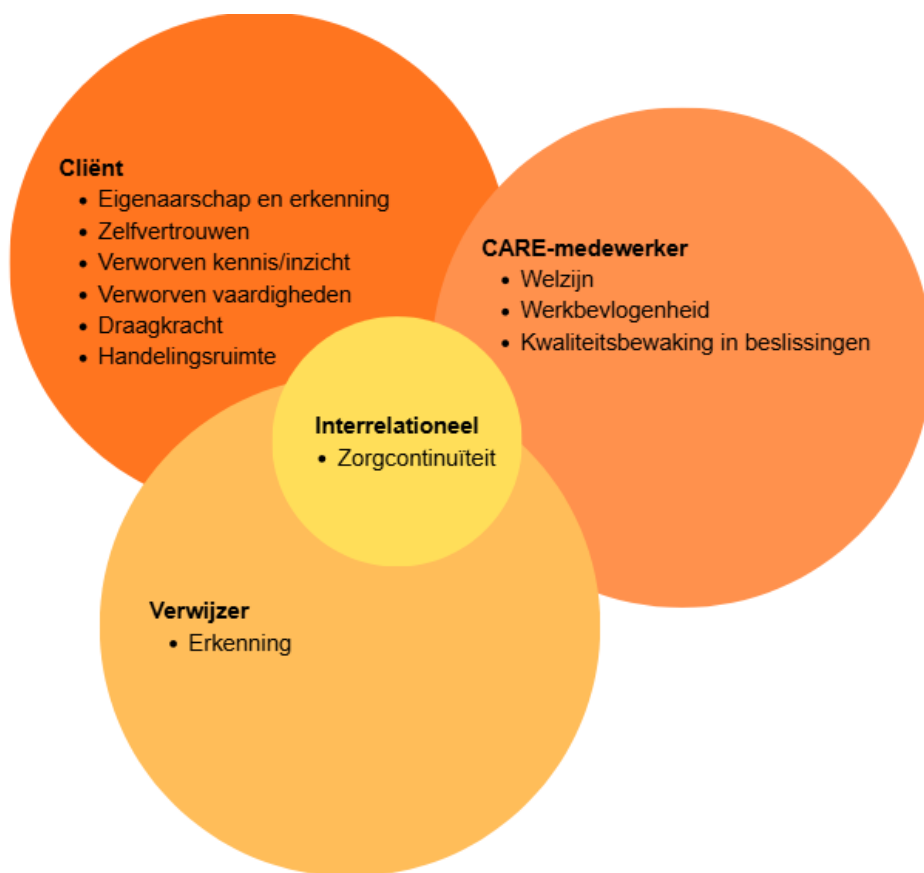


Figuur 2. Werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden i.v.m. kwaliteit.

2 Indicatoren van kwaliteitsvolle zorg

Het onderzoek toont aan dat er binnen het CARE-programma van PANGG 0-18 geen eenduidig begrip is van 'kwaliteitsvolle zorg'. Dit rapport geeft een *eerste aanzet voor mogelijke indicatoren* vanuit de data. Deze indicatoren zijn uitkomsten van het CARE-programma (met haar werkzame mechanismen, drempels en randvoorwaarden) die een indicatie geven dat er kwaliteitsvolle zorg geleverd wordt.

Dit rapport bespreekt indicatoren bij (1) de cliënt, (2) de CARE-medewerker, en (3) de verwijzer. Deze opsplitsing geeft duiding over bij welke stakeholder de bepaalde indicator gemeten kan worden. Zo is een verhoogde draagkracht bij de cliënt bijvoorbeeld een mogelijke indicator van kwaliteit. De gegevens over draagkracht van de cliënt worden in eerste instantie idealiter bij cliënten zelf verzameld. In tweede instantie kunnen CARE-medewerkers en verwijzers deze gegevens natuurlijk aanvullen vanuit hun perspectief of vanuit kwantitatieve data. In dat opzicht kan de opdeling van indicatoren kunstmatig aanvoelen. De kleine overlap tussen elk paar van cirkels in Figuur 3 geeft deze grijze zone visueel weer. Daarnaast is er een interrelationele indicator: zorgcontinuïteit. De perceptie van zorgcontinuïteit kan bij de drie stakeholders bevraagd worden en aangevuld worden met bijvoorbeeld kwantitatieve gegevens over wachttijden. Deze combinatie van gegevens vormt dan een indicatie van kwaliteitsvolle zorg op basis van zorgcontinuïteit.



Figuur 3. Overzicht van mogelijke indicatoren voor kwaliteitsvolle zorg binnen CARE.

Om een volledig beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg, is het belangrijk om naar het geheel van indicatoren te kijken. Zo kan er bijvoorbeeld een hoge mate van zorgcontinuïteit zijn, maar een lage mate van eigenaarschap bij de cliënt en een bedreigd welzijn van de CARE-medewerkers, wat doet twijfelen aan de betrouwbaarheid en duurzaamheid van de kwaliteit van zorg.

De indicatoren worden hieronder in willekeurige volgorde gepresenteerd, zonder een bepaald gewicht of bepaalde prioriteit. Idealiter worden deze indicatoren in de toekomst verder onderzocht, aangevuld en gespecificeerd waar mogelijk via kwantitatieve metingen.

2.1 Kwaliteitsindicatoren bij de cliënt

2.1.1 Eigenaarschap en erkenning

Cliënten hebben het gevoel dat ze hun stem bij elk contact met de CARE-medewerker kunnen laten horen, dat hun stem telt en ze inspraak hebben in het verloop van het CARE-traject. Ze ervaren een vorm van eigenaarschap en krijgen erkenning voor hun

situatie en dagdagelijkse uitdagingen. Dit kan zowel gelden voor de kinderen en jongeren zelf als voor de context zoals de ouders of broers en zussen van de cliënt.

“Desondanks dat ik een breuk heb veroorzaakt tussen mij en de jongere, en het traject moest stoppen, zeiden de ouders, dit de eerste keer dat wij ons gehoord voelden en dat wij ook echt mee werden genomen in een traject en niet alleen puur en alleen op de jongere zelf. Dus daar hadden ze wel veel appreciatie voor. En dan weet je wel van ik heb een impact gehad.” - CARE-medewerker

“Want in het begin waren de gesprekken met euhm [ex-partner en ouder van de jongere] en ik... (...) Euhmmn en [CARE-medewerker] daar dan bij. Maar ja, dat wier al snel -voor mij dan- een beetje... Ja, dat was wat te veel... Eh, want we leven in twee huizen hé. (...) En... daar werd ook echt wel rekening mee gehouden zo.” - Cliënt

“Ze staan zelf ook wel open van 'ja, kijk, het traject met [jongere] loopt wat vast. Hoe gaan we dat oplossen?' Of gaan we het stoppen? Ja, stoppen is geen optie hé... Want dan krijg je... Dat is echt wat [jongere] wou eigenlijk. Dat gaan we niet doen. ... We gaan niet toegeven, dus we gaan dan zien dat we op een andere manier. ... Wie heeft het dan wel een beetje in de hand?” - Cliënt

2.1.2 Zelfvertrouwen

Cliënten krijgen vertrouwen in zichzelf en gaan hiernaar handelen. Ze pikken de draad stap voor stap (terug) op in hun leven. Ze nemen deel aan activiteiten, worden hier zelfstandiger in en zetten (opnieuw) zelf doelen in hun leven.

“Ja, die [CARE-medewerker] deed dat heeft da wel goe gedaan. Zo geleidelijk aan, snapte? Van ik ga niet naar school wilt em nu zelf ook gaan. En hij vindt het superleuk en morgen gaat hem een uitstap en hij ziet het goed zitten.” - Cliënt

“En ineens gaat die alleen naar 't stad. Euhm, met da meisje zo gamen in de dinge en dan komt die zo met de tram terug en dan gaat die te voet helemaal naar hier zo een half uur stappen. Dan denk ik what the... Ik zeg, we zijn al wel héél ver gekomen ze.” - Cliënt

2.1.3 Verworven kennis of inzicht

Cliënten verwerven bepaalde kennis of inzichten over zichzelf, hun context of hun dagelijks leven. Ze zijn zich bewust van deze kennis of inzichten en kunnen die

benoemen. Het gaat bijvoorbeeld over kennis over ziektebeelden of inzicht in het eigen functioneren, gedragspatronen of noden en behoeften.

“Interviewer: Ja ja. Dus ge hebt met PANGG echt geleerd om ook de kleine stappen die dat ge wel zet ook te leren zien? Cliënt: Ja. Interviewer: He, want er was wel vooruitgang. Cliënt: Ja. En dat leren benoemen.” - Cliënt

“Want [naam jongere] was uiteindelijk ook een beetje mis begrepen als ik het nu zo hoor langs mijne kant zene. Want het is pas dat ik hem begon te snappen da hij zei van oké, nu snapte mij eindelijk. (...) Ja, dat is echt, da autisme da is echt. Ik ging er te snel over soms van och jonge... (...) Dan hapert het he? Als je zo. En ja PANGG kan zo hopelijk kan PANGG zowat toch zeggen van zie, als je dat, probeert gij dat te doen, probeert gij dat te doen.” - Cliënt

“En dat vond ik voor mezelf echt een heel waardevol inzicht. Ook zo gewoon in de zin van... dat ik niet altijd alles moet oplossen. <Naar dochter> Dat ben ik nu minder aan het doen hè? Ja, hè?” - Cliënt

“Achteraf weet ge dan... dat is helemaal niet... Het feit dat je hier aan tafel zit betekent dat je eigenlijk als ouder <lacht> toegeeft van 'ik heb gewoon hulp nodig'. Zowel ik als ...als het kind ook hé.” - Cliënt

2.1.4 Verworven vaardigheden

Cliënten verwerven vaardigheden die hen helpen om te functioneren in individuele activiteiten en/of in relatie tot hun eigen context. Cliënten zijn zich bewust van die vaardigheden en kunnen die benoemen. Het gaat bijvoorbeeld over communicatievaardigheden, maar ook handelingsbekwaamheid in relatie tot eigen noden of die van anderen.

“Interviewer: Maar zo als je daar op terugkijkt: wat is het belangrijkste dat je geleerd hebt in die tijd? Cliënt: Meer praten. Interviewer: Meer praten. Ja. Cliënt: Want vroeger was ik echt een stille, maar nu is het...” - Cliënt

“Dat ik op tijd aan mijn handrem moest trekken... Omdat ik toch soms wat impulsief - zo tutututututut. Dan heb ik een heel plan bedacht. En dat [CARE-medewerker] ook zei van 'sijji'. (...) Ja, rustig. Dus... dat heeft mij echt wel geholpen... Om op een andere manier... Te reageren. Omdat stukken van manieren hoe dat ik reageerde misschien

bepaalde dingen versterkten of in stand hielden, die het voor jou lastig maakte. Zo denk ik.” - Cliënt

“Ze durft nu op tijd afstand te nemen, weg te gaan uit de situatie en de rust op te zoeken.” - Cliënt

2.1.5 Draagkracht

Cliënten geven aan dat ze over meer draagkracht bezitten, het vermogen om met hun multiproblematiek (ook wel de ‘draaglast’) om te gaan zonder schade op te lopen. Dergelijke draagkracht kan aanwezig zijn en groeien in een individu, maar ook dankzij de ondersteuning van en samenwerking met een informeel of professioneel netwerk.

“We can make it work he? Nee, we zijn echt goe gegroeid naar elkaar. We kunnen communiceren nu. Euhm ik heb bijvoorbeeld als die er niet waren, heb ik voor bij [naam jongere] bijvoorbeeld er door te geraken heb ik die zijn oudere, zijn broer ingeschakeld die ook autisme heeft en dan zegt dieje waar het op staat.” - Cliënt

“Zo is hij bij LEO eerst terecht gekomen. Wat heel goed gaat. Ja, en dan Horizon ook. Ja dankzij [CARE-medewerker] en het CLB. Want ik had het zelf niet kunnen vinden.” - Cliënt

2.1.6 Handelingsruimte

Cliënten geven aan dat het CARE-traject iets in beweging heeft gezet in hun leven. Er is handelingsruimte gecreëerd: ruimte waarbinnen de cliënt het gevoel heeft iets te kunnen veranderen of te groeien. Gegeven de multiproblematiek waarmee de doelgroep van CARE kampt, is het niet realistisch om een CARE-traject te beschouwen als een allesomvattende ‘oplossing’ voor hun problematiek. Dergelijke handelingsruimte kan echter wel verlichting brengen in vaak complexe, vastgeroeste problematieken en een voedingsbodem vormen voor verdere verandering enerzijds of acceptatie anderzijds.

“En en zen school, hij begon dat dan ook wel in te zien dat hem, want hij wou dan ook wel slagen. Dus dan heeft hem dat geprobeerd op den duur. (...) Dus hij gaat de voormiddagen, woensdag niet in en dan zo nog de andere twee voormiddagen en het doet thuis krijgt em dan TOAH, huis les he?” - Cliënt

“Wat is een succesverhaal? Ik ben zo aan het denken aan het voorbeeld dat ik daarjuist gaf van dat meisje, de context helemaal vastgeroest. Ik heb mijn bruggen daar verbrand en nu is die in actie he. Dat was van ouders zijn 24 op 24 thuis. Dat meisje zit alleen

maar thuis. Daar gebeurde niks. Geen school, geen hobby's, geen contact met leeftijdsgenoten, nul. En sinds dat wij daar echt geduwd hebben en die breuk daar ontstaan is en nu is die jobstudent, is ze ingeschreven voor een school, zijn die ouders bijna nooit thuis, die gaan terug werken.” - CARE-medewerker

2.2 Kwaliteitsindicatoren bij CARE-medewerkers

2.2.1 Welzijn

CARE-medewerkers geven aan dat ze zich goed voelen in hun job. In de meerderheid van de gevallen verwijzen ze daarbij naar het belang van sociale steun van collega's. In de eerste plaats zijn collega's en bij uitbreiding de teamcultuur bepalend om welzijn überhaupt bespreekbaar te maken. Zodra er over welzijn gesproken kan worden, vallen CARE-medewerkers terug op collega's om bevestiging te krijgen of successen te vieren enerzijds, en als vangnet in moeilijke periodes anderzijds. In dat laatste geval zijn collega's essentieel om mee grenzen te bepalen en kritisch over elkaars welzijn te waken.

“Goh weet je, voor mij... voor mij is het essentieel: ik moet me goed voelen in mijn team. Als dat niet is en dat kan ook heel vaak met mezelf te maken hebben, dan werkt het niet. Ja, dan werkt het echt niet. Ik vind dat echt essentieel.” - CARE-medewerker

“Maar ik vind dat wel een kracht binnen dit team. Op een teamvergadering merkt ge vaak dat ze zeggen: we gaan u wat begrenzen en u wat beschermen in dit is misschien toch een taak van ik zeg nu iets het CLB of dit en dit heb je kei goed gedaan om zo toch wat een genuanceerder beeld te geven.” - CARE-medewerker

“Soms kan je dat binnen je begeleiding gewoon zo ook al wel doen, omdat uw co [co-begeleider] niet altijd op dat huisbezoek komt. En als je dan een gesprek met ouders doet, dat uw co zo een beetje de kritische rol kan opnemen of kan tegenduwen en dat jij kan blijven staan. En dat is belangrijk.” - CARE-medewerker

“Maar ik vind dat we dat hier ook wel heel goed doen. Ik voel dat je dat als team ook wel heel hard... Als je ergens aan het begeleiden bent, ge wordt heel hard gedragen door uw team, hé, doordat je heel vaak dingen terugkoppelt en en dat je dan wel voelt van ja hé, zo kijkt het team daarnaar en zo.” - CARE-begeleider

“Wat ik zelf wel voel, hé ongeveer een jaar een half geleden dan, en dat op zo'n supervisie moment dat nooit iemand daar zelf een vraag over zijn eigen proces zou

kunnen leggen. En dat dat nu wel kan. Dat ik heel hard voel van 'Oh kun je eens mee nadenken hoe ik als hulpverlener in dat gezin kan staan. Hoe dat ik mij moet verhouden. Hoe ik mij er kan voelen'." - CARE-medewerker

2.2.2 Werkbevlogenheid

CARE-medewerkers geven aan dat ze (1) energie uit hun werk halen, (2) achter hun werk staan, en (3) zich kunnen focussen of verdiepen in hun werk.

"Ik vind dat heel heel bevredigend ergens dat ik dat ik daar dat ik dat ruim mag bekijken en dat ge ook ziet van met welke diensten ga ik samen werken rond al die stukken? Wat gaan we helemaal uitbouwen? Uhm en dat dat minder, dat dat minder van het kastje naar de muur is, maar dat je daar inderdaad samen met partners iets kunt rondzetten. Dat vind ik wel net wel heel leuk." - CARE-medewerker

"Dus dat vind ik zelf, oké er komen allemaal nieuwe dingen in onze maatschappij waar dat we ons dan weer op in moeten verhouden, maar dan net dat maakt het net ook interessant vind ik." - CARE-medewerker

2.2.3 Kwaliteitsbewaking in beslissingen

CARE-medewerkers geven aan dat er procedures zijn om beslissingen te maken waarbij een bepaalde controle ingebouwd is, bijvoorbeeld door het vierogen-principe of door het volledige team te betrekken. Structurele trajectbesprekingen, evaluatiemomenten of vergaderingen, ondersteund met data (vanuit het EPD of verslagen), staan daarbij centraal. Zogenaamd 'freewheelen' wordt op die manier tegengegaan. Een ander voorbeeld is door met vooropgestelde criteria of voorwaarden te werken bij het maken van beslissingen.

"Ja dat was al op het intakegesprek, dat was, er was een oudere broer die heel veel problemen en hebben we echt als voorwaarde gesteld van er moet een plan zijn voor de broer eer dat we met de jongere zelf kunnen werken. En hebben we op dat moment gezegd van kijk er is niet aan die voorwaarde voldaan want dat plan dat was de vuilbak in gegooit. En dan hebben we ook zo kunnen kaderen van er valt nu niet te werken." - CARE-medewerker

"En ik denk de reflex en dat dat dat is voor mij kwaliteit hè? Dat je af en toe. En daar zijn we in de loop van de rit wel wel, hebben we wel wat stappen in gezet vind ik zelf hè, door ook in ons EPD bijvoorbeeld een fasering in te brengen in trajecten, hè? In elke nieuwe fase vraagt een een evaluatiemoment, hè?" - CARE-medewerker

“Dat is ook een stuk kwaliteit, hè, dat iemand mee de kwaliteit blijft bewaken en in elk van die stukken vind ik dat belangrijk. Ook in en na die intake, dan worden de doelstellingen afgesproken. Dat wordt besproken op een teamvergadering. Meestal zijn we het daar allemaal mee eens uiteraard he wat er daar wordt afgeklopt. Soms komt er iets, wordt er iets toegevoegd, maar meestal hè, loopt dat wel en dan kan de begeleiding van start gaan. Ja en dan dan is ‘t kwestie van ja elke keer opnieuw terug te grijpen naar die doelstellingen. En en daar is uw team een heel belangrijk, een hele belangrijke bewaker vind ik.” - CARE-medewerker

2.3 Kwaliteitsindicatoren bij verwijzers

2.3.1 Erkenning

Verwijzers geven aan dat een traject kwaliteitsvol is wanneer ze erkenning ervaren. Die erkenning gaat zowel over het erkennen van hun eigen noden en behoeften als hulpverlener, maar ook over de erkenning van hun expertise. Die erkenning wordt concreet wanneer CARE-medewerkers tijd maken om het verhaal van verwijzers te beluisteren, hen te consulteren op basis van hun expertise (zowel voor gedeelde als niet gedeelde casussen) en te betrekken bij het uitstippelen en uitvoeren van een zorgtraject voor cliënten.

“Ja en dan de WE CARE past dan misschien wel als je als verwijzer belt hè dat er een betrokkenheid is van oké uw verhaal wordt ook beluisterd. Er wordt nauwgezet over nagedacht en ook tijdens een intake hé wordt dat verhaal opnieuw beluisterd. En dat dat die doelstellingen concreet worden om in dat samen-verhaal te stappen.” - Verwijzer

“Ja dat gaat over weten dat je de telefoon mag oppakken om gewoon iets af te stemmen met elkaar in context in specifieke casussen, maar ook eigenlijk daarbuiten.” - Verwijzer

2.4 Interrelationele kwaliteitsindicatoren

2.4.1 Zorgcontinuïteit

Zowel CARE-medewerkers, cliënten als verwijzers geven aan dat een traject kwaliteitsvol is wanneer er continuïteit van zorg is. Dat betekent dat de cliënt zorg krijgt op een vlotte en gecoördineerde manier tussen verschillende zorgactoren, zo lang als de cliënt zorg nodig heeft. In de context van een CARE-traject vertaalt zich dat naar (1)

een vlotte aanmelding, (2) vervolgens een stabiel CARE-traject met efficiënte samenwerking en (3) tot slot een vlotte afronding en overdracht van verantwoordelijkheden naar partners en de cliënt, met de nodige nazorg vanuit CARE. Sommige verwijzers en CARE-medewerkers voelen dankzij deze zorgcontinuïteit zelfs synergie: de effectiviteit van ieders aanbod wordt versterkt door de samenwerking. Ook cliënten zijn opmerkzaam voor deze continuïteit en synergetische samenwerking, wat (1) een positieve uitstraling op hen heeft en (2) hen helpt om met urgente, complexe situaties om te gaan.

“Dan is dat heel snel gegaan. Want als ik dan hoor van andere ouders zijn wij eigenlijk op twee weken tijd bij CGG terecht kunnen geraken. En toen na zoveel sessies bij het CGG zijn we denk ik op een maand tijd bij het mobile CARE-team kunnen starten. (...) Dus ik heb daar heel veel chance mee gehad. (...) Ja, ja, als ouder ook ze. Dat overheerste ons leven ook ze.” - Cliënt

“Maar al die mensen zijn zo goed. (...) En die konden het precies allemaal heel goed met elkaar vinden. En dan vroeg die ‘Oh, mag ‘k ik is aan die vragen of dat die, zowat te zeggen wat dat jullie bespreken?’. Ik zeg ‘Ja, belt die maar op’. Ik vind da heel goed. En dan konden die ook allemaal zo. En ja, ik denk dat die allemaal wel heel plezant vonden.” - Cliënt

“En ook bij mij een aantal van die heel kwetsbare gezinnen euhm... waar dat je anders bijna 3/4 van de keren dat ze in uw agenda staan, dat ze niet zou komen opdagen (...) dat dat CARE-team gewoon zegt, ja, ik ga die halen en ik pak ze mee naar de raadpleging en er dan bij zitten en dat dat dus ook iets heel synergetisch en dat je dus ook een aantal taken gewoon kunt delegeren van: ‘Houd dit vast’ (...)” - Verwijzer

“En dat doen we ook wel denk ik toch wel hé, regelmatig nog wel eens terugkomen met ‘Hé wil je daar eens even meedenken of er is nog eens een belangrijk overleg. Kom je nog eens mee inschatten?’. Omdat je toch vanuit, ja... Het gezin kennende dan misschien een andere inbreng hebt dan dat de nieuwe hulpverlening dan. Hé dus het is ook wel een kracht hé (...) Dat je een beetje een rode draad kunt zijn, die af en toe eens opgepakt wordt.” - CARE-medewerker

3 **Werkzame mechanismen voor kwaliteitsvolle zorg**

Werkzame mechanismen kunnen bijdragen aan de realisatie van kwaliteitsindicatoren. De toepassing van deze mechanismen is met andere woorden werkzaam om kwaliteitsvolle zorg te leveren. De toepassing ervan leidt echter niet noodzakelijk tot kwaliteit.

Werkzame mechanismen zijn doorgaans attitudes of handelingen die door de zorgverlener (of een team van zorgverleners) gesteld worden, in dit geval de medewerker van het mobiele CARE-team. Tabel 11 geeft een overzicht van de werkzame mechanismen die op basis van de data uit dit onderzoek geïdentificeerd werden. Daarna volgt een beschrijving van elk van deze mechanismen, geïllustreerd door citaten van cliënten, verwijzers en CARE-medewerkers.

1. Aanklampend en langdurig
2. Contextgericht
3. Inzetten op netwerk
4. Handelen vanuit gelijkwaardigheid
5. De rol van professional toe-eigenen
6. Mobiele werking
7. Ruimte laten voor complexiteit
8. Toegankelijkheid CARE
9. Team inzetten als leeromgeving
10. Dataverzameling

Tabel 11. Overzicht van de werkzame mechanismen voor kwaliteitsvolle zorg binnen CARE.

3.1 **Aanklampend en langdurig**

Aanklampend werken gaat volgens CARE-medewerkers over het blijven opzoeken en in connectie gaan met een cliënt. De CARE-medewerker zal de cliënt niet zomaar loslaten, ook wanneer die de boot afhoudt. Daarbovenop is de CARE-medewerker geïnteresseerd en betrokken bij de activiteiten van het cliëntstelsel op verschillende levensdomeinen (bv. in zijn vrije tijd of met andere hulpverlening) en volgt deze ook op. De aanklampende werking draagt bij aan de relatieopbouw tussen de CARE-medewerker en de cliënt, biedt zorgcontinuïteit (de CARE-medewerker gaat niet eindeloos doorverwijzen, maar neemt zelf dingen in handen) en kan een opening creëren om iets in beweging te brengen bij cliëntsystemen die vastgelopen zijn.

“Mhm. Zelfs als wij geen afspraak hadden. En dat die efkes zo... tips gaf van: doe het zo en zo en zo. Probeert da is'. Dus het feit dat die echt... dat is zo een titel hé... aanklampend.”- Cliënt

“En soms is misschien de vraag 'Moeten we dat allemaal zelf doen?' En kunnen we daarin soms niet wat meer kijken of we kunnen uitbesteden? Maar ik denk dat dat ook wel bijdraagt aan de aanklampendheid ofzo. Dat je het ook vastpakt als het moet uitgevoerd worden en niet zo en nu dan begint te verwijzen, van wie zou dat dan kunnen? Maar dat je het vastpakt.” - CARE-medewerker

Er is geen standaard doorlooptijd voorzien voor een CARE-traject. Het is dan ook eigen aan de doelgroep van CARE (met een langer durende zorg- en ondersteuningsvraag omwille van een ernstige, meervoudige en reeds langer bestaande GGZ-problematiek) dat ze nood hebben aan een langer durend traject (dan pakweg de duur van een opname) om aan doelstellingen te kunnen werken. De beschikbare tijd lijkt bij sommige cliënten bovendien nodig om hun vertrouwen in hulpverlening te herstellen, vooraleer ze begeleiding of behandeling toelaten. Naast het vertrouwensherstel, heeft de CARE-medewerker tijd nodig om het cliëntsysteem grondig te leren kennen en het tempo van de cliënt te volgen in de begeleiding of behandeling.

“Mijn visie is da ge met uw methodieken en met hoe dat je werkt net veranderingsbereidheid kunt creëren en misschien duurt het wat langer. (...) Maar je moet ook goed kijken van is er mogelijkheid om te veranderen, maar je ook tijd moet nemen om te zien of dat het kan veranderen.” - CARE-medewerker

Cliënten voelen op hun beurt aan dat die tijd ook genomen wordt. Ze appreciëren dat er geen tijdsdruk opgelegd wordt. De langdurige aanpak maakt het dus mogelijk om (1) samen met de cliënt aan realistische doelstellingen te werken en (2) (eindelijk) inzicht te krijgen in dynamieken die de GGZ-problematiek mee onderhouden en toe te werken naar verandering en/of acceptatie.

“Je voelt echt zo van... Er is geen druk. Eh zo... want uiteindelijk een jaar... dat is wel wat hè. Je ziet.... op den duur kennen die u echt en daar wordt rekening gehouden...” - Cliënt

“De mensen waar we mee werken, de kinderen en de gezinnen zijn toch allemaal, ja, die hebben al zoveel gehad en niks heeft gewerkt, hè? Laten ons dan die tijd ook

nemen om dat vast te houden en om daar ten gronde in te kunnen gaan.” – CARE-medewerker

Cliënten telkens terug opzoeken en het totale hulpverleningstraject mee vastpakken, vraagt tijd. Tegelijk zorgt de tijd ervoor dat de CARE-medewerker op zoek kan gaan naar wat de cliënt echt nodig heeft en betrokken kan zijn waar nodig. De aanklappende en langdurige aanpak zijn op die manier onlosmakelijk verbonden in een CARE-traject: ze versterken elkaar zelfs.

“We zijn ook flexibel om daarnaar toe te spitsen op wat heeft die jongere eigenlijk echt nodig voor de start? Sommigen gaan heel snel mee zijn en kan je heel snel doelstellingen opstellen en bij anderen gaat heel lang de boot afgehouden worden en echt moeten doorduwen van ik mag hier zijn voordat we aan een doelstelling kunnen zitten, dus.” - CARE-medewerker

De aanklappende en langdurige aanpak wordt ook door verwijzers opgemerkt. Ze vinden dit element in het CARE-programma uniek en van grote waarde. CARE heeft, in tegenstelling tot heel wat andere zorgpartners, de flexibiliteit om het tempo van het gezin te kunnen volgen en de zorgintensiteit op te schalen of af te bouwen. Op die manier kan CARE ook aanwezig blijven tijdens opnames bijvoorbeeld, wat cruciaal is voor de zorgcontinuïteit:

“(...) want je hebt ook soms kinderen komen in opname en dan moeten sommige diensten stoppen, dat die bij CARE soms wel op een lager pitje gaan uiteraard maar dat die wel blijven. Dat dat niet per se stopt. Of ik heb wel eens, was dat nu wel dat dat stopte, dat die wel terug kunnen opstarten of zo iets en dat er toch iets van continuïteit kan zijn.” - Verwijzer

Ook het vastpakken en opvolgen van activiteiten, de aanklappende aanpak daarbij, wordt opgemerkt door verwijzers en cliënten. Volgens verwijzers kan het zelfs leiden tot synergie.

“En ook bij mij een aantal van die heel kwetsbare gezinnen euhm... waar dat je anders bijna 3/4 van de keren dat ze in uw agenda staan, dat ze niet zou komen opdagen omdat chaos, in in de veelheid dat dat verloren is, dat dat CARE-team gewoon zegt, ja, ik ga die halen en ik pak ze mee naar de raadpleging en er dan bij zitten en dat dat dus ook iets heel synergetisch (...)” - Verwijzer

3.2 Contextgericht

3.2.1 Realistische doelen stellen

De CARE-medewerker focust zich niet alleen op het kind of de jongere, maar op het cliëntsysteem of de context. Sommige gezinnen ervaren die contextgerichte aanpak in de eerste plaats als verademend. Ze appreciëren dat er naar de noden van het hele gezin geluisterd wordt. Gezinsleden voelen zich gezien en gehoord, soms voor het eerst in jaren, zoals deze ouders vertellen:

“Maar [CARE-medewerker] zei ‘hij <broer> kon niet stoppen met vertellen’. Dus hij was maar ratel ratel ratel. Dus ik denk dat die echt wel het gevoel had zo van ‘Hèhè, er gaat ook eens efkes aandacht naar mij’.” - Cliënt

“Ik kan dat echt benadrukken... Het is heel belangrijk dat je gesprekken voert met een hulppersoon, met het kind erbij, maar zeker ook zonder het kind.” - Cliënt

CARE-medewerkers benadrukken daarnaast dat de contextgerichte aanpak zinvol is om realistische doelstellingen te formuleren. Door zicht te krijgen op het totale cliëntsysteem, het gezin goed te leren kennen, kan de CARE-medewerker de draagkracht en veranderingsmogelijkheden beter inschatten. Ambulante of residentiële hulpverlening heeft die mogelijkheid daarentegen minder of niet.

“Ik moest denken aan die dat wij zijn opgestart, de initiële vragen, terug naar school toewerken. Dan kom je in die situatie. Er komt een bom aan trauma's en verhalen en dingen en ge denkt: we gaan dat overboord gooien, dat is totaal niet realistisch (...) Dat is dan duidelijk geformuleerd door iemand die nog nooit in die context is geweest.” – CARE-medewerker

3.2.2 Draagkracht vergroten

Naast het beluisteren van de noden, laat de contextgericht aanpak toe om gezinsdynamieken in kaart te brengen. De CARE-medewerker leer het cliëntsysteem kennen en kan (vastgeroeste) patronen blootleggen die van invloed zijn op het kind of de jongere. Door met die patronen aan de slag te gaan, brengen ze het cliëntsysteem in beweging. Daarnaast kunnen belangrijke figuren uit het systeem ook verantwoordelijkheid krijgen om het behandelplan te doen slagen. Ouders merken zelf op dat die gedeelde verantwoordelijkheid bijdraagt aan een positieve evolutie van de situatie: ze krijgen inzicht in hun eigen rol in de lopende GGZ-problematiek en hoe daarmee om te gaan.

“Ja die komen thuis zowat de de de bom diffusen eigenlijk. En euhm zo'n beetje iedereen zowat terug een beetje neutraliseren en en zo terug wa connecten met elkaar om te zien, zo doelen stellen, te nemen die haalbaar zijn. (...) Iedereen terug een beetje in de realiteit, in zijn verantwoordelijkheden en z'n dingen steken.” – Cliënt (ouder)

Verder levert de context een belangrijke bijdrage aan het vergroten van de draagkracht van het kind of de jongere. Door het gezin te betrekken in de begeleiding of behandeling, installeren CARE-medewerkers een omkadering voor het kind of de jongere om op terug te vallen. Deze aanpak is bovendien duurzaam: na afloop van het CARE-traject kan de context terugvallen op handvatten om het kind of de jongere blijvend te ondersteunen.

“Ik wou ook zeggen: bij mij hangt het meer af van de ouders, hoe zij erin staan. Als ze draagkracht hebben om handvatten aan te nemen of om naar zichzelf te kijken. Ik denk dat dat de meest succesvolle dossiers zijn. (...) Of als er een goede context rond staat. Dat je weet, die kunnen meegedragen worden. Als wij weg zijn, dan kan dat overgenomen worden.” – CARE-medewerker

Verwijzers beamen dat de contextgerichte aanpak van CARE passend is voor de doelgroep. CARE kan op die manier systemen blootleggen die voor residentiële zorg niet altijd zichtbaar zijn en ook de context activeren om de situatie mee te dragen.

“(...) bij degenen die ik heb aangemeld, was wel een vraag van daar moet iets van blijvende ondersteuning zijn na opname hè? Wij kunnen niet gewoon terug aan de slag. En het vooral als gezin wat zien hè, van wij lopen als ouders in dynamieken met het kind. Het kind loopt vast met ons, het kind loopt vast met de broers en de zussen vanuit verschillende verklaringsmodellen en we hebben externen nodig die mee die dynamieken wat wat bekijken en wat zoeken van oké, hoe gaan we aan de slag met die verklaringsmodellen? (...) Ja, het systemische vind ik daarin wel een mooie en dat de context zich daarin gesteund kan voelen met zijn allen en dat kind ook hè?” - Verwijzer

3.3 Inzetten op netwerk

3.3.1 Casemanagement

CARE-trajecten zijn complex: cliënten en cliëntensysteem hebben doorgaans een voorgeschiedenis van hulpverlening en kampen met meerdere problemen tegelijk, naast de aanwezigheid van een GGZ-problematiek bij het kind/ de jongere. CARE-

medewerkers benadrukken het belang om in te zetten op omkadering die breder gaat dan het gezin.

“Dat klopt ook want ik denk da ge als CARE-team vaak niet alleen staat als hulpverlening en da ge wel ook beroep kunt doen en kunt samenwerken op andere partners want ik denk al die casussen die wij aangemeld krijgen, allee het is complexe derdelijnszorg, ge kunt da nie als een persoon dragen denk ik.” - CARE-medewerker

Ten eerste fungeert de CARE-medewerker als casemanager. Hij brengt professionele partners samen en haalt nieuwe partners aan boord (bijvoorbeeld een psychiater, diëtist, OLOD, CLB of contextbegeleiding). Dergelijk casemanagement kan al plaatsvinden terwijl cliënten op de wachtlijst staan om de wachttijd zinvol te benutten en een tussentijds aanbod te voorzien. Om naast de zorgcontinuïteit ook de informationele continuïteit te borgen, betreft de CARE-medewerker zoveel mogelijk relevante partners tijdens de intake fase (op de intake zelf of in een netwerkoverleg). Bij de intake en tijdens het traject evalueert de CARE-medewerker de meerwaarde van elke partner en waakt over een heldere rolverdeling. Bovendien wordt er zo een overkoepelende visie geïnstalleerd die ook voor continuïteit zorgt tijdens en na het CARE-traject.

“Ja ja, dat je ook zo'n gedeelde visie krijgt van wat is er aan de hand en wat is daar allemaal voor nodig? Dat dat echt in gedeeld plan is? (...) Ja dat iedereen zich ook nuttig voelt in het team he. Da ge ook weet waar dat ge toe bijdraagt of zo en gedaan. Uh dan vind ik wel dat dat dat dat werkt.” - CARE-medewerker

“Ik vind dat heel heel bevredigend ergens dat ik dat ik daar dat ik dat ruim mag bekijken en dat ge ook ziet van met welke diensten ga ik samenwerken rond al die stukken? Wat gaan we helemaal uitbouwen? Uhm en dat dat minder, dat dat minder van het kastje naar de muur is, maar dat je daar inderdaad samen met partners iets kunt rondzetten.” - CARE-medewerker

Door de juiste partners aan boord te krijgen en aan casemanagement te doen (1) vergroot de draagkracht van het cliëntsysteem, (2) kan de CARE-medewerker samenwerken met professionals rond gedeelde zorgen, (3) zorgt de CARE-medewerker voor focus en efficiëntie: het is voor elke partner duidelijk wat er van hem verwacht wordt en (4) is er een gedeeld plan en warme overdracht in functie van de afronding.

“En dat wij ook zuurstof brengen in dat netwerk door dat te doen. Want vaak zijn die allemaal maar op hun eigen ding bezig. Maar bijvoorbeeld een CLB, die zit al jaren te

zeggen dit kind moet naar een andere school, maar niemand die daar een positie in durft te nemen.” - CARE-medewerker

“Ja bij ons zeker ook en ook zo gezinnen en zo hebben we er wel wat die ja die allerlei financiële problemen hebben, hè? Dreigende dakloosheid, verhuizen, allee al dat soort problemen. Dan werken wij vaak bijvoorbeeld met (organisatie) samen, hè, zodat we die stukken hè proberen zoveel mogelijk daar te laten, hè?” - CARE-medewerker

Daarbij valt op dat dergelijk casemanagement ook een manier is om de identiteit van het CARE-team helder te krijgen: wat is onze opdracht en wat neemt een andere partij op?

“(…) we werken ook vaak samen dat we een duo-traject hebben met CARE en het CGG. Dan stemt ge af en dan weet ge ook op die manier van dat is wat jullie doen en dat is het verschil met CARE of omgekeerd.” - CARE-medewerker

Cliënten bevestigen de meerwaarde van de CARE-medewerker als casemanager. Ze geven aan dat het moeilijk is om zelf de juiste hulpverlening te vinden en aan te spreken. Bovendien ervaren ze zorgcontinuïteit doordat CARE de juiste partners rond de cliënt zet, met hen samenwerkt of hen warm doorverwijst.

“Maar dan heeft [CARE-medewerker] wel het CLB een beetje ingeschakeld van ‘wat kunnen we doen?’ Ze zei van het school valt wel weg, maar er moet wel iets in de plaats komen. Omdat hij zeventien jaar is. En dan heeft [CARE-medewerker] heel veel gedaan eigenlijk. (...) Ja dankzij [CARE-medewerker] en het CLB want ik had het zelf niet kunnen vinden.” - Cliënt

Tot slot benadrukken verwijzers de meerwaarde van de CARE-medewerker als ‘rode draad’ in complexe trajecten die coördinatie en samenwerking vergen. Ook verwijzers zien hiervan de voordelen, in termen van efficiënt samenwerken en zorgcontinuïteit. De mogelijkheid om zowel formeel (bv. aansluiten op een teamvergadering) als informeel uit te wisselen, is hierin enorm werkzaam. Dat laatste wordt vooral aangehaald door verwijzers die op dezelfde plek tewerkgesteld zijn als de CARE-teams en de voordelen zien van kort af te stemmen tijdens de lunchpauze of aan de koffiemachine bijvoorbeeld. Tot slot voelen verwijzers zich gezien en gehoord wanneer CARE-medewerkers naar hen uitreiken en synergie opzoeken.

“Maar ik vind het wel een meerwaarde dat wij vanuit een residentieel kader samen met een partner een mooie continuïteit kunnen geven, hè? En die casussen, ik snap dat ze

dat niet voor allemaal gaan kunnen doen, hè? Maar in die waarin dat we samen voelen van dat is nodig, dat is waardevol, dat dat wel werkt.” - Verwijzer

“Ik denk dat zij wel als wij aan een casus denken, proberen we dat altijd ook wel face to face af te stemmen, dus niet via het aanmeldformulier. Ik weet niet of dat voor iedereen zo loopt, maar natuurlijk, ja, als je dichtbij zit, loop je snel een bureau binnen of ga je op een teamvergadering aansluiten.” - Verwijzer

3.3.2 Informeel netwerk

Naast een professioneel netwerk, hebben cliënten baat bij het activeren en versterken van hun informeel netwerk. Familie, vrienden of burens betrekken kan de draagkracht van een cliënt ook vergroten. Voor sommige cliënten is de drempel om het informeel netwerk aan te spreken echter hoog, vanuit bijvoorbeeld schaamte voor de situatie. Eens die drempel voorbij, voelen ze zich toch gesteund door hun omgeving, zo getuigt deze cliënt:

“Ja, en mijn broer en mijn zus, die zijn nu ook volledig op de hoogte. Terwijl, vroeger, ja...Plus ook.... en dat is ook zo belangrijk, he. Je wordt als ouder mee geconfronteerd.... Wat is dat hier? (...) En durven toegeven van 'ja, dit kan ik niet meer aan.' ... is zo belangrijk. En open zijn en tijd... Tijd... wacht niet te lang en euh...durft. Durft hulp vragen, en als er hulp komt: smijt het gewoon op tafel.” - Cliënt

3.4 Handelen vanuit gelijkwaardigheid

3.4.1 Gelijkwaardig in relatie

Cliënten beschrijven de CARE-medewerker als iemand die naast hen staat en hun verhaal meedraagt. De CARE-medewerker is een belangrijke vertrouwenspersoon, zoals een broer of zus dat ook zou kunnen zijn. De gelijkwaardigheid in deze relatie tussen cliënt en hulpverlener zorgt ervoor dat de cliënt zich gezien en gehoord voelt op een manier die veilig aanvoelt.

“Ge kunt het... Als ouder uw ding kwijt, om iemand die dat de situatie eigenlijk goed kent en verstaat ook want ge kunt dat ook wel eens tegen uw ouders zeggen, of tegen vrienden, maar ja, die die, die thuissituatie, daar loopt ge zo maar niet mee te koop natuurlijk hè. (...) Dus euh... dat was echt wel een vertrouwenspersoon eigenlijk, waar dat ge echt wel alles tegen kwijt kon eigenlijk.” - Cliënt

“De gesprekken tussen mij en [CARE-medewerker], die waren echt heel.. aangenaam, menselijk, rustig, openminded, vertrouwend. Ik kon daar alles tegen zeggen. Dat was, dat was echt.... echt wat dat ge moet hebben eigenlijk.” - Cliënt

CARE-medewerkers vertellen dat ze cliënten bewust met een open blik benaderen. Ze nemen als het ware een *not knowing position* in, door oprechte interesse te tonen in het verhaal van de cliënt, te voelen wat er nodig is en van daaruit te vertrekken. De CARE-medewerker is gelijkwaardig in relatie tot de cliënt, neemt geen ‘alwetende’ positie aan. Informatie van derden zoals verwijzers komt pas aan bod in tweede instantie, nadat de cliënt gehoord werd. Deze open blik stelt de CARE-medewerker in staat om de hulpvraag van de cliënt scherp te krijgen en op maat te werken.

“Je krijgt een aanmelding binnen van de verwijzer. Het gaat altijd via een verwijzer. Die melden met een bepaalde reden aan, hè? Maar uiteindelijk moet je het gaan doen met dat gezin en met dat kind hè. En met andere belangrijke actoren die daarnaast staan. Het zijn het zijn die mensen het gezin voornamelijk hè? Die gaan bepalen samen met jou als begeleider van waaraan gaan we werken?” – CARE-medewerker

3.4.2 Gelijkwaardig in regie

Cliënten krijgen eigenaarschap over hun CARE-traject. Ze voelen dat hun verhaal oprecht beluisterd wordt en hun verzoeken ernstig genomen worden. De CARE-medewerker nodigt hen expliciet uit om hun visie op het traject te delen en geeft hen inspraak in beslissingen en vraagt toestemming om informatie al dan niet te delen met derden. Cliënten voelen zich daardoor gezien en gehoord.

*“Interviewer: Is er zoiets dat je kan zeggen van awel, dat vond ik nu echt super goed?
Zoon: Naar ons luisteren. Mama: Ja, dat kunnen ze wel goed. En als je iets zegt van... Want bij mij was het, dat het niet te ver van huis moest zijn en die hebben daar letterlijk gedaan, iets gezocht dat niet ver van huis was. Dus...” - Cliënt (ouder en kind)*

Bovendien groeit op deze manier het vertrouwen van cliënten om zelf te handelen, ook met het oog op een transfer van het geleerde na afloop van het CARE-traject (~empowerment).

“Allee, ‘t is de bedoeling van hen was het ook wel om ons in ons kracht te zetten dat we verder alleen voort konden. Dus dat besef ik ook wel, zonne.” - Cliënt

De cliënt mee in regie zetten, zorgt er volgens CARE-medewerkers voor dat het traject relevant blijft. Doelstellingen en activiteiten worden regelmatig afgetoetst met het gezin om de juiste focus te behouden. Daarbij kan het gezin werken aan hun 'eigen' doelstellingen, wat potentieel meer motivatie biedt dan werken aan 'opgelegde' doelstellingen.

“Regie bij het gezin, bij het gezinssysteem. Voor mij is dat toch ook wel belangrijk als je van start gaat dat je heel duidelijk weten wat de hulpvragen zijn en dat je daar heel concrete doelstellingen rond hebt en dat dat uiteindelijk ook de rode draad is doorheen uw traject. En dat je eigenlijk elke keer als je dingen doet dat er ook wel mee aftoetst, van klopt dat nog, de focus die we hebben, waar gaan we naartoe?” - CARE-medewerker

Wanneer cliënten niet aanwezig zijn (bv. op een overleg) of onvoldoende vaardig zijn om hun eigen inbreng te leveren, neemt de CARE-medewerker de rol van belangenbehartiger op. Cliënten appreciëren deze rol: ze voelen zich opnieuw gesteund en vertrouwen de CARE-medewerker om de rol van belangenbehartiger correct uit te voeren.

“Ik kan het nog altijd vertellen alsof het gisteren was, maar toch. Ja het is wel lastig. En dan ga je terug, dus ik vond dat wel belangrijk dat ze erbij was. Als ze dan iets vroeg dan kon [CARE-medewerker] daarop reageren of soms nog op andere dingen. Dat [CARE-medewerker] zei van 'Hij heeft structuur nodig'. Van 'Die uren moet ik hebben'.” - Cliënt

“Dat was een hulpverlenersgesprek. Ik denk... euh via de telefoon of via het één of het ander meeting euh... Waar dat die inderdaad met z'n allen hebben overlegd eigenlijk. Wie neemt welke taken voor zich en euh.... Ja. (...) Ik denk dat ze ons wel de optie hebben gegeven: zijt ge er graag bij eigenlijk. Maar ik denk dat we gezegd hebben van... (...) Iedereen die dat aan tafel zat op dat moment... kent de situatie... Dus doe efkes gewoon jullie ding. Praat in jullie taal tegen elkaar, ook <Lacht>. En euh... we geven jullie vertrouwen en het komt wel goed eigenlijk.” - Cliënt

3.4.3 Gelijkwaardig in communicatie

Cliënten geven aan dat communicatie op hun maat aangepast wordt en daardoor te begrijpen is, ook wat de kinderen en jongeren betreft. Ze voelen zich daardoor goed geïnformeerd.

“En dat ze echt met [jongere] de problematiek gingen aanpakken en uitleggen hoe, ja, hoe dat angsten ontstaan. Wat dat dat is. Dus ja, dat zal echt op zijn niveau uitleggen hoe en wat en waarom is dat er eigenlijk niet?” - Cliënt

Cliënten worden verder zo veel mogelijk betrokken in communicatie en informatiedeling, ook in relatie tot derden zoals verwijzers of scholen. Op die manier is de cliënt niet afhankelijk van bijvoorbeeld een verwijzer om bepaalde informatie te ontvangen. Bovendien creëren CARE-medewerkers dankzij de transparante communicatie gedragenheden in beslissingen: een beslissing komt niet uit het niets.

“Maar ook door dat transparant te communiceren, en daar van in het begin ja, want dat was al bij de aanmelding dat we dat heel transparant hebben gecommuniceerd naar zowel verwijzers als ouders toe, dat we daar toch wel wat bedenkingen bij hadden, is dat ook wel op een correcte manier afgerond geweest en ik denk...” – CARE-medewerker

Verwijzers benadrukken het belang van dergelijke transparante communicatie om de zinvolheid van het traject te monitoren.

“Ja en misschien nog iets in die ingrediëntenlijst staat van oké we nemen een gelijkwaardige positie, maar we zijn ook eerlijk tegen elkaar of zo iets. Ik denk dat dat ook altijd wel belangrijk is dat mensen kunnen zeggen ik heb er iets aan of ik heb er niks aan.” - Verwijzer

3.5 De rol van professional toe-eigenen

3.5.1 Handelen vanuit kennis en kunde

Ten eerste rekenen cliënten die nood hebben aan begeleiding of behandeling erop dat de CARE-medewerker een professional is die hen iets te bieden heeft. Ze verwachten sturing en input van de CARE-medewerker om hun situatie draagbaar te maken of te verbeteren. Zo verwijzen ze naar het delen van expertise of inzetten van technieken (bv. communicatiekaarten, psycho-educatie of krachtgericht denken) als werkzaam mechanisme. Cliënten verwerven zo inzicht in hun situatie. Dergelijk inzicht kan een manier zijn om in beweging te komen of een situatie te leren accepteren.

“En op een gegeven moment met kaartjes om om... dat hij kon zeggen hoe hij zich voelde. Op vier verschillende manieren zo. Dat wij ook zo iets hadden van: 'nee, echt

of wa?' Ja, wist je dat niet? En dan leerden we mekaar zowat kennen zo. Da was echt goe..." - Cliënt

"Euhm... en door al die gesprekken met [CARE-medewerker]... leert ge wel van 'ja, maar ja, kijk... Dat helpt niet.' En het is niet 90% uw schuld en 10% [jongere] haar schuld. Het is ook gewoon niemands schuld. Het is gewoon.... het leven. <lacht>." – Cliënt

"(...) ja da optimistische hadden we allemaal wel wa nodig. Zo de vooruitgang toch zien. En ma da zag [naam jongere] ook niet. Dat was hier ook maar kommer en kwel voor hem ofzo weete? (...) Maar nu was er zo een verhaal en en we beoordelen da en en en da ga beter. En da's goe da ge een verhaal hebt zo eigenlijk." - Cliënt

Ook verwijzers leggen een grote nadruk op het gespecialiseerde aanbod van CARE. Ze omschrijven dit aanbod als (1) (psycho)therapeutisch behandelen, (2) met expertise in kinderpsychiatrische problematiek of GGZ-problematiek, en (3) intensief. Daarnaast benadrukken ze het doelgericht handelen van CARE als werkzaam mechanisme. CARE voorziet een concreet behandelplan met tussentijdse doelen, die samen opgesteld worden, waardoor ze vooruitgang (hoe klein ook) zichtbaar maken. Het installeren van dit krachtgericht denken bij cliënten is waardevol en zorgt ervoor dat de cliënt zich gezien en gehoord voelt. Volgens de verwijzers komt dit aanbod tegemoet aan de noden van de doelgroep.

"Ja, ik denk dat we naar andere thuisbegeleidingsdienst kijken als er echt pedagogische vragen zijn, zo echt veel meer die pedagogische vragen die dan mee kunnen oefenen in het hier en nu. Maar CARE is ja is veel therapeutischer en ruimer dan een opvoedkundige vraag bijvoorbeeld, ja." - Verwijzer

"Omdat ik denk dat cliënten soms ook die verschuiving of die kleine verschillen moeilijker gaan zien, omdat het dagdagelijks heftig kan zijn. Maar als je kleine doelstellingen stelt dat ze misschien wel dingen kunnen opmerken dat dan weer wel allee." - Verwijzer

CARE-medewerkers vermelden gelijkaardige elementen en verwijzen naar doelgericht, methodisch en evidence-based werken als werkzame mechanismen voor kwaliteit. Een CARE-medewerker handelt vanuit wetenschappelijk onderbouwde of legitieme kennis en kan interventies en doelstellingen staven. De netwerkpsychiater waakt hier mee over.

“Dus dat is een stuk professionalisering, hè? Van ge gaat heel doelgericht op een bepaald iets insteken. Met methodieken, met protocollen, met alles wat voor handen is gegaan. We gaan geen nattevingerwerk doen. We gaan wel doelgericht zoeken naar ja, hoe, hoe krijgen bepaalde systeem ja, systeembeelden ja naar boven, hé? Hoe gaat ge met trauma om?” – CARE-medewerker

3.5.2 Positie nemen als professional

Ten tweede appreciëren cliënten het wanneer de CARE-medewerker het oneens met hen is of hen confronteert met bepaald gedrag. Het innemen van een positie, draagt bij aan de geloofwaardigheid van de CARE-medewerker en kan als eyeopener werken voor cliënten.

“Ja, letterlijk de dingen waar dat je tegen aan loopt en waar dat ge ... als mens soms echt wel in de faalt. Uw minpunten, die heeft iedereen. (...) En dan moet je dat durven op tafel te smijten en die persoon moet dat dan inderdaad kunnen kaarten en zeggen ja, dat klopt.” – Cliënt

“Toen die <CARE-medewerker> zei van 'ja...', dat is al een maand geleden, weer van 'ja, ik denk om te stoppen.' Dan was ik even aan het denken, aan het nadenken van 'Ja, eigenlijk. Ja. Daar heb je gelijk in'.” - Cliënt

Het innemen van positie, kan ook ondersteunend zijn voor ouders. Zo vertelt deze vader, die er doorgaans alleen voor stond thuis, hoe belangrijk het voor hem was dat ook de CARE-medewerker zijn kind confronteerde met zijn gedrag:

“Allee, ge kunt dat ook als als man en vrouw en er ook niet geraken en ook zo zo ne PANGG nodig hebben. Het is nu, nu is 't echt omdat he, want [mama], ja [mama] is eigenlijk heel afwezig door door haar overprikkeldinges en en alles bijeen gewoon. Daarom moeten wij ook verhuizen. Maar euhm, ja het is belangrijk dat er iemand ook nog hetgene dat em van mij echt niet wilt geloven dat iemand anders nog is komt zeggen ja allee ja dus binnenkort die politie en die dingen [lacht] da's de realiteit een beetje ook hé?” – Cliënt

CARE-medewerkers bevestigen dat positie durven innemen ten opzichte van cliënten werkzaam is voor de kwaliteit. Positie innemen houdt bijvoorbeeld in: confronteren met gedrag, zelf sturing geven, moeilijke boodschappen brengen, afspraken opleggen, grenzen bewaken of extra partners aan boord halen. De aanwezigheid van een teamcoördinator of netwerkpsychiater kan daarbij helpend zijn om extra gewicht te geven

aan een boodschap. Enerzijds kan positie nemen de cliënt ten goede komen. Zo vertellen CARE-medewerkers hoe ze dossiers bewust afgerond hebben om een cliëntsysteem in beweging brengen:

“Wat is een succesverhaal? Ik ben zo aan het denken aan het voorbeeld dat ik daarjuist gaf van dat meisje, de context helemaal vastgeroest. Ik heb mijn bruggen daar verbrand en nu is die in actie he. Dat was van ouders zijn 24 op 24 thuis. Dat meisje zit alleen maar thuis. Daar gebeurde niks. Geen school, geen hobby’s, geen contact met leeftijdsgenoten, nul. En sinds dat wij daar echt geduwd hebben en die breuk daar ontstaan is en nu is die jobstudent, is ze ingeschreven voor een school, zijn die ouders bijna nooit thuis, die gaan terug werken.”- CARE-medewerker

“We hebben die afronding heel bewust zelf ingezet, ondanks het feit van dat dat niet de vraag was van van de ouders, vooral. Maar eigenlijk vooral om het om het pathologische...(…) Terug gezond te maken. (...) En dat heeft wel gewerkt he. Het gaat wel goed met haar.” – CARE-medewerker

Anderzijds is positie innemen belangrijk om een respectvolle relatie tussen alle partijen te bewaken en uit te kijken voor het fysiek en mentaal welzijn van de CARE-medewerker. Zo vertelt een CARE-medewerker over een onveilige thuissituatie waardoor een traject stopgezet werd:

“(…) dat we zoiets hadden van oké, ja eerst waren we denk ik wel van we gaan nu opstarten want we vinden die thuissituatie eigenlijk niet veilig genoeg zodat we daar niet aan huis kunnen komen en ook voor het kind niet oké was om daar te verblijven en om daarbinnen te werken. En dan op overleg hebben we toch beslist van oké, we gaan dat toch starten en dan na twee drie weken of zo denk ik of een maand of zo waren we eigenlijk ook unaniem wel eens van nee, eigenlijk kunnen wij hier nu niet aan huis komen.” – CARE-medewerker

Niet alleen ten opzichte van cliënten, maar ook van partners is het werkzaam als CARE-team om positie te nemen. CARE-medewerkers hebben doorgaans intensief contact met hun cliënt en daardoor een goed zicht op wie er rond die cliënt staat. Ze nemen een belangrijke rol op door niet alleen hun eigen meerwaarde in het traject, maar ook die van andere partners te bewaken. Zo vertelt een CARE-medewerker dat partners ook een averechts effect kunnen hebben op een cliënt en dat het werkzaam is om het gesprek daarover aan te gaan:

“(...) dat ge ook wel soms eens kritisch kunt kijken naar welke hulpverlening staat er nu rond, wat doen die, wat zijn hun doelstellingen? En eigenlijk, wat loopt daar misschien ook niet zo goed. (...) het kan ook wel zijn dat ge dat dan zegt tegen die hulpverlening van ik zie het niet als iets positief en dat hebben we ook in dat dossier gedaan. Dat is niet evident om eigenlijk tegen andere hulpverlening te zeggen van goh ja, eigenlijk zien we dat dat negatieve effecten heeft.” - CARE-medewerker

3.6 Mobiele werking

3.6.1 Aan huis

In het geval een cliënt niet in staat is om zich buitenhuis te verplaatsen, is het cruciaal dat de hulpverlener zich verplaatst naar de cliënt. Voor sommige cliënten is dit de enige manier om een duurzaam hulpverleningstraject op te starten. Door aan huis te komen, ervaren cliënten bovendien geen druk of stress om zich te verplaatsen. Daarbij voelen ze zich op hun gemak in hun eigen huis, wat gemakkelijker praat.

“Ja. Die zijn dan naar hier gekomen. (...) hij geraakte er niet. (...) Nee. En da was echt van... kunt u nu tenminste uit... want die geraakte... die kwam niet buiten hé. (...) Het is niet omdat hij niet naar school is, dat hij wel naar jullie komt. It's not gonna happen, hè.” - Cliënt

“Ge voelt uw eigen als ouder... Ge zit aan hun eigen tafel met eigen tas koffie, in uw eigen huiselijke omgeving, waar dat ge een vreemde wel moet toelaten eigenlijk. (...) Maar ik denk dat de mensen van het CARE-team daar ook wel in gespecialiseerd zijn om dat te doen eigenlijk. En dat is aangenaam. En dat praat veel gemakkelijker dan ergens anders.” - Cliënt

Ook verwijzers zien een grote meerwaarde in de mobiele werking van CARE. Door aan huis te komen, bereiken ze cliënten die zelf niet meer bij gepaste hulp geraken (wat soms ook eigen is aan hun problematiek zoals angststoornissen) en dreigen geïsoleerd te raken. Het mobiele aspect versterkt volgens hen de aanklappende en contextgerichte aanpak: ze zoeken de cliënt letterlijk op en komen midden in de thuiscontext waardoor ze het totaalplaatje van een situatie kunnen schetsen. Tot slot benadrukken ze het belang van hulp aan huis om de transfer naar andere hulp te maken en de re-integratie van de jongere in de context of maatschappij te bevorderen.

“Aan huis begeleidingen zijn een zeer goede troef. Het zorgt ervoor dat er meer tot kern kan gekomen worden alsook een betere transfer van begeleiding naar de praktijk.” - Verwijzer

De CARE-teams beschrijven dit werkzame mechanismen op een gelijkaardig manier. Ze benadrukken dat de mobiele werking hen toelaat om de cliënt te observeren in diverse contexten en dat dit een belangrijke vorm van informatieverzameling is. Bovendien maakt het aanklampend werken mogelijk en is het vaak de enige manier om bepaalde gezinnen te bereiken en (eindelijk) iets in beweging te kunnen brengen.

“En ge ziet meer, wat u meer aanzet om in bepaalde acties te komen. Ik denk als je in een vuil huis komt. Dan ja. Dan voel je je van daar moet ik iets mee. Als mensen bij mij op consultatie komen en ik denk oei zou het daar proper zijn? Ja, da's iets heel anders hè?” - CARE-medewerker

“En door zo mobiel werk ben je ook wel aanklampender. Wij kunnen ons naar de mensen begeven. Er zijn jongeren die niet ergens geraken in hulpverlening. Wij zoeken ze op. Wij gaan naar internaten, we gaan naar scholen waar ze zijn. We weten waar ze zijn en waar ze te vinden. Ik vind wel dat wij aanklampend, toch meer aanklampend werken dan andere diensten.” - CARE-medewerker

3.6.2 Op verplaatsing

CARE komt niet enkel in de thuiscontext, maar verplaatst zich ook naar andere contexten van de cliënt zoals de schoolcontext bijvoorbeeld. De mobiliteit van de CARE-medewerker kan motiverend/ aanstekelijk werken voor cliënten. Door bepaalde locaties op te zoeken of verplaatsingen samen af te leggen met de CARE-medewerker, voelen cliënten zich gesteund en geactiveerd om hun huis te verlaten en de verplaatsing in kwestie binnenkort ook zelfstandig te maken.

“Want ik weet niet als ik alleen was gegaan of dat ik echt 't school binnen was gestapt. (...) Waarschijnlijk wel, maar ik denk dat ik veel meer angst had dan om naar school te gaan. (...) Terwijl als zij daar bij was... Ik had ook nog wel angst natuurlijk, maar... dat hielp wel.” - Cliënt

“Overal waar nodig, zal ik een zetje mee geven. Angst om de bus te pakken, we gaan dat samen oefenen. Ja echt samen de dingen gaan doen. Eigenlijk zijn daar weinig limieten op. Er zijn wel grenzen op, maar zo afhankelijk van de insteek zijt ge zo vrij.” – CARE-medewerker

Daarnaast stelt de CARE-medewerker zich flexibel op om zich te verplaatsen en in contact te komen met partners of andere contexten dan de thuiscontext. Ook dit is een belangrijke bron van informatieverzameling voor de CARE-medewerker. Het stelt hen in staat om een cliënt holistisch te benaderen en leden uit het informeel netwerk (zoals familie, burens, vrienden of leerkrachten) te betrekken in het hulpverleningstraject. Cliënten appreciëren deze aanpak: ze voelen zich omringd en gesteund omdat het CARE-team een gedeeld verhaal opzet in hun directe omgeving. Dit werkzaam mechanisme is dus nauw verbonden met het inzetten op informeel netwerk (zie p. 50).

“Nee, dat had ik inderdaad niet verwacht van het CARE-team, dat ze ons in al die mogelijke opties zouden doen, uhm zouden helpen. En ook naar school toe en zo, hebben ze dat eigenlijk heel goed gedaan. Dus dan hebben ze echt alle leerkrachten op de hoogte gesteld, hebben ze eigenlijk besproken van waarmee kunnen ze [jongere] op maat helpen? Hij had gelukkig ook een leerkracht die daar ook helemaal mee mee was en die ook mentale gezondheid heel belangrijk vindt (...) Ja, dat is zeker heel nuttig geweest toen. Ja, en dan ook zo de psychiater had dan ook wel van hem een beter beeld door het CARE-team ook wel.” - Cliënt

“Ge hebt veel bereik he, ook echt over contexten, op school gaan observeren, mee met de school, soms mee met de psychiater, ge komt in zoveel contexten. Het is niet puur van CLB, puur op school gericht, of we zijn puur op thuis gericht.” - CARE-medewerker

3.7 Ruimte laten voor complexiteit

CARE-medewerkers werken vraaggericht: waarvoor heeft de cliënt op dit moment begeleiding of behandeling nodig? Een CARE-traject valt daarom niet eenduidig te omschrijven qua inhoud en duur: dit is casusafhankelijk. Vanuit de cliënt vertrekken vergt flexibiliteit van de CARE-medewerker. Zij weten op voorhand niet hoe een traject zal evolueren. Ruimte laten voor dergelijke complexiteit is werkzaam voor de kwaliteit. Het gaat over ruimte laten om (1) onderweg samen te zoeken naar wat er nodig is, wat er werkt of (nieuwe) dingen te proberen, (2) te upscalen of downsizen, (3) doelstellingen bij te stellen, en (3) een afronding te durven initiëren (al dan niet met het oog op een heraanmelding). Zich flexibel opstellen stelt CARE-medewerkers in staat om veranderingsmogelijkheden die zich voordoen in het cliëntsysteem een voedingsbodem te geven en (eindelijk) iets in beweging te brengen. Door zich flexibel op te stellen, vermijden CARE-medewerkers bovendien om de cliënt door te verwijzen wanneer zich nieuwe of andere noden vooropstellen. Op die manier biedt de CARE-medewerker

zorgcontinuïteit. Dit werkzaam mechanisme is dus nauw verbonden met aanklampend werken (zie p. 43). Cliënten merken deze flexibiliteit ook op en uiten hun appreciatie voor het gelopen traject op hun eigen maat.

“Ik heb het gevoel dat ze van bepaalde richtlijnen zijn uitgegaan, maar dat ze echt op maat, het aanpaste waar dat nodig was. En niet dat ze gewoon een richtlijn die ze... Of een plan die ze van tevoren hebben opgemaakt na de kennismaking en van daaruit eigenlijk 'dat is het eindpunt, dat is bepaald.' Maar ja, welke weg is het, dat we erheen gingen lopen, was eigenlijk heel flexibel.” - Cliënt

“Het is ook wel mooi denk ik, dat we in onze job echt wel kunnen schakelen en aanpassen. We starten vaak met een idee, en je merkt dan dat dat niet werkt. Wij kunnen eigenlijk, wij zijn heel flexibel. En dat gaat over op welke manier zie wij die jongeren. Maar ook wat gaan we daarmee doen? Het is ook soms samen dingen doen wat maakt dat het heel laagdrempelig is, zo en dat, ik vind dat heel leuk, zo in proces gaan en echt zo die kleine stapjes ook mogen valideren. Dat is super belangrijk en vaak veel belangrijker dan zo die grote stappen.” - CARE-medewerker

“Maar wij zijn wel durvers hè? Ja, we durven dingen uitproberen. Terwijl andere diensten misschien zeggen: dat gaan we doorverwijzen.” - CARE-medewerker

3.8 Toegankelijkheid CARE

3.8.1 Gratis

Het feit dat een CARE-traject gratis is voor het cliëntsysteem draagt bij aan de toegankelijkheid ervan. Het is werkzaam voor cliënten om de intensieve, langdurige hulp die ze nodig hebben, ook te kunnen krijgen.

“Dat heeft wel heel veel geholpen, want anders had dan als dat bijvoorbeeld € 60 was geweest zoals bij een therapeut, had dan nooit niet haalbaar geweest om dat wekelijks te doen en zoveel maandenlang. (...) Dus ik denk dat dat het voordeel ook geweest is dat het gratis was en dat de hulp die we kregen ook wel gewoon goed was.” - Cliënt

3.8.2 Bereikbaarheid

Daarnaast identificeren cliënten de bereikbaarheid van de CARE-medewerker als een werkzaam element. Naast de (twee)wekelijkse afspraak aan huis, gaven CARE-medewerkers aan dat ze tussendoor bereikbaar waren om te sturen, bellen of een extra

bezoek in te plannen. Deze continuïteit was voor sommige cliënten belangrijk, bijvoorbeeld wanneer er zich een crisis voordeed. Ze hadden het gevoel er niet alleen voor te staan. Bovendien droeg het bij aan de opbouw van een sterke relatie met de CARE-medewerker.

“Qua communicatie zat dat ook goed. Er is een WhatsApp-groepje opgericht waar dat dan... tussen... voor de ouders. Ik kon [CARE-medewerker] ook eender wanneer bellen, heb ik een paar keer gedaan. (...) Ik heb daar op een gegeven moment een uur aan de telefoon gehangen, omdat er iets gebeurd was wat ik niet goed wist van haar.... en en het duurde nog veel te lang eer dat ze aan huis kwam en dergelijke.” - Cliënt

“Bijvoorbeeld dat hij nu aan duaal leren doet. En het ging niet, dan had den [CARE-medewerker] gezegd van 'Ge moogt naar mij bellen of stuur eens naar mij, van het lukt hier niet'. En dan durfde hij wel komen of, ja, bellen van 'Wat scheelt er?' En zo van die dingen.” - Cliënt

a. Persoonlijkheid

Tot slot benadrukken cliënten dat CARE-medewerkers toegankelijk zijn omdat ze sympathiek of vertrouwd overkomen. Hier lijkt potentieel een *halo-effect* op te treden: cliënten schrijven positieve eigenschappen toe aan CARE-medewerkers die een goede eerste indruk op hen maken. Die positieve indruk draagt bij aan het maken van een vlotte start.

“En dan hebben die gezegd van 'als je geluk hebt, hebt ge mij.' Da was dan diejen [CARE-medewerker]. En ik had zoiet van 'Ik hoop dat jij komt, want ik vind u wel sympathiek.' En we hadden chance, het was hem.” - Cliënt

“Bij mij is dat iets... meestal als ik.... allee, vanaf dat iemand binnenkomt kan ik zo al wel voelen van 'ah ja, ca va'. Zo. (...) Dat is gewoon... Bij mij zo'n gevoel van 'ah ja, da klikt. Of ja nee toch niet....'. Maar... Ik zou niet weten welke eigenschappen of welke kenm... allee. Het is gewoon... Per persoon of zo.” - Cliënt

Niet alleen bij de start, maar ook tijdens het traject is een sociale, vriendelijke houding werkzaam. Zo vertelt een verwijzer dat CARE-medewerkers in verschillende contexten moeten toegelaten worden om hun mobiele, contextgerichte aanpak uit te voeren. Het is volgens de verwijzer daartoe werkzaam dat de CARE-medewerkers laagdrempelig in contact kunnen gaan.

“Ja als ik zo het CARE-team in zijn geheel zie, die hebben allemaal iets heel toegankelijk, iets bereikbaar. (...) Je kunt die overal mee mee... Allee dat doen ze ook, hè? Gewoon naar school, dan bij de bomma, dan daar, dan de jongere is meepakken naar de cinema (...).” - Verwijzer

Tot slot verwijzen twee cliënten naar het geslacht van de CARE-medewerker als werkzaam element binnen hun individueel traject. Er is daarbij geen unanieme voorkeur voor mannelijke of vrouwelijke medewerkers. Het gaat eerder over de match met de noden van de cliënt. Het geslacht kan bijdragen aan de gepercipieerde toegankelijkheid van de CARE-medewerker of de gepercipieerde impact van de CARE-medewerker.

“En ik had zoiets. Het is misschien voor hem eens leuk, eens met ne man te praten. Ik denk dat dat voor die jongen wel eens leuk is. (...) Van man tot man. Dus ik had zoiets van 'awel ja.' (...) Maar je had er ook goed contact mee hé? Want hij is ermee naar buiten gaan wandelen en dus...” - Cliënt

“Papa: En die [CARE-medewerker] ook. Die heeft die zowat altijd zo wa zo wa ‘en wilde jij?’ en ‘wa doede jij graag? Fietst jij graag?’ Zo echt slim spelen. Niet de vaderlijke energie maar de moederlijke energie zo? Interviewer: Was dat dan misschien ook goed dat dat een vrouw was in dees geval? Papa: Da ja, ik denk da wel. Interviewer: Ja? Papa: Ja. Echt waar. Echt waar. Sorry, mannen.” - Cliënt

3.9 Team inzetten als leeromgeving

3.9.1 ‘Samenlopen’ in casussen

CARE-medewerkers die een casus gezamenlijk opvolgen (‘samenlopen’), kunnen veel van elkaar leren. Dit varieert van eenmalig met een collega op huisbezoek gaan tot samen een casustraject opnemen (al dan niet als hoofd- en co-begeleider). CARE-medewerkers geven aan dat bepaalde kennis of vaardigheden moeilijk anders te leren zijn dan door ze onder begeleiding van een ervaren collega te oefenen in een reële context. Daarnaast is samenlopen een belangrijke manier om feedback van collega’s te krijgen op het geleverde werk. Zowel voor het opleiden van nieuwe collega’s als voor het bijscholen van ervaren collega’s, is samenlopen in casussen dus werkzaam om de kwaliteit van zorg te verhogen.

“Ik ben degene die vooral veel kennis heeft en da’s inderdaad wel moeilijk want dat is iets wa ge niet in een intervisie kan meegeven van zo werk je met ouders van heel jonge kinderen en dat je inderdaad al lerende doet en samen moet vormgeven op

huisbezoeken en daar moet je tijd voor kunnen maken met twee dan ben je dus euhm...” - CARE-medewerker

Ook zorgt de tandemwerking in een casus ervoor dat de CARE-medewerker er niet alleen voor staat. Met de opdracht van langdurig, aanklampend en mobiel te werken, valt de emotionele, fysieke en cognitieve belasting van het werk niet te onderschatten. Kunnen terugvallen op een collega met gelijkwaardige dossierkennis om te sparren, ventileren of af te wisselen van positie is werkzaam om de draagkracht van de CARE-medewerker te vergroten. Bovendien kan zorgcontinuïteit geborgd worden naar cliënten toe door de tweede begeleider in het kader van afwezigheid of wisselende expertise bijvoorbeeld.

“Wat ik heel belangrijk vind en wat ik niet zou willen dat verandert, is dat we altijd met twee in een dossier mogen staan. Ik denk dat dat voor mij zeker grote kwalitatieve zorg is. Dat je het niet alleen moet dragen, dat je altijd iemand bij je hebt die ook... (...) Of als ik eens heel veel stress heb voor een gesprek of dat het een moeilijk moment geweest kan ik ook gewoon vragen dat die terug meekomt en dat het gezin ook weet wie dat dat is en dat dat niet aanvoelt als die heeft iemand meegepakt.” - CARE-medewerker

3.9.2 Teamvergadering

De teamvergadering wordt in elk CARE-team als werkzaam mechanisme benoemd om kwaliteitsvolle zorg te leveren. De teamvergadering vervult hierbij verschillende functies. Ten eerste bestaan CARE-teams doorgaans uit hulpverleners met diverse opleidingsachtergronden. Door een casus voor te stellen op een teamvergadering en vanuit meerdere perspectieven te bespreken, zet het CARE-team die diversiteit ook in als een kracht.

“Iedereen brengt zijn eigen invalshoek binnen. En dat is net plezant, want we zijn hier met veel verschillende achtergronden en dat is net positief. En niet in elke casus zijn al die achtergronden of insteken nodig, maar dat maakt net dat je het inderdaad kunt verbreden, en dat is nodig in die complexe situaties.” - CARE-medewerker

“(...) als ik zo zie welke aanmeldingen wij krijgen dat het vaak wel allee da ge vaak wel als lid van 't CARE-team de meeste aanmeldingen wel zou kunnen doen met dan wel achtergrond van uw team en er over nadenken en ondersteunen en groeien.” - CARE-medewerker

Ten tweede fungeert de teamvergadering als (kritisch) klankbord en beslissingsorgaan. De CARE-medewerker staat er niet alleen voor bij het maken van (belangrijke) beslissingen of (tussentijdse) evaluaties van het gelopen traject, maar kan rekenen op de ondersteuning en feedback van collega's. Het team bewaakt daarbij de grenzen van de CARE-medewerker om diens focus scherp te houden en het fysiek en mentaal welzijn te borgen. Ook cliënten zijn zich bewust van de teamvergaderingen en hun functie om gedragen beslissingen te maken.

“En ook bijvoorbeeld als het niet duidelijk is van is da nu echt een kind-eigen GGZ-problematiek ofzo... daarmee dat die ruimte er dan ook is om te zeggen van goh, ik twijfel toch wel wat of het gezin volledig aansluit. We nemen dat mee naar het aanmeldingsoverleg en dan wordt dat daar besproken he. Dus die verantwoordelijkheid die ligt niet alleen bij mij en [collega's aanmeldingsteam]. Maar bij heel het team he.” - CARE-medewerker

“Maar hier bij het CARE team doen ze dat. Ze hebben hier ook elke woensdag een vergadering. En dan vertellen ze over alle patiënten dat ze hebben van 'Wat moeten we doen?’ - Cliënt

Ten derde is de teamvergadering werkzaam om structuur te brengen in de langdurige trajecten die lopen. Zo komt een casus op bepaalde tijdsintervallen aan bod in de vergadering zelf (of sinds kort via trajectbesprekingen in regio Antwerpen). Het team houdt op die manier de rode draad in een traject mee vast, geeft gelegenheid om uit te zoomen, terug te koppelen naar de initiële behandeldoelen en de duur van het traject in het oog te houden (vooral in het kader van tijdig afronden).

“Dus dat altijd aftoetsen, en daar ook inderdaad zoals je zegt met uw team echt bekijken van oké. Goh, is dat oké om hier al af te ronden, kunnen we al warm doorgeven aan een volgende hulpverleners. Hebben we daar ook wel rond gewerkt, dus zo die rode draad vasthouden, dat is voor mij wel kwalitatief werk leren.” - CARE-medewerker

3.9.3 Gezamenlijke opleidingen volgen

Gezamenlijk een opleiding volgen met het team kan werkzaam zijn om een gedeelde visie te installeren die de diverse opleidingsachtergronden van de teamleden verenigt of overstijgt.

“We hebben juist het team heeft juist ingetekend of heeft dat juist gevolgd, een gemeenschappelijke vorming en daar geloof ik ook wel in. (...) En ik denk dat dat wel een basis kan zijn om te zeggen: we spreken gemeenschappelijke taal in plaats van ieder vanuit zijn referentiekader en daar kunnen we een aantal andere kaders aan ophangen en daar daar geloof ik ook wel wat in.” - CARE-medewerker

3.9.4 Super- en intervisie

Gegeven de complexe dossiers binnen CARE en de nauwe betrokkenheid bij de cliënten is het werkzaam als CARE-medewerker om met regelmaat stil te staan en te reflecteren. De CARE-teams verwijzen hierbij naar het stilstaan bij je eigen proces als hulpverlener, ook wel het *parallel proces*. Dergelijke reflectie kan zowel in team plaatsvinden (in de vorm van een intervisie) of met een specifieke persoon zoals de netwerkpsychiater of de teamcoördinator (in de vorm van een supervisie). Inter- en supervisie biedt een klankbord en een helikopterperspectief over het traject dat CARE-medewerkers met cliënten lopen. Bovendien is het toewijzen van een specifieke supervisor werkzaam voor (nieuwe) CARE-medewerkers om een laagdrempelig aanspreekpunt te hebben bij vragen of moeilijkheden.

“Maar ten opzichte van andere teams is dat niet zo, maar ik vind dat net een meerwaarde denk ik in een team dat iemand wel onafhankelijk kan meewerken en het kan zien vanuit een andere positie. Zowat een helikopterview kan houden in bepaalde dossiers.” - CARE-medewerker

“En als we toch zeggen van een persoon start, wat ik toch gemerkt heb, is dat je soms wel een supervisor krijgt van een persoon waar ge dan sneller bij terecht kunt of waarvan da ge weet van gewoon op den bureau kunt ge die aanspreken als je ergens vastloopt in een dossier. Dan hoeft je niet altijd te wachten tot de teamvergadering.” - CARE-medewerker

3.10 Dataverzameling

Nauwkeurige rapportage zorgt voor rijke data waaruit CARE-teams kunnen leren. Een belangrijke databron is bijvoorbeeld het elektronisch patiëntendossier (EPD). Inzichten uit deze data halen is belangrijk om knelpunten in het CARE-programma te identificeren en daarop bij te sturen. Hoewel dit door alle CARE-teams als werkzaam benoemd wordt, blijkt dit werkzame mechanisme in de praktijk onderbenut. De CARE-teams zijn vragende partij om dit mechanisme op provinciaal en regionaal niveau meer in te zetten.

“Dat ge ook consequent afspraken inboekt in EPD, dat ge als ge dat annuleert, dat ge ook noteert waarom het geannuleerd is. Ge kunt daar data uit trekken. Waarom is dat, hoeveel afspraken zijn er geweest, hoeveel zijn er geannuleerd? Om dat op te volgen.”
- CARE-medewerker

Bovendien biedt het bijhouden van data de mogelijkheid om trajecten nauwkeurig op te volgen en structuur aan te brengen. Ook cliënten merken dat op. Ze appreciëren dat de CARE-medewerker goed op de hoogte is van hun dossier en bij elk contact meteen kan voortbouwen op een vorig gesprek. Bij wissels van CARE-medewerkers binnen eenzelfde traject wordt die informatieoverdracht ook door cliënten opgemerkt en geapprecieerd.

“Want als daar iemand anders tegenover u zit, die dan terug naar notities moet gaan aan tafel... (...) En wacht hé... hoe zat dat nu weer met je broer? Nee... [CARE-medewerker], die was... (...) Die, die haar dossierkennis, die was goed. Als ik daar nu iets tegen zeg en binnen twee weken wist die dat nog. Dus die was helemaal mee, eigenlijk in het verhaal. Aandachtig. En euhm... ja, dat was da was... echt zoals het moet eigenlijk.” – Cliënt

“Voor mij is kwaliteit ook eh, huisbezoeken, dat je noteert wat daar gezien is geweest, dat ge dat kunt meenemen in het traject.” - CARE-medewerker

4 Drempels voor kwaliteitsvolle zorg

Onderstaande elementen zijn potentiële drempels die de werkzaamheid van bovenstaande mechanismen kunnen ondermijnen. De aanwezigheid van een drempel leidt echter niet noodzakelijk tot minder kwaliteit. Drempels situeren zich zowel op niveau van de CARE-medewerker, de partners, de cliënten als de ruimere context waarbinnen zij interageren met elkaar. Tabel 2 toont een overzicht van de geïdentificeerde drempels uit dit onderzoek. Daarna volgt een beschrijving van elke drempel, geïllustreerd door citaten van cliënten, verwijzers en CARE-medewerkers.

1. Aanmeldingsdruk
2. De zoekende hulpverlener
3. Specialistische derdelijnszorg
4. Grote regio
5. Administratieve inefficiëntie
6. Aanmelding van cliënten zonder hulpvraag
7. Verkeerde verwachting CARE-opdracht
8. Taalbarrière
9. Niet-geëxpliciteerde procedures
10. Frequent contact
11. Positionaliteit als cliënt

Tabel 12. Overzicht van de drempels voor kwaliteitsvolle zorg binnen CARE.

4.1 Aanmeldingsdruk

De drie CARE-teams van PANGG 0-18 geven aan dat er een hoge aanmeldingsdruk is en dat deze doorheen de tijd toeneemt. De CARE-medewerkers nemen doorgaans dus aan hun maximale caseload op. De aanmeldingsdruk vormt een drempel om kwaliteitsvolle zorg te bieden op verschillende aspecten.

4.1.1 Mismatch

Ten eerste is er weinig ruimte om CARE-medewerkers te koppelen aan aangemelde cases op basis van hun expertise: de meest aangewezen CARE-medewerker is niet zomaar beschikbaar. Deze drempel is ook eigen aan de langdurige werking van CARE. Hoewel er zoveel mogelijk rekening mee gehouden wordt in de teams, merken ze op dat een ideale match (zie p. 60) niet altijd mogelijk is.

“Idealiter wordt ook om meer gematched van oké da heeft da dossier nodig en da kan ik. Maar da is inderdaad dan zit die persoon bijvoorbeeld vol he van dossiers en dan moet er gekeken worden naar iemand anders (...)” - CARE-medewerker

“En je voelt inderdaad wel de druk van de aanmeldingen. Euhm, dus ja onze aanmeldingen zijn echt wel verdrievoudigd als ik da bekijk per jaar euhm ja da geeft ook wel een bepaalde druk he. En we proberen dat natuurlijk wat te reduceren door te zeggen er is een aanmeldstop. Da wordt eigenlijk echt te veel, de collega’s blijven die druk ook voelen.” - CARE-medewerker

Cliënten geven vanuit hun perspectief aan dat ze een match met de CARE-medewerkers belangrijk vinden en uiten ook hun voorkeur. Ze verwijzen daarbij eerder naar het belang van persoonlijkheid of persoonlijke stijl dan de expertise van de CARE-medewerker. In

het geval van een 'mismatch' geven cliënten aan dat ze meer gesloten zijn of minder gemotiveerd om mee te werken. Bovendien merkte een van de ouders op dat zijn kind geen match had met een CARE-medewerker, terwijl hij zelf wel een match ervoer. Deze discrepantie wekte frustratie op en schuldgevoelens: hij was tevreden over zijn eigen traject, maar vond het lastig dat hij zijn kind geen gelijkaardige ervaring kon bieden.

“Maar dat is ook haar karakter, die was zo heel brrrr tututututut... Terwijl dat ik het gevoel had van 'ja, maar wacht.... fiew'. (...) ik vond dat wel heel overweldigend toen op die moment. En ik voelde mezelf dan ook al wel zo van 'zeg, laat het hè'.” – Cliënt

“Mama: Ja, ... want... Ik had het gevoel dat jij met [CARE-medewerker] ook een klein beetje geslotener was. Dochter: Ja, een beetje. Mama: Omdat het ook een andere persoonlijkheid was... die... Dochter: Ja... Mama: Die was ietske strenger... Allez zo iets strenger...” – Cliënt

“Ah ja. Nee, het was misschien wat frustrerend om om... te zien dat dat mijn traject met [CARE-medewerker] eigenlijk wel heel waardevol was en dat het traject van [jongere] met.... (...) Ja, dat dat eigenlijk wat stroever liep of of... qua kwaliteitsvol dat er eigenlijk niet veel was.” - Cliënt

4.1.2 Drempel om te leren

Ten tweede vormt de aanmeldingsdruk een drempel om het team in te zetten als leeromgeving (zie p. 62). Zo geven leden uit het aanmeldoverleg bijvoorbeeld aan dat ze te weinig tijd hebben om alle aanmeldingen grondig te bespreken. Een teamvergadering is echter een belangrijk instrument om kwaliteit te bewaken. Het aanmeldoverleg verlengen vormt geen oplossing: zo komen andere taken weer onder druk te staan. Daarnaast biedt de volle agenda geen tijd om mee te lopen met andere collega's. Gegeven sommige vaardigheden moeilijk aan te leren zijn in een andere vorm, blijft het leren op die manier uit.

“Ik zit mee in het aanmeldteam, als ik daar wa kijk, omdat tijdsdruk zorgt ervoor, ge hebt maar een uurtje om te bespreken, zorgt er in mijn opzicht ook wel voor da ge dingen minder grondig kunt bespreken, minder goed kunt stilstaan bij die doelstellingen, misschien minder helder en dan komt dat bij collega's minder duidelijk over van wat de verwachting is, wat onze rol is en waarom we wel of niet indiceren.” - CARE-medewerker

4.1.3 Wachtijd

Ten derde en laatste zorgt de aanmeldingsdruk voor wachtlijsten of het inlassen van een aanmeldstop. CARE-medewerkers zijn zich ervan bewust dat dit wachten machteloosheid, onzekerheid of frustratie bij cliënten en verwijzers kan opwekken. Verwijzers bevestigen dit. Ze ervaren dat gezinnen kansen verliezen wanneer hun situatie tijdens het wachten escaleert. Enkele verwijzers geven aan dat ze daardoor sommige gezinnen bewust niet meer bij CARE aanmelden.

“Wachtijd is uiteraard relatief, maar verschillende casussen waarbij opvolging zinvol zijn, meld ik omwille van wachtijd en capaciteitsmoeilijkheden niet aan.” – Verwijzer

“Ja, als je niet kunt opstarten wanneer het echt nodig is, dan laat je dingen escaleren, dus dan wordt de begeleiding daarna ook moeilijker en dan verlies je kansen. Dus ik denk dat dat er heel veel kansen voor gezinnen verloren gaan, omdat het zodanig escaleert, denkend aan die andere casus dan waar ge naar een MANO moet overgaan.” - Verwijzer

Bovendien impliceert het wachten dat er veranderingen plaatsvinden: de situatie kan verbeteren of verergeren, de hulpverlening rond het gezin wijzigt of de motivatie van het gezin verandert. Zo is de informatie van bij de aanmelding niet meer up to date, gaat er informatie verloren of weet het gezin niet meer dat ze aangemeld waren voor CARE. Bij de effectieve opstart moet er daardoor een nieuwe inschatting van de hulpvragen plaatsvinden. Dit kan voor CARE-medewerkers aanvoelen als dubbel werk (bovenop de initiële intake). Een dossier kan zo niet meer CARE-geïndiceerd zijn waardoor CARE-medewerkers adviseren om niet op te starten. Dat is zonde van de wachtijd en soms niet in overeenstemming met de visie van verwijzers die nog wel op CARE rekenen.

“En zeer vaak na een jaar is de betrokken hulpverlening er niet meer, of zijn dat allemaal anderen. Dan moet je allemaal opnieuw beginnen met uw uitklaring. Weet het gezin zelfs vaak niet eens meer dat ge nog gaat komen.” - CARE-medewerker

“En dan laten wij de verwijzer weten van er is geen vraag voor ons meer. Dat de verwijzer dan zegt van 'hola hola, ik vind dat jullie dat wel moeten doen. 'Houd dat nog maar even on hold.' En dan komen we in een heel vervelende situaties terecht vind ik. En dat is niet de meerderheid van onze dossiers, hé voor alle duidelijkheid.” - CARE-medewerker

4.2 De zoekende hulpverlener

Ieder CARE-traject is anders. Dit impliceert dat CARE-medewerkers in ieder traject opnieuw op zoek gaan naar de meest kwaliteitsvolle manier om te handelen. Dit brengt heel wat onzekerheid met zich mee, wat een drempel kan zijn voor de kwaliteit.

4.2.1 Hoge verwachtingen

Ten eerste kunnen CARE-medewerkers druk ervaren van cliënten: zij rekenen erop dat het CARE-traject wel voor de nodige evolutie zal zorgen (in tegenstelling tot voorgaande hulpverleningstrajecten). De CARE-medewerkers voelen zich beschouwd als experts die weten wat 'juist' is. CARE-medewerkers getuigen dat deze druk hen onzeker maakt en te snel kan willen laten handelen, terwijl het net werkzaam is om samen met een gezin op zoek te gaan naar wat voor hen werkt vanuit gelijkwaardig handelen en ruimte te durven laten voor de complexiteit van een situatie (zie p. 50 en p. 59). Bovendien interfereert het proces van de onzekere hulpverlener in dergelijke gevallen met het proces dat de cliënt doorloopt, wat een drempel is om professioneel te kunnen handelen (zie p. 53).

“Er zijn zoveel verschillende manieren om de insteek te pakken met gezinnen, je moet daar ook wel tijd voor krijgen om dat wat uit te zoeken. En de druk maakt soms dat je ook te snel wilt gaan of voor jezelf, en dat heeft wel wat impact. De expertise-positie, dat is wel best pittig, ik denk zeker als beginnende hulpverlener, dat dat soms wel wat drukt en moeilijk is.” - CARE-medewerker

Hoewel cliënten benadrukken dat ze inspraak en gelijkwaardigheid werkzaam vinden voor de kwaliteit, zijn ze ook op zoek naar een professional die hen sturing biedt. Onvoldoende sturing door de CARE-medewerker resulteert volgens hen in onvoldoende verandering en een dalende motivatie om zich in te zetten. Tegelijkertijd erkennen cliënten ook dat hun situatie complex is en hebben ze begrip voor de zoekende CARE-medewerker.

“En daar zag ik wel het duidelijke verschil tussen [CARE-medewerker] die al wat meer ervaring heeft en durft door te gaan en de persoon die dat [jongere] moest ondersteunen. Dat waren allemaal nogal vrij jonge personen eigenlijk. (...) Beetje rustig, stillekes aftasten en zeker niet bruuskeren of forceren of zo. En [jongere] had daar eigenlijk meer macht over dan andersom eigenlijk.” – Cliënt

“Het is gemakkelijk om te zeggen ja, die persoon was te jong of te onervaren... Maar ik weet gigantisch.... Ik weet ook hoe gigantisch moeilijk dat het is om samen te werken met [jongere] hè.” - Cliënt

4.2.2 Confronteren

Ten tweede kunnen CARE-medewerkers die een fragiele of prille hulpverleningsrelatie hebben met een cliënt, onzeker zijn om moeilijke boodschappen te brengen. Ze willen in dat geval hun relatie met de cliënt niet schaden. Een moeilijke boodschap uit de weg gaan, staat echter in contrast met werkzaam mechanisme 5: je je positie als professional toe-eigenen (zie p. 53). Onzekerheid vormt hierin dus een drempel om een cliënt te confronteren of tot de kern van de zaak te komen in een traject. Dit kan ertoe leiden dat trajecten langer duren dan nodig.

“En ja dat vertrouwen dat moet uiteraard groeien, maar daar hoeft je in het begin. Ja, dat komt omdat je omdat je professional bent en omdat je iets te bieden hebt, hè? Voor mij is het vertrouwen winnen van mensen, ik vind dat vaak wordt dat wel wat gebruikt als, hoe zal ik zeggen om het niet heel oneerbiedig te zeggen? Maar ja, dat wordt vaak ook gebruikt gebruikt als excuus om eigenlijk niet tot de kern van de zaak te komen, hè? (...) Bijvoorbeeld het invullen van een M-document? He, we gaan dat niet doen, want dan verliezen we het vertrouwen.” - CARE-medewerker

4.2.3 Emotionele betrokkenheid

Ten derde en laatste wakkert de aanklappende en langdurige aard van CARE-trajecten ook een emotionele betrokkenheid aan bij het gezin. CARE-medewerkers voelen zich dan verantwoordelijk voor het reilen en zeilen binnen het gezin of bouwen een sterke band op met het gezin. Daardoor neigen ze bijvoorbeeld om sneller taken over te nemen van partners die hun werk niet (goed genoeg) doen of stellen ze afronding uit. Door taken over te nemen en verantwoordelijkheden bij de cliënt weg te houden, maken ze zichzelf onmisbaar. Cliënten worden zo afhankelijk van de CARE-medewerker, waardoor afronden steeds moeilijker wordt.

“We komen meestal wel snel in een fase waarin dat die begeleiders hun gezinnen gewoon graag zien hè. En en dat maakt dat afronden zo moeilijk denk ik.” - CARE-medewerker

“Als ik zie naar wat dat jij nu aan het doen bent in uw dossier, dat zijn dingen die CARE eigenlijk niet doet. Maar aangezien jij daar nu al zo lang in zit en ja, ja, dat doe je dat

uiteindelijk wel, want om daar dan weer andere partners te moeten gaan bijhalen op wachtlijsten en daar is een verontrusting in dat gezin en uiteindelijk begin je van alles te doen, ook in de hoop om om om een band met die mensen op te bouwen. Dus dat, dat heeft allemaal redenen. Maar is dat dan puur CARE? Ja, nee.” - CARE-medewerker

Omgekeerd vertellen ook cliënten hoe ze gehecht geraken aan de CARE-medewerkers. Afscheid nemen van een CARE-medewerker, tijdens of op het einde van een traject, valt sommigen zwaar. Ze ervaren het alsof een vertrouwenspersoon wegvalt. Een band opbouwen met een nieuwe hulpverlener (van CARE of een andere dienst) vergt een inspanning. Het valt daarbij op hoe een cliënt die in transitieleeftijd zit het zwaar heeft om aansluiting te vinden bij de volwassenhulpverlening. Dergelijke systeembreuken zijn voor cliënten dus een drempel om de regie in eigen handen te nemen en gemaakte vorderingen voort te zetten (zie p. 50) .

“Ja, ik vond dat heel fijn.. Allez ik ben daar eigenlijk echt wel ... ik vond dat ook héél erg dat die gingen stoppen daar ook mee...” – Cliënt

“Die is slim en die kan manipuleren. (...) En dat deed die. (...) En bij nieuwe mensen - en dat is zo jammer, omdat daar dan om de zoveel maand iemand anders kwam, weet die opnieuw gewoon... ah... weer een kans.” - Cliënt

4.3 Specialistische derdelijnszorg

De doelgroep van CARE wordt door de FOD Volksgezondheid omschreven als kinderen en jongeren met een ernstige, complexe en meervoudige problematiek. Meer specifiek gaat het over (1) moeilijk bereikbare kinderen en jongeren uit kwetsbare groepen, (2) kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen, (3) kinderen en jongeren met een verslavingsproblematiek of (4) kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking in combinatie met psychische/psychiatrische problemen.

4.3.1 Doelgroep

Ten eerste dringt zich een discussie op over wie nu precies tot de doelgroep van CARE behoort. Bovenstaande beschrijving lijkt volledig, maar blijkt in de praktijk onduidelijk. Verwijzers geven zo aan dat ze de inclusiecriteria op de website van PANGG 0-18 vinden, begrijpen en toch botsen ze op afwijzingen. Deze onduidelijkheid vormt een drempel voor verwijzers om in hun ogen ‘juist geïndiceerde cliënten’ aangemeld te krijgen. Sommige verwijzers geven aan hierdoor casussen anders te verwoorden bij

aanmelding of zelfs niet meer naar CARE door te verwijzen. Ze merken bovendien zowel tussen CARE-teams als binnen CARE-teams verschillen op in de gehanteerde inclusiecriteria doorheen de tijd.

“Ja het staat ook op de website he, maar het onderscheid... Er leeft wel wat het idee van je moet uw casus zwaar genoeg verwoorden. Als je te veel gaat stilstaan bij wat er allemaal goed loopt? Ja dan, ik weet niet of dat klopt, maar zo zo doe je het wel als verwijzer.” - Verwijzer

Daarbij geven verwijzers aan dat ze zich in hun rol soms onvoldoende gezien of gehoord voelen, wat bijdraagt aan een opbouwend gevoel van machteloosheid of frustratie. Ze hebben nood aan meer afstemming, transparante communicatie en samenwerking met de CARE-teams in het proces van aanmelden en indiceren.

“Als ik screen op een tweede lijn en ik schat in dat is derde lijn, dan nemen we de derde lijn zorgpartners, maar dat we een goede samenwerking hebben. Die nemen die screening gewoon over en die screenen niet per se opnieuw. Terwijl bij CARE voelt het veel meer als we verwijzen door, maar zij screenen gewoon helemaal opnieuw. Allee zo voelt het voor ons. Ik weet niet wat er achter die schermen ook gebeurt he.” - Verwijzer

CARE-medewerkers geven ook aan dat ze worstelen met het afbakenen van de doelgroep. Enerzijds zien ze een groep kinderen en jongeren die inderdaad baat zou hebben bij het CARE-traject, maar omwille van bepaalde criteria niet kan instromen. Anderzijds zijn ze ervan overtuigd dat een groep kinderen en jongeren effectief niet gebaat zou zijn bij een CARE-traject, tegen de verwachtingen van verwijzers in. Een aandachtspunt in de discussie over de doelgroep blijft om aanmeldingen voldoende vanuit de cliënt te benaderen (wat is er hier nodig?) en niet te veel vanuit het eigen aanbod (wat kunnen wij bieden?).

“Want ik merk dat in onze aanmelding (...) dat dat je eerst dat en dat en dat moet geprobeerd hebben vooraleer dat je dan specialistische hulp krijgt. Allee, da's toch niet gezond?” - CARE-medewerker

“Voor mijn team vind ik dat ook moeilijk om uitgelegd te krijgen. Dan is het zo van oh is dat wel derdelijnszorg en dan denk ik ja, ik weet niet of we ons daarmee moeten bezighouden, maar meer moeten kijken wat is er nodig? En euhm... is dat passend bij

wat wij doen en wat wij bieden. Dan dat iemand alle trapkes gevolgd heeft, dus ik ben niet zo een fan van zo dat nadenken.” - CARE-medewerker

4.3.2 Opvolging

Ten tweede vinden CARE-medewerkers moeilijk partners om dossiers over te nemen. Ze situeren zich op de 2,5e of 3e lijn waardoor de mogelijkheden slinken om het hulpverleningstraject na CARE verder te zetten. Dit gaat hoofdzakelijk op voor dossiers waarbij de veiligheid van de cliënt en/of de hulpverlener in vraag gesteld wordt. CARE-medewerkers houden trajecten zo langer vast dan bedoeld waardoor de lijst van wachtenden op zijn beurt langer wordt. Ook verwijzers botsen op deze drempel: als hun aanmelding bij CARE geweigerd wordt, weten ze soms niet meer naar waar de cliënt wel door te verwijzen.

“Dan denken wij soms van oké iets aanklampend zoals CARE bijvoorbeeld die met dat stuk GGZ aan de slag kunnen. Maar voor CARE is dat soms een nee omdat die zeggen, ja, we gaan daar niet alleen in starten bijvoorbeeld. Maar dan zit je strop omdat er vaak niet niet direct andere hulp is of dat er ja dat er wachtlijsten zijn voor de juiste hulp, dus dat is zeker ook al voorgevallen.” – Verwijzer

“En dan gaat het over de garantie van er is een vervolgaanbod of het idee van mensen kunnen dit wel alleen hè? En daar schort het natuurlijk vaak aan hè. (...) Dus ja, het hetgeen wat wij kunnen doen is vrij beperkt, maar we kunnen niet afronden omdat we geen enkele garantie hebben dat er nog iets anders naast staat. En het is een zeer gevaarlijke situatie hè?” - CARE-medewerker

4.3.3 Personeelswerving en retentie

Ten derde en laatste hebben de CARE-teams moeite om gekwalificeerd personeel te vinden en behouden. De CARE-teams kaarten aan dat CARE-medewerkers complexe opdrachten krijgen bij een complexe doelgroep en daartoe voldoende ‘bagage’ moeten hebben, in de vorm van kennis, ervaring of beide. Ze botsen echter op een realiteit waarin geschikte kandidaten schaars zijn en vormingsbudgetten om hieraan tegemoet te komen eerder beperkt. De aard van het CARE-programma, als specialistische derdelijnszorg, vormt zo dus een drempel om kwaliteitsvol personeel aan te werven en de juiste zorg te bieden. Bovendien houdt een misfit tussen de CARE-medewerker en zijn arbeidsinhoud een risico in voor uitval of verloop wat de inzet van het team als leeromgeving bemoeilijkt (zie p. 62).

“(...) dat er toch eigenlijk ook heel weinig ruimte is voor meer specialistische opleidingen. Ik denk zo het idee van ik weet niet of dat iedereen een therapeut moet zijn of een therapeutische opleiding moet gehad hebben? Maar alleszins wel veel meer expertise en specialisme kunnen binnenhalen in een team. Maar dat kost weer wat (...).” - CARE-medewerker

“Want dat is natuurlijk ook zo die die mensen met onvoldoende bagage komen in die zeer complexe gezinnen hè, hè? En die lopen leeg hè en die lopen weg hè hè? Dus dat is ne moeilijke, ja hoe moet ik dat zeggen, een negatieve spiraal die niet makkelijk oplosbaar is, denk ik.” - CARE-medewerker

4.4 Grote regio

PANGG 0-18 deelt de provincie Antwerpen op in drie teams: een voor regio Mechelen, Kempen en Antwerpen. Elk van die drie teams geeft aan dat ze haar regio groot vindt. De mobiele werking van CARE vereist dat de CARE-medewerkers zich naar de cliënten verplaatsen, wat neerkomt op (te) veel rijtijd volgens velen.

4.4.1 Flexibiliteit

Ten eerste is de rijtijd een drempel om aanklappend te werken (zie p. 43). Keer op keer uitreiken naar een cliënt, ook al blijft de deur gesloten, vraagt meer inzet van de medewerkers als ze daarvoor ook een lange verplaatsing moeten maken. Daarnaast zijn CARE-medewerkers minder flexibel om last minute afspraken met cliënten te wijzigen of in te plannen. Dit is soms echter wenselijk zoals in crisissituaties. De rijtijd staat het beoogde laagdrempelige, aanklappende contact met cliënten dus mogelijks in de weg, vanuit het perspectief van de CARE-medewerkers bekeken.

“En ik denk als je in een veel kleinere regio werkt, want het nu is vaak zo dat collega's soms 1u onderweg zijn om een huisbezoek te gaan doen, maar dan merkt ge de jongere komt niet mee of de jongere zegt op voorhand af. En dan zou je, stel je bent op [kantoor], en de jongere zegt af, ja dan ga je daar niet naartoe. Maar mijns inziens, aanklappend werken en laagdrempelig is jawel ik ga er gewoon naartoe ik ga die toch proberen meekrijgen, maar dat is niet haalbaar met de afstand. Spreek mij tegen, maar ik vind dat wel een drempel.” - CARE-medewerker

“Naar de cliënt en de gezinnen toe denk ik dat dat misschien wel een drempel is op de kwaliteit of manier van werken. Anders kunt ge sneller zeggen ik passeer er efkes, het gaat er niet goed mee. Nu zit ge echt vast aan een uur of een uur en half per week. Of

als ge nog een oudergesprek doet, iets meer of zo, maar dat is gepland altijd.” - CARE-medewerker

4.4.2 Verhouding rijtijd vs. cliëntencontact

Ten tweede is de lange rijtijd een drempel om meer cliëntencontacten in te plannen of ander zinvol werk te verrichten. Hoewel sommigen aangeven de rijtijd te gebruiken om handsfree te telefoneren, voelt niet elke werknemer zich hier comfortabel bij en moet de veiligheid van de CARE-medewerkers kritisch in vraag gesteld worden. Gegeven de wachtlijsten waar ieder CARE-team mee worstelt (zie p. 67) dringt zich de vraag op of de huidige rijtijd in de grote regio's te verantwoorden valt.

“Of je komt eraan en “ik heb er geen zin in”. En dan heb je 1u gereden voor tien minuutjes en dat is heel belangrijk om je te tonen en daar te zijn. Maar dan zit ge terug 1u in de auto en dat kon je dan misschien op een kwaliteitsvollere manier invullen.” - CARE-medewerker

4.4.3 Veiligheid

Ten derde en laatste vergt de lange rijtijd een inspanning van de CARE-medewerkers. Ze begeven zich bijna dagelijks op de baan en worden zo regelmatig blootgesteld aan (druk) verkeer of extreme weersomstandigheden. Deze blootstelling heeft potentiële gevolgen voor de fysieke en mentale gezondheid van de medewerkers enerzijds en de staat van hun eigen voertuig (met zelf gefinancierde verzekering) anderzijds. Wanneer CARE-medewerkers het risico op gevaar te hoog inschatten (en bijgevolg potentiële schade aan zichzelf of hun eigen wagen willen vermijden), kunnen ze huisbezoeken annuleren. Het mobiel werken in een grote regio vormt zo een drempel om aanklampend (zie p. 43) en mobiel (zie p. 57) te werken. Daarnaast vormt de grote regio ook een drempel tot basiscomfort van de CARE-medewerkers zoals toegang tot een toilet. CARE-medewerkers die tegen deze drempel aanlopen kunnen gedemotiveerd geraken.

“In de zin van motivatie (...). Er zijn winters geweest waar het echt extreem glad en weet ik veel wat is. Het feit dat je dan de weg op moet gaan en uw eigen verzekering mogelijks, he of accidenten, heeft ervoor gezorgd dat mijn medewerkers hebben gezegd: deze week doen wij geen huisbezoeken en dan gaat dat wel in tegen de kwaliteit van zorg omdat je dan ook tegen uw gezinnen zegt: deze week sneeuwt het buiten en het is glad, er komt geen zorg.” - CARE-medewerker

“Of je zit 2 uur rijden bij wijze van spreken van uw woonplaats en de deur gaat niet open, maar je hebt nog een ander huisbezoek, dan zit je terug 2 uur in uw auto met een hotspotje op uw schoot te... of je moet naar de wc.” - CARE-medewerker

4.5 Administratieve inefficiëntie

Er leeft ontevredenheid over de manier waarop er in het algemeen met het EPD geregistreerd moet worden. CARE-medewerkers geven aan dat ze het EPD inefficiënt vinden. Sommige zaken moeten bijvoorbeeld op twee plaatsen ingevuld of aangeduid worden en dat wordt ervaren als tijdverlies. Bovendien vertellen CARE-medewerkers dat de huidige manier van registreren hen demotiveert om dit nauwkeurig uit te voeren. Daardoor is de registratie onvolledig en zijn de cijfers niet betrouwbaar, wat op zijn beurt het leren uit data in de weg staat (zie p. 65).

“Ik denk dat wij het team zijn waar dat we proberen om daar zo weinig mogelijk last van te hebben. Wat dus wel tot gevolg heeft dat we mogelijks minder efficiënt of minder accuraat registreren dan dat de verwachting is.” - CARE-medewerker

Verder blijkt het huidige elektronisch patiëntendossier (EPD) ontoereikend om dossiers correct te registreren. Dit kan een drempel vormen om inzichten uit data te halen (zie p. 65). Zo bouwen de meeste CARE-medewerkers de frequentie van het cliënten contact gradueel af (wekelijks, dan maandelijks, dan halfjaarlijks enzovoort). Het huidige EPD heeft echter geen mogelijkheid om deze fase van afronding correct weer te geven. Het dossier blijft openstaan en geeft op die manier een foute indruk van de effectieve begeleidingsduur. Vragen van cliënten na de afronding kunnen in het bestaand dossier toegevoegd worden, maar ook in dat geval wordt deze tijd bij de begeleidingsduur opgeteld. De CARE-teams hebben dus nood aan een EPD dat de nuance tussen de effectieve begeleiding, afronding en eventuele nazorg registreert opdat er een realistisch beeld komt van het trajectverloop. Op die manier kunnen er ook betere conclusies uit de data getrokken worden (zie p. 65).

“Als we bijvoorbeeld afspreken met een gezin van 'kijk, we hoeven niet meer elke week of we moeten niet meer zo intensief, maar weet over drie maanden of op de cruciale momenten in een schooljaar willen we nog wel mee participeren aan een schooloverleg.' Dan komt standaard de vraag van 'hoe moeten we dat registreren?' Ronden we ons dossier af? Gaan we elke keer als we deelnemen aan zo'n overleg een nieuwe zorgperiode openen? Of zetten we het in... Duiden we die fase als nazorg en

doen we het daar in? Dat is gemak... Dat is het meest gemakkelijk, want dan moeten we ons dossier niet elke keer dicht doen. Maar dan blijft het wel openstaan. En dan komt in de cijfers dat wij drie, vier jaar aan het begeleiden zijn.” - CARE-medewerker

Tot slot spreken sommige CARE-medewerkers over de administratieve last als een drempel voor de kwaliteit van zorg. Concreet worden er 3 pijnpunten benoemd: (1) de hoeveelheid tijd die naar administratie gaat, is niet in verhouding met de cliëntentijd, (2) de manier van administreren is inefficiënt en dus tijdrovend, en (3) er is te weinig tijd om administratie grondig en tijdig uit te voeren waardoor informatie verloren gaat. CARE-medewerkers verwijzen naar administratieve taken zoals mailen, bellen, afspraken inplannen, verslaggeving verzamelen en opmaken, registreren in EPD en materiaal uitwerken. Bovendien is er voor nieuwe medewerkers te weinig ondersteuning om zich wegwijs te maken in de administratieve programma's.

“Ik denk bijvoorbeeld aan gezinsdagbehandeling. Dat is een keigoede formule. Maar moesten we daar wat meer systematiek in vinden en daar ook wat meer draaiboeken rond hebben, is het volgens mij ook makkelijker voor nieuwe medewerkers om daar sneller mee in te zitten. He, hetzelfde met psycho-educatie. Ik denk dat wij bijna elke keer opnieuw op maat van ons gezin dat uitwerken van wat ga ik vertellen, hoe gaan we dat uitleggen? Wat ook heel goed is. Maar moest er wat basis uitgewerkt materiaal liggen waar je direct op kunt terugvallen, dat zou wel heel handig zijn.” - CARE-medewerker

“En soms ook gewoon het is te druk om een brief te maken he? (...) En dan wordt dat vaak zo ver achterruit geschoven dat dat wanneer dat het dan effectief afgerond is. Ah ja, nu moet ik daaraan beginnen, maar dat zit ook allemaal zo ver en...” - CARE-medewerker

“Dat vind ik hier wel zot. Als ge het in uren zou uitschrijven of percentages, hoe weinig jongerencontact dat we hebben in verhouding met administratief werk dat wij doen. Ik weet niet hoe dat in andere teams zit, maar dat wel iets dat mij op die korte periode enorm opvalt.” - CARE-medewerker

4.6 Aanmelding van cliënten zonder hulpvraag

Cliënten die doorverwezen worden naar CARE, hebben soms zelf geen hulpvraag. Dit komt bijvoorbeeld voor in het kader van verontrusting of een aanmelding via het OCJ.

Het gebrek aan een eigen hulpvraag, vormt een drempel voor de kwaliteit. Zo verloopt de opstart van het CARE-traject stroef: cliënten die een tijd op de wachtlijst hebben gestaan weten niet meer goed waarvoor ze aangemeld waren en zijn soms niet meer bereikbaar. In sommige gevallen wordt het CARE-traject uiteindelijk zelfs niet opgestart. CARE-medewerkers ervaren hierbij ook moeilijkheden in het contact met de verwijzer die nog wel rekent op een CARE-traject. Voor deze botsende visies is niet altijd een oplossing.

“En dan laten wij de verwijzer weten van er is geen vraag voor ons meer. Dat de verwijzer dan zegt van 'hola hola, ik vind dat jullie dat wel moeten doen. 'Houd dat nog maar even on hold.' En dan komen we in een heel vervelende situaties terecht vind ik. En dat is niet de meerderheid van onze dossiers, hé voor alle duidelijkheid.” - CARE-medewerker

CARE-medewerkers benadrukken dat gelijkwaardig handelen (zie p. 50) moeilijk is in trajecten die opstarten zonder hulpvraag van de cliënt. De hulpvraag bij aanmelding komt in die gevallen eerder vanuit een maatschappelijke nood of vanuit de verwijzer. De doelstellingen bepalen en het traject vormgeven samen met de cliënt vormt dus een uitdaging. Deze uitdaging trekt zich verder door naar de fase van afronding. Als een gezin zich niet identificeert met de vooropgestelde doelen, is het des te moeilijker om te evalueren of die doelen al dan niet behaald zijn. In die gevallen is er eerder rond het gezin gewerkt dan met het gezin.

“Dat is ook, een belangrijk element van onze werking is dat aanklampend zijn, maar waar ga je dan aanklampend werken? Op dat stuk waar je jezelf of vanuit het maatschappelijk perspectief toch wel zorgen over maakt? Of ga je aanklampend werken op hetgeen dat de cliënt heeft aangegeven: hier wil ik zelf iets aan doen. (...) Maar ook vaak als je gewoon de hulpvraag van de cliënt bekijkt, is dat vaak geen CARE-vraag meer hè?” - CARE-medewerker

4.7 Verkeerde verwachting CARE-opdracht

Zowel verwijzers, cliënten als CARE-medewerkers hebben een persoonlijke verwachting van wat een CARE-traject precies inhoudt. Deze verwachtingen liggen soms echter niet in lijn met elkaar wat een drempel vormt voor kwaliteitsvolle zorg.

4.7.1 Sollicitanten

Ten eerste hebben sommige mensen die solliciteren voor de job als CARE-medewerker een foute verwachting van de jobinhoud. Enkele CARE-medewerkers merken op dat de vacatures doorgaans de zwaarte van de problematieken en de complexiteit van de job niet weergeven. Nieuwe CARE-medewerkers zouden daardoor niet goed weten waaraan ze beginnen. De CARE-teams merken, onder andere om die reden, verloop op bij teamleden die nog niet zo lang in dienst waren. Dit ondermijnt bovendien het inzetten van het team als leeromgeving (zie p. 62).

“Dus veel mensen die solliciteren die denken: die uitleg ziet er mij wel interessant uit. Ik heb een job nodig, ik ga solliciteren, maar dat ge dan niet echt weet wat dat je moet verwachten en dat veel mensen gewoon op een bepaald moment zoiets hebben van dat is niet helemaal wat ik verwacht van een job en daarom stoppen.” - CARE-medewerker

4.7.2 CARE-medewerkers

Ten tweede lopen CARE-medewerkers bij de opstart van een nieuw traject soms informatie over de cliënt mis. Bijvoorbeeld wanneer verslaggeving van vorige hulpverlening de CARE-medewerker later of niet bereikt. Het mislopen van informatie kan tot een foute indicatiestelling leiden en dus een verkeerde verwachting van de te vervullen opdracht. CARE-medewerkers geven aan dat dit een drempel voor de kwaliteit kan zijn. Zo sluiten de vooropgestelde doelstellingen en het pad er naartoe vaak niet aan bij wat de cliënt echt nodig heeft. CARE-medewerkers botsen hierop en voelen dat ze tekortschieten. Dit heeft een negatieve impact op de draagkracht van de CARE-medewerker en wakkert hun onzekerheid (zie p. 70) verder aan. Eens de verwachtingen bijgesteld zijn of de indicatiestelling rechtgezet is, getuigen CARE-medewerkers dat het reeds afgelegde traject soms als tijdverlies aanvoelt. Dit werkt frustrerend.

“En nu hebben wij verslaggeving ontvangen van voorgaande hulpverlening. Dacht dat je denkt allee dat wij dat nu pas hebben, dat had wel heel ons traject anders kunnen, allee, we hadden daar echt anders mee kunnen omgegaan zijn om dat dat echt ging over diagnostische info hé. Dus dat is wel zo'n voorbeeld dat ik dan denk van ja het traject is nu wel een heel ander pad opgegaan en dat is dan wel jammer.” - CARE-medewerker

4.7.3 Cliënten

Ten derde kunnen cliënten een verkeerde verwachting hebben van de opdracht die CARE te vervullen heeft. Zoals eerder aangehaald bij de drempel ‘onzekere hulpverlener’, zijn sommige cliënten in de veronderstelling dat het CARE-team eindelijk de oplossing voor hun situatie gaat bieden. Andere foutieve veronderstellingen zijn bijvoorbeeld (1) dat de CARE-medewerker zich vooral focust op het kind en de ouders niet betrokken worden, (2) de dienstverlening vrijblijvend is (want ze is toch gratis), (3) dat de situatie snel beterschap zal kennen (wat indruist tegen het vaak langdurige karakter van de trajecten), of (4) dat de CARE-medewerker bepaalde taken op zich neemt voor het gezin en de omstaande hulpverlening. Deze verwachtingen van cliënten zijn niet realistisch en vormen bij de opstart van het traject een drempel: de samenwerking verloopt stroef omdat cliënten een ander aanbod krijgen dan ze verwacht hadden en zich moeten aanpassen. De opvallendste moeilijkheden situeren zich echter bij de afronding van het CARE-traject wanneer de CARE-medewerker samen met het gezin de doelstellingen evalueert en beslist dat zijn belangrijkste taak voltooid is. Dat betekent echter niet dat bij het gezin alles terug op de rails staat: ze blijven doorgaans achter met onopgeloste hulpvragen op diverse domeinen. Op dat moment loslaten, is lastig.

“(...) want daar hebben mensen zo een behoefte aan he? Aan iemand die bij hen blijft en die hen helpt met de weg te vinden en te coördineren in de hulpverlening. En daar is het voor ons vaak een heel moeilijk punt dat ik denk we hebben onze behandelfase gehad, dus eigenlijk moeten wij ons nu klaarzetten voor een nieuw dossier die van dit hooggespecialiseerde team kan genieten. Maar dan?” - CARE-medewerker

“Daar merk ik soms wel dat mensen zo niet helemaal weten wat we doen, maar ook soms hele hoge verwachtingen. Wij zijn van start en binnen een maand ga ik een resultaat zien bij die jongere. En dat ik wel heel erg moet kaderen van ik kom 1 keer in de week, maar het is niet zo dat wij de jongere gaan veranderen op drie vier weken tijd. (...) dat is juist wel één van de mooie dingen dat wij hebben, (...) dat wij de tijd hebben om een band op te bouwen en dan naar die doelstellingen toe te werken.” - CARE-medewerker

Cliënten bevestigen dat die afrondingsfase onzekerheid opwekt: het vertrouwde patroon van de afgelopen maanden of jaren, waarbij de CARE-medewerker regelmatig aan huis komt, loopt ten einde. Sommige cliënten hadden een andere verwachting van de afronding dan hoe die in de realiteit is verlopen. Zo vertelt een cliënt bijvoorbeeld over

de beperkte mate van contact na afloop van het traject en hoe hij zich daardoor niet meer gehoord of gesteund voelde. Dit stond in contrast met het intensieve contact tijdens het traject. Een andere cliënt vertelt over hoe zijn verwachtingen over de afrondingsbrief niet ingelost werden: het verslag gaf voor hem niet weer waar het uiteindelijk op stond. Hij vond het te voorzichtig geschreven. Deze mismatch tussen verwachtingen en realiteit kan cliënten doen twifelen aan de authenticiteit van hun langdurige, intensieve relatie met de CARE-medewerker tijdens het traject.

“Ik vind dat altijd heel, heel moeilijk, want ik heb daar misschien andere verwachtingen bij. Maar als ik bij iemand een band heb, dan verwacht ik dat die nadien ook zo nog eens efkes terug toetsen van hoe of wat. Of als ge, ja... Gewoon of als ge daar een band mee opgebouwd hebt, dat dat voor langere tijd is. En dat is eigenlijk afgerond, dat traject, en eigenlijk heb ik die amper of nooit nog gehoord. Dus voor mij is dat dan om achteraf op terug te kijken, dan dacht ik, ja, echt een band moet er dan toch niet geweest zijn.” - Cliënt

4.7.4 Verwijzers en partners

Ten vierde en laatste kunnen samenwerkingspartners of verwijzers een foute verwachting van CARE's opdracht hebben. Naast de onduidelijkheden over de precieze doelgroep van CARE (zie p. 72), ervaren sommige verwijzers onduidelijkheid over hun rol eenmaal het CARE-traject start. Ze stellen hun bijdrage aan het traject in vraag, wat ervoor kan zorgen dat ze een stap achteruitzetten. Daarnaast merken verwijzers op dat gemaakte afspraken niet altijd vastgehouden worden, onder andere door wissels in personeel bij beide partijen. Tot slot geven sommige verwijzers aan dat de communicatie tijdens het traject onvoldoende is: ze krijgen weinig feedback eens het traject gestart is of worden enkel in crisissituaties geconsulteerd. Deze onduidelijke verwachtingen ondermijnen is cruciaal en kan ondervangen worden door intensief het netwerk van de cliënt in te zetten om de cliënt te kunnen begeleiden en/of behandelen (zie p. 47).

“Al vind ik de verwachtingen niet steeds realistisch. Er lijkt vaak een verwachting van blijvende individuele hulp gaande, terwijl er vele cliënten in hun doelgroep als individu weinig motivatie of leerbaarheid tonen en ik mij de vraag stel bij het nut van een individueel traject.” - Verwijzer

CARE-medewerkers merken dit vanuit hun perspectief ook op. Al bij de aanmelding horen ze dat verwijzers verkeerde verwachtingen hebben van het CARE-traject wat op zijn beurt voor verkeerde verwachtingen bij de cliënten zorgt. Aangehaalde voorbeelden

zijn dat het traject een bepaalde duur heeft of dat er standaard speltherapie aangeboden zal worden aan het kind. Hoewel het gezamenlijke intakegesprek met verwijzer en cliënt hier al een deel van ondervangt, merken de CARE-teams op dat er ook tijdens het traject verkeerde verwachtingen blijven leven. Zo verwachten verwijzers soms van CARE-medewerkers dat ze de rol van casemanager opnemen of dat ze zodanig holistisch werken dat de andere partners een stap achteruit kunnen zetten. Waar de rol van casemanager opnemen inderdaad werkzaam blijkt (zie p. 47), blijft het CARE-team inzetten op gedeelde verantwoordelijkheid en goede samenwerking. Door verkeerde verwachtingen vormt dit een drempel om het netwerk efficiënt in te zetten (zie p. 47).

“Want ik merk inderdaad in dossiers wat [collega] zegt, dat partners heel snel denken oh CARE is betrokken, we laten het los. En dat is hetgeen wat we net niet willen, want we zijn als CARE een team dat graag samenwerkt met andere diensten. En ik vind ook dat er heel veel tijd verloren gaat aan dit.” - CARE-medewerker

“(…) maar bijvoorbeeld consultants, vaak hebben wij die nodig om een bepaalde boodschap te brengen of om vanuit hun rol een bepaald mandaat te geven. Maar hebben die zoiets van ja ma ja, jullie zijn betrokken, ik ga niet aansluiten op een schooloverleg, want ik heb geen tijd, doe jij dat maar he. En vind ik dat soms toch wel moeilijk om die zo actief mee.... (..) Ze leunen op ons, terwijl wij eigenlijk op hun moeten leunen.” - CARE-medewerker

Het opzetten van netwerkoeverleg is in die gevallen nodig, maar kost opnieuw tijd en energie van de CARE-medewerker (wat bijdraagt aan de administratieve inefficiëntie die ze ervaren (zie p. 77)). Opvallend is hoe een CARE-medewerker getuigt dat de aanwezigheid van het CARE-team in een dossier er zelfs voor kan zorgen dat andere hulpverlening niet meer aan boord komt. Cliënten die een CARE-traject kunnen lopen worden beschouwd als ‘verder geholpen’. Deze cliënten worden dus uitgesloten van andere hulpverlening die het CARE-team net nodig heeft om samen een geïntegreerd traject op te zetten:

“Ja wat ik wel merk in dat netwerk betrekken is dat inderdaad soms heb je het gevoel van, er is al iemand in die zin. Dus dat is al kei goed in deze allee op deze wereld, want er zijn zoveel wachtlijsten en dat merk ik dat je er dikwijls niet goed doorgeraakt omdat wij er zijn.” - CARE-medewerker

4.8 Taalbarrière

Hoofdzakelijk in regio Antwerpen worden CARE-medewerkers geconfronteerd met schriftelijke en mondelinge taalbarrières. Ten eerste komen ze in contact met cliënten die analfabeet zijn. Dit beperkt de communicatiemogelijkheden tussen CARE-medewerkers en cliënten tot mondelinge communicatie. CARE-medewerkers ervaren hierbij vooral een drempel m.b.t. tussentijdse afstemming die enkel telefonisch kan en meer tijd vraagt om cliënten te bereiken dan bijvoorbeeld een e-mail versturen. Ten tweede komen ze in contact met cliënten die het Nederlands niet machtig zijn. In die gevallen helpen verwijzers of tolken om de informatie van het gezin tot bij de CARE-medewerker te krijgen. Dit vormt echter een drempel om gelijkwaardig te handelen en de cliënt in zijn of haar eigen woorden te beluisteren (zie p. 50). Daarbij kan er ruis optreden bij vertalingen wat leidt tot miscommunicaties. Verder vormt de taalbarrière een drempel om aanklampend te werken (zie p. 43): waar de CARE-medewerker wel contact zou willen opnemen met de cliënt, is deze afhankelijk van de beschikbaarheid van een tolk. De ervaring leert bovendien dat tolken slechts beperkt beschikbaar zijn. De intensiteit, laagdrempeligheid en gelijkwaardigheid van de relatie tussen CARE-medewerkers en cliënten komen zo dus in het gedrang.

“Onlangs had ik een netwerkoeverleg waar een tolk was ingezet en plots was die zijn tijd op maar we zaten midden in een gesprek maar die moest echt stoppen en dat was dan zo van ja...” - CARE-medewerker

“En met intakes komt dat ook wel voor. Je hebt dan wel de verwijzer mee die heel veel info heeft, maar anderzijds weet je te weinig van die ouders en voel je dat niet altijd. En dat zorgt soms wel voor moeilijkheden.” - CARE-medewerker

4.9 Niet-geëxpliciteerde procedures

Binnen de ruimere werking van het CARE-programma getuigen medewerkers dat er heel wat niet-geëxpliciteerde procedures zijn. Concreet gaat het over handelingen, afspraken of beslissingsmethoden waarover geen consensus bestaat binnen CARE-teams en/of over CARE-teams van PANGG 0-18 heen. Opvallend zijn de volgende acht procedures die in de meeste teams niet geëxpliciteerd zijn: (1) de manier van indiceren, (2) de manier van verslaggeven, (3) CARE-trajecten evalueren, (4) onboarding van nieuwe CARE-medewerkers, (5) het teamoverleg structureren, (6) CARE-trajecten structureren zowel in de kennismakings-, behandel- en afrondingsfase,

(7) het VTO-beleid, en (8) het wachtlijstbeheer. Ter illustratie volgt hieronder over elke procedure een citaat in respectievelijke volgorde.

1. *“Maar ik ervaar dat soms ook bij mezelf, als ik het aanmeldteam zit, soms ook wel van goh ja, maar toen hebben we het zo beslist en waarom doen we het dan nu zo? Dat het soms ook verwarrend is. En daar, ik denk dat ik daarin misschien ook wel wat meer nood heb aan die... net omdat er zoveel aanmeldingen zijn. En je zit met wisselende... Ja.”* - CARE-medewerker
2. *“Hoe bouw je zo een verslag op, wat moet daarin staan? Maar niet alleen dat, maar ook zo ja, welke contacten? Ik denk dat daar ook collega's wel mee struggelen. Van wat zet je allemaal in de verslaggeving? Moet je daar elke scheet bij wijze van spreken erin zetten of whatsappjes, mailtjes, telefoontjes, wat wel, wat niet, wat is daar essentieel in, ik denk dat daar ook nog wel wat vragen rond zijn.”* - CARE-medewerkers
3. *“Maar ook daar heb ik dan misschien te weinig zicht op van hoe dat dan voor iedereen individueel van de van de teamleden doet. Zo van. Maar ja, op regelmatigere basis inderdaad die oefening of evaluatie maken van wat loopt er op dit moment goed, waar ligt er nog werk? Welke doelstellingen gaan we daar dan uit pakken om dan de komende drie maanden misschien opnieuw mee aan de slag te gaan? En dat je daar, ja wat een continu proces van feedbacklussen in in opneemt of zo ja.”* - CARE-medewerker
4. *“Zeker als je er als nieuweling zowat wordt tussen gegooid, tussen iedereen die al weet wat dat ze aan het doen zijn. Hé dan... Dan mis je inderdaad, misschien toch wel wat die houvast of zo'n vast kader, zo misschien... Hé zo dat. Het is natuurlijk ook heel gevarieerd wat we hier doen, dus dat gaat ook wel een uitdaging zijn denk ik wel, om daar echt een rode draad in te vinden.”* - CARE-medewerker
5. *“Vroeger waren wij klein. We kenden elkaar, we kenden elkaars dossiers. Dan vielen er ook geen mensen uit. Nu is dat ook vager... het is te veel: te veel dossiers, je kan niet meer goed volgen. We moeten in de veelheid elkaar terugvinden.”* - CARE-medewerker
6. *“En ik zit wel nog zo te denken aan dat stukje zo lange begeleidingen omdat ik er zelf zo toch ook wel een aantal had. Ik denk ook wel ja dat speelt ook mee natuurlijk, dat je geen nieuwe begeleiding kunt opstarten. En ja, dat is ook wel iets om over te blijven nadenken. Van hoelang blijf je verder gaan? Wanneer moet het, is het goed genoeg? Wanneer moeten we stoppen?”* - CARE-medewerker

7. *“Ja, iedereen kijkt daar op een andere manier naar. En dat is gewoon soms heel verwarrend, want daardoor krijg je de kwaliteit van een team, die van mensen die zelf beslist hebben om bepaalde opleidingen te doen die heel random zijn. Dus ja, als je dan kijkt naar de kwaliteit van zorg, ja dat kan per ongeluk heel kwalitatief zijn, maar dat kan evengoed helemaal niet kwalitatief zijn.”* - CARE-medewerker
8. *“Waarom, ja, waarom dat die [de wachtlijst] ook lang blijft. Omdat we misschien inderdaad, er is bij ons geen geen, allee, niks wat dat op papier staat van we moeten binnen zoveel maanden kunnen opstarten voordat we of we moeten he, voordat we de aanmeldlijst terug openzetten. Dus er zijn eigenlijk geen unanieme regels rond. Wij bespreken dat eigenlijk gewoon met teamcoördinatie om ja die die keuze te maken.”* - CARE-medewerker

Het valt op dat de niet geëxpliciteerde procedures bij sommige CARE-medewerkers onzekerheid versterken (zie p. 70). Enerzijds stellen medewerkers hierdoor taken uit en anderzijds gaan medewerkers freewheelen waardoor er geen kwaliteitsbewaking vanuit het team meer plaatsvindt (zie p. 62). Tot slot dragen niet-geëxpliciteerde procedures bij aan de vraagtekens die CARE-medewerkers hebben rond de identiteit van CARE: wie zijn we, wat doen we, voor wie en waarom? Hoewel de CARE-teams gelijktijdig verwijzen naar het belang van autonomie, maatwerk en aandacht voor regionale verschillen, zijn ze toch op zoek naar meer houvast. Die zoektocht naar houvast vertaalt zich bovendien naar een onduidelijk imago voor de buitenwereld. Zo getuigen verwijzers uit sommige regio's dat ze het moeilijk vinden om de visie, aanbod en doelgroep van CARE goed te begrijpen en merken ze hierin ook verschillen op doorheen de tijd.

“Er lijkt soms een verschil in visie wat onder 'het gaat om gezinnen waar een complexe, langer durende zorg- en ondersteuningsvraag is omwille van een ernstige, meervoudige en reeds langer bestaande GGZ-problematiek'. Wij hebben geregeld de ervaring dat gezinnen worden afgewezen omwille van een te complexe problematiek of omwille van te systemische noden.” - Verwijzer

“Maar ja ik blijf dat bij CARE, ik weet ook niet aan wat dat dat ligt, maar ik blijf dat iets vaag vinden of moeilijk te pakken te krijgen. En als we denken we hebben het te pakken, dan botsen we soms als we verwijzen toch op een nee. Dan hebben we het blijkbaar toch niet altijd zo goed door.” - Verwijzer

4.10 Frequent contact

De CARE-medewerker komt doorgaans wekelijks of tweewekelijks aan huis. Cliënten vertellen dat het frequente contact vermoeiend is. Cliënten krijgen op die manier een drukke planning, zeker in combinatie met eventuele andere hulpverleningsdiensten die aan huis komen of waar zij zelf naartoe gaan. Dit kan ervoor zorgen dat ze afspraken vergeten of afzeggen, wat de intensieve, mobiele werking aan huis van CARE bemoeilijkt (zie p. 57). Verder legt het aanbod aan huis druk bij sommigen om hun huis op orde te houden. Daarnaast vertellen cliënten dat het wekelijks bezoek een impliciete verwachting legt dat ze elke week ook iets nieuws moeten vertellen. Verandering heeft vaak echter meer tijd nodig, waardoor cliënten onzeker waren omdat ze nog geen resultaat geboekt hadden. Ongeacht hun tevredenheid over het traject, waren cliënten doorgaans opgelucht wanneer de afronding werd ingezet en het frequente contact daardoor afgebouwd werd.

“Interviewer: En ik weet niet wat voor gevoel dat dat bij u was van dat... Dat het stopte?”

Jongere: Euhm... dat was wel effe gewoon in mijn hoofd van 'oké, rust'.” – Cliënt

“Oké, die kwamen altijd wel snel terug. En da was soms wel precies wat te snel omdat ge zijt da ook niet gewend he? Zo da en en da wilde wa resultaat, ma op den duur... Ja...” – Cliënt

“Ze zijn altijd hun afspraken worden nagekomen, had ik het idee. Het was op een geven moment voor ons zelfs wat veel. Dat we zoiets hadden 'Het is goed geweest.' want, ja daar zijn ze weeral. Ondanks dat dat keigezellig was he.” - Cliënt

4.11 Positionaliteit als cliënt

Cliënten geven aan zich in sommige situaties niet gelijkwaardig te voelen (zie p. 50). Ze zijn zich op zo'n moment bewust van hun positionaliteit als cliënt ten opzichte van de hulpverlener. Zo getuigt een cliënt bijvoorbeeld dat ze weinig spreekruimte ervaarde tijdens het intakegesprek met het CARE-team omdat haar verwijzer ook aanwezig was. Daardoor moest ze haar woorden wikken en wegen:

“Cliënt: En die zat daar dan ook bij. En dan? Ja, ik ga niet zeggen dat dat storend element was, want dat kan ik... Dat Heb ik niet herinnerd, zo. Dus... Ik denk dat die daar ook gewoon uit interesse en een en een een goed bedoeling bij zat.

Interviewer: *Ja ja. Het gaf misschien... Het is niet dat je u hebt moeten inhouden, daardoor? Maar het gaf misschien een beetje een wrang gevoel van 'oh nu zei ik dat dat daar niet was wat wij nodig hadden en die heeft wel haar best gedaan.'*

Cliënt: *Ik denk dat ik misschien anders korter door de bocht zou gegaan zijn korter geantwoord had. Ik denk dat ik nu mijn woorden heel hard gewikt en gewogen heb."* - Cliënt

Daarnaast getuigt een cliënt dat gelijkwaardigheid ook in het gedrang kan komen door het grote leeftijdsverschil tussen cliënten en hulpverleners. Zo kan het voor een minderjarige nog steeds overweldigend of intimiderend zijn om te spreken over zijn of haar gezondheid en situatie in het bijzijn van meerderjarigen (lees: ouders en/of hulpverleners). Hier komt opnieuw de gelijkwaardige relatie (zie p. 50) in het gedrang.

"Maar het blijft nog een kind dat dan in ene keer met vijf volwassenen aan tafel zit, die ze totaal niet kent., - allez, ons wel natuurlijk- en dan moet gaan vertellen wat dat haar probleem is. Ja, dat is... da's niet evident hè?" - Cliënt

5 Randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle zorg

Uit dit onderzoek komen een aantal randvoorwaarden aan bod die aanwezig moeten zijn opdat werkzame mechanismen bijdragen aan kwaliteit en drempels tot kwaliteitsvolle zorg verlaagd kunnen worden. Randvoorwaarden komen voor in de vorm van structuren, afspraken en middelen en situeren zich zowel binnen CARE-teams, in relatie tot andere partijen of binnen PANGG 0-18. Tabel 13 geeft een overzicht van de geïdentificeerde randvoorwaarden uit dit onderzoek. Daarna volgt een beschrijving van elke randvoorwaarde, geïllustreerd door citaten van cliënten, verwijzers en CARE-medewerkers. Merk op dat vooral de stem van de CARE-teams en verwijzers aan bod komen in dit onderdeel. De stem van cliënten beperkt zich tot een minimum. Een mogelijke verklaring is dat cliënten vooral focussen op hun eigen traject en de directe beleving van hulp, en minder op de bredere voorwaarden die die hulp mogelijk maken.

1. Efficiënte aanmeldingsprocedure
2. Competenties, kennis, rollen expliciteren in het team
3. Psychologische veiligheid
4. Stabiel, ervaren, kundig team
5. Minimaal mandaat cliënt tot samenwerking
6. Beschikbaarheid van geëngageerde partners
7. Ondersteunend beleidskader

Tabel 13. Overzicht van de randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle zorg binnen CARE.

5.1 Efficiënte aanmeldingsprocedure

5.1.1 De juiste doelgroep indiceren

Ten eerste blijkt een efficiënte aanmeldingsprocedure een belangrijke voorwaarde om een kwaliteitsvolle screening van de aanmeldingen uit te voeren en om met de onduidelijkheid om te gaan over welke gezinnen al dan niet tot de doelgroep van CARE behoren (zie p. 72). Zo werken de drie regio's bijvoorbeeld met een vaste procedure waarbij (meestal) verwijzers hun cliënten telefonisch aanmelden. De CARE-medewerker aan de lijn maakt daarbij een eerste selectie. Aanmeldingen die weerhouden worden, komen vervolgens op het aanmeldoverleg. Dat overleg wordt uitgevoerd door een vast aanmeldteam dat over de kwaliteit van beslissingen waakt (zie p. 62). In regio Kempen en regio Antwerpen gaat hier nog een intakegesprek aan vooraf waar de cliënt en alle relevante context (gezin, hulpverleners, verwijzer) uitgenodigd worden om zoveel mogelijk informatie uit te wisselen met elkaar. Hier wordt alvast een basis gelegd om het netwerk van de cliënt in te zetten (p. 47), informationele en zorgcontinuïteit te bieden en een gelijkwaardige relatie op te bouwen (zie p. 50). Aanmeldingen die na het aanmeldoverleg weerhouden worden, worden geïndiceerd. Ze belanden op de wachtlijst in afwachting van de opstart. In regio Mechelen vindt het intakegesprek net voor de opstart plaats. Een aanmeldingsprocedure die efficiënt en nauwkeurig uitgevoerd wordt, biedt houvast om te waken over de instroom van de juiste doelgroep. Het is bovendien een belangrijke voorwaarde voor CARE-teams om te waken over hun kostbare middelen en tijd.

"Dan vind ik wel echt, we blijven wel 3e lijnszorg, da's ook kwaliteit bieden he. Als we natuurlijk altijd maar iedereen gaan aannemen waar da ze nergens mee binnen geraken of zelfs niet proberen dan kunnen we andere dossiers die echt 3e lijnszorg nodig hebben ook niet meer aannemen dus da's ook kwaliteit van zorg." - CARE-medewerker

“(…) want voordien was dat een ja een telefonische ondervraging eigenlijk bijna. Waarbij dat je heel veel gegevens moest geven en da je als verwijzer heel erg uw best moest doen om u aangemeld te krijgen. Wij waren ook niet zo gemakkelijk bereikbaar. En daarin hebben we nu twee inbelmomenten vastgelegd, waarbij dat ons team eigenlijk al een soort van beslissingsboom heeft als iemand binnen onze regio woont en de problematiek wat in kaart brengt, zo in grote lijnen van oké die mogen op intake komen, dan leggen die dat al ineens vast.” - CARE-medewerker

“En, tijdens dat intakegesprek ligt er op... Zoveel mogelijk op tafel: thuissituatie, problematiek, ervaring van de afgelopen jaren. We hadden natuurlijk ook een verslag van het UKJA. Medische attesten en dergelijke, verslag van de psychiater, ... En noem maar op, om alles zo duidelijk mogelijk te maken. En dan moet jij vertrouwen op die mensen die dat dan zeggen van 'Ah ja, we denken dat we iets kunnen doen voor jullie'.” - CARE-medewerker

In de praktijk signaleren CARE-medewerkers dat de aanmeldingsprocedure in haar huidige vorm nog onvoldoende toelaat om de instroom van de juiste doelgroep systematisch te bewaken. De aanmeldingen zijn zo uiteenlopend dat ze een voor een beoordeeld moeten worden. Aanmeldingen zijn daardoor moeilijk met elkaar te vergelijken, laat staan dat ze eenvoudig afgetoetst kunnen worden aan standaardcriteria. Bij elke beoordeling komt een subjectieve inschatting kijken waarvan de betrouwbaarheid in vraag gesteld kan worden. De hoge aanmeldingsdruk (zie p. 67) zorgt daarbij ook voor een tijdsdruk, waardoor CARE-teams snel over dossiers moeten oordelen.

“Bijvoorbeeld heb je die hulpverlening al gehad? Dan gaan we het niet doen bij wijze van spreken. Ja allee dan ben je geen kwaliteit aan het bieden en dat vind ik soms zo, dat is ook een heel harde valkuil he. Euhm da je denkt inderdaad bij den dieje hebben we het zo gedaan en nu doen we het daar anders, da's helemaal niet eerlijk. Maar langs de andere kant, dat dossier is helemaal anders dan dat dossier en daar kan het misschien wel nodig geweest zijn en daar niet.” - CARE-medewerker

Daarnaast spreken sommige CARE-medewerkers over een maatschappelijke druk om hulp te verlenen aan de meest complexe dossiers, hoewel die niet altijd tot de doelgroep van CARE behoren. De maatschappelijke druk zorgt voor stress en onzekerheid. Een efficiënte aanmeldingsprocedure lijkt dus een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde om over de juiste instroom van de doelgroep te waken.

“(...) ik vind opnamebeleid een van de moeilijkste vergadering die ik doe tijdens de week omdat je daarin zoveel parameters een beetje mee te nemen hebt. Je hebt zo uw maatschappelijke verwachting dat je moet invullen. Je hebt de draagkracht van uw team aan de andere kant. De heftigheid in de casus. Ja, Ik vind dat moeilijk, een moeilijke... een moeilijke vergadering waarvan ik niet vind dat we dat altijd super uniform doen. Dat allee als een casus misschien een week later had aangemeld hadden we die misschien wel of niet weerhouden op dat moment.” - CARE-medewerker

5.1.2 Snel hulp bieden

Ten tweede is een efficiënte aanmeldingsprocedure een belangrijke voorwaarde om mensen zo snel mogelijk verder te helpen. Cliënten die zich aanmelden voor CARE kampen doorgaans met een ernstige, meervoudige, langdurende GGZ-problematiek. Ze ervaren met andere woorden een hoge lijdensdruk. Hun toegang tot gepaste hulp is in die zin urgent. Om efficiënte instroom en opstart van de juiste doelgroep te bewerkstelligen, werken de CARE-teams bijvoorbeeld met wekelijks vaste momenten waarop verwijzers en cliënten zich telefonisch kunnen aanmelden. Regio Kempen werkt hiervoor zelfs samen met andere hulpverleners (waaronder het CGG) in een regionaal aanmeldpunt. Wanneer de CARE-teams geen capaciteit hebben om nieuwe trajecten op te starten, lassen ze preventief een aanmeldstop in. Op die manier waken ze over de doorlooptijd van de aanmeldingsprocedure. Bovendien stelt dit hen in staat om cliënten perspectief te bieden over de wachttijd.

***“Medewerker 1:** dus eigenlijk bij die telefonische aanmelding, als er dan voldaan wordt aan alle criteria zeg maar dan wordt er eigenlijk al een hele concrete datum weergegeven voor een intake.*

***Medewerker 2:** Dat hangt er ook van af, als die al vol zijn in februari, dan is het wel pas maart. Dus da's dan wel weer een...*

***Medewerker 1:** Voor het gezin is het wel duidelijk hoe lang da ze gaan moeten wachten. Er is wel een vast moment dat wordt afgesproken en dat dan met hun wordt...” - CARE-medewerkers*

Geïndiceerde cliëntsystemen stromen dus efficiënt door waardoor het risico op escalatie in afwachting van gepaste hulp beperkt wordt. Dergelijke wachttijd kan namelijk schade berokkenen aan de cliënten die volop in hun ontwikkeling zitten. Over hoe snel die

opstart dan moet zijn, lijkt echter geen consensus binnen PANGG 0-18 (zie p. 84). Deze manier van werken lijkt bovendien vooral vruchten af te werpen in regio Antwerpen. Verwijzers uit deze regio zijn dan ook eerder positief over de wachttijd bij CARE in vergelijking met verwijzers uit regio Kempen en Mechelen.

“Binnen een paar maanden starten die op, hè? Er zijn thuisbegeleidingsdiensten waar je een jaar of twee jaar op moet wachten. Voor kinderen en jongeren, dat is niet haalbaar, die ontwikkeling gaat zo snel. Als je twee jaar moet wachten ja, dan is er al zo'n groot stuk van die hun leven gepasseerd dat dat eigenlijk bijna niet te verantwoorden is dat er niks is in de tussentijd.” - Verwijzer

Cliënten die niet in aanmerking komen voor CARE, worden dankzij een efficiënte aanmeldingsprocedure snel uit het proces gefilterd en doorverwezen naar gepastere hulpverlening. Het regionaal aanmeldpunt in regio Kempen heeft daarbij als extra troef dat er niet doorverwezen hoeft te worden naar andere partners omdat aanmeldingen meteen met een multidisciplinair team besproken en verdeeld worden. Verwijzers ervaren hierdoor volgens het CARE-team minder gespletenheid in het hulpverleningslandschap. Cliënten worden bovendien niet onnodig op meerdere wachtlijsten tegelijk aangemeld: het regionaal aanmeldpunt bewaart hier het overzicht. Verder lijkt de samenwerking in het regionaal aanmeldpunt een belangrijke voorwaarde voor het CARE-team om (1) hun eigen doelgroep scherp te krijgen (zie p. 72) en (2) trajecten op te zetten met andere partners (zie p. 47).

“De kracht denk ik van ons aanmeldpunt is dat we dat één niet alleen doen, dat we daar met partners zitten, zoals het CGG. Uhm waar dat we als als we na dat cliënt-overleg zeggen van het is niet geïndiceerd voor ons, komt er sowieso een ander aanbod hè. Dus we we werken daarin samen.” - CARE-medewerker

“Mensen die op 3 verschillende wachtlijsten staan om dan vast te stellen van ja, eigenlijk moet die naar opname of eigenlijk dit, hè? Dat is toch naar kwaliteit van zorg niet niet oké, hé? Mijn uitgangspunt is altijd geweest van wees zomaar ouder van een kind en je hebt zorg nodig. Ja, wat doe je dan? Je belt gewoon van het een naar het ander om toch ergens iets te krijgen. Terwijl ik denk van als je samen een vraag beluisterd kunnen we samen echt wel veel ver of veel gericht nadenken over wat hebben deze mensen nodig. En dat is uiteraard hetgeen waarom dat we dat doen hè? Efficiëntiewinst ja, uiteraard hè? (...) Laat ons daar met expertise samen naar kijken

om dan het juiste aanbod uit te werken. Dat is eigenlijk de meerwaarde voor mij van de aanmeldpunt.” - CARE-medewerker

Tot slot nog een kritische stem uit regio Mechelen over hun eigen aanmeldingsprocedure. Het ontbreken van de intake voor gezinnen op de wachtlijst komen, kan bijdragen aan efficiëntieverlies:

“Ja, ik mis heel erg dat stukje intake. Bij ons gebeurt dat niet. Bij ons is het een telefonische aanmelding. Aan een aantal criteria moeten ze voldoen. Dan wordt dat efkes onderling in het team besproken. (...) maar daardoor worden trajecten gestart en wordt er heel lang gewerkt. En dan weten we dan pas na een tijd van eigenlijk is dat niet zo’n goede indicatie. Dus ik denk dat daar nog veel efficiëntie te winnen is ook.” - CARE-medewerker

5.2 Competenties, kennis en rollen binnen het team expliciteren

Het team inzetten als leeromgeving is een werkzaam mechanisme om kwaliteitsvolle zorg te leveren (zie p. 62): teamleden gaan te rade bij elkaar om casussen samen te bespreken, lopen samen in dossiers, doen samen aan reflectie of volgen gezamenlijke opleidingen. Het team wordt echter pas een zinvolle leeromgeving als de juiste kennis en competenties er aanwezig zijn.

5.2.1 Welke kennis en competenties worden verwacht?

Een eerste voorwaarde voor dit werkzaam mechanisme is dus dat elk CARE-team expliciteert welke combinatie van kennis en competenties het nodig heeft. Op die manier kan elk team identificeren welke kennis en competenties al aanwezig zijn en welke nog ontbreken. Deze informatie is cruciaal om gericht aan VTO te doen, maar ook in het kader van de rekrutering en selectie van nieuwe medewerkers. Als deze voorwaarde geschonden wordt, lopen teams het risico dat de kennis en competenties die aan boord zijn of aan boord gehaald worden (door vormingen of nieuwe werknemers) bij toeval kwaliteitsvol zijn, maar dat even goed niet kunnen zijn. Het effectief leren blijft in dat geval uit. Welke kennis en competenties precies verwacht worden in een CARE-team, is op dit moment nog niet duidelijk en moet samen met PANGG 0-18 afgestemd worden.

“Ik denk gewoon als je eensgezindheid hebt binnen het PANGG-netwerk, dan kunt ge ook veel gerichter opleidingen bijvoorbeeld aanbieden en kunt je veel gerichter weten hoe ge, dat kan breed zijn. Dat kader kan heel breed zijn, maar je kunt wel gewoon gerichter op een lijn opleidingen aanbieden. En vooral rond de opleidingen en de

verwachtingen die ge hebt naar de teamleden. En dat ook wel bij zou dragen aan de kwaliteit." - CARE-medewerker

De niet-geëxpliciteerde verwachting over kennis en competenties werkt overigens onzekerheid (zie p. 70) in de hand bij enkele CARE-medewerkers.

"Begeleiden wij of behandelen wij hè? En daarin spreekt ook wel een beetje het gevoel hoeveel expertise of of zelfzekerheid dat ze bij zichzelf voelen wat, wat kunnen wij doen en wat kunnen wij niet doen?" - CARE-medewerker

5.2.2 Welke kennis en competenties zijn aanwezig?

Een tweede voorwaarde om het team in te kunnen zetten als leeromgeving (zie p. 62) is dat teamleden moeten weten van wie en aan wie ze iets kunnen leren. Het is dus noodzakelijk dat teamleden expliciet spreken over (1) hun interesses, (2) hun opleidingsachtergrond, (3) hun ervaring, (4) hun vaardigheden, (5), hun talenten, en (6) hun valkuilen. Bovendien moet deze informatie toegankelijk zijn voor alle teamleden (met extra aandacht voor nieuwe werknemers) en up to date blijven.

"(...) dat je niet per se altijd denk ik iemand in ene persoon moet toevoegen aan uw behandeling, maar dat je wel vanuit die gedeelde kennis en ervaring of zo dat mee kunt pakken in uw trajecten. Maar ik denk dat je daar als team dan ook langer, uh langere tijd samen moet werken en elkaar heel goed moet kennen en elkaars sterktes en expertise nog veel meer kunt aanspreken in een casusbesprekingen." - CARE-medewerker

"Ik vind dat als jonge medewerker die nog niet echt een extra opleiding heeft gedaan specifiek vind ik dat ook fijn om de kennis van anderen te horen die meer in een bepaalde richting denken. Ook om voor mezelf aan te voelen van wat ligt mij misschien ook wel?" - CARE-medewerker

5.2.3 Verantwoordelijkheden en rollen

Ten derde is naast het expliciteren van kennis en competenties, ook het expliciteren van rollen en verantwoordelijkheden belangrijk. Wat verwacht PANGG 0-18 van een CARE-medewerker, een coördinator of een netwerkpsychiater? En ligt dat in lijn met wat verwijzers of cliënten van hen verwachten? Of wat CARE-teams van zichzelf verwachten? Maar ook verantwoordelijkheden in de andere richting zijn belangrijk: wat kan een CARE-team van PANGG 0-18 verwachten of van de moederorganisatie (denk bv. aan personeelsmanagement zoals verloning en VTO, aan GDPR-regelingen of aan

datamanagement)? Hoewel deze rollen beschreven staan in het draaiboek, leeft er in de praktijk onduidelijkheid. Het expliciteren van rollen en verantwoordelijkheden blijkt dus een belangrijke voorwaarde om verkeerde verwachtingen bij verwijzers, cliënten en CARE-teams zelf (zie p. 79) en onnodige onzekerheid (zie p. 70) te voorkomen, maar ook om hun rol als professional te begrijpen en zich te kunnen toe-eigenen (zie p. 53).

"Want inderdaad, er wordt gevraagd, dat je als psychiater mee de behandelplannen vormgeeft. Aan de andere kant wordt er ook gevraagd dat je medicatie voorschrijft, dat je gesprekken doet, dat je vooral de moeilijke gesprekken doet als ze vastlopen. Maar aan de andere kant zijn er ook vaak gezinnen die al een psychiater hebben. En waar verhoud je u dan toe? Is het de bedoeling dan dat jij het overneemt? Is het de bedoeling dat je complementair werkt? Ook daar is heel veel onduidelijkheid rond." - CARE-medewerker

"Ik denk dat dat wel een meerwaarde zal zijn, maar dan denk ik dat je vanuit de overheid daar dan ook veel meer moet kijken naar wat voor mensen zet ik in een team? Wij zijn niet allemaal therapeuten en er zijn ook eigenlijk geen budgetten om therapeuten aan te nemen. En dan denk ik dat je daar moet mee beginnen hé." - CARE-medewerker

5.3 Psychologische veiligheid

Een belangrijke voorwaarde voor CARE-medewerkers om te kunnen leren in en van hun team (zie p. 62) is de aanwezigheid van psychologische veiligheid. Medewerkers omschrijven dit concept als: (1) jezelf durven uitspreken over je eigen talenten en valkuilen, (2) het gevoel dat je eender welke vraag mag stellen aan een collega, (3) het gevoel dat je fouten mag maken en daarover kan delen in het team, en (4) het gevoel dat je kritisch kan zijn over je eigen werk en over dat van collega's. Wanneer deze voorwaarde geschonden wordt, blijft het leren uit, voelen medewerkers zich onveilig wat kan uitmonden in onwelzijn, uitval en verloop.

"Ik kan mij herinneren dat als ik instroomde waren er aantal heel sterke persoonlijkheden bij de hulpverleners, sterk onderbouwde hulpverleners, en dat heeft ook een beetje een afschrikkend effect, van ja dit is het niveau waar ik nu aan moet voldoen dus ik trek mijn mond niet open want anders valt het op dat ik nog heel veel bij te leren heb of zo. En dat is eigenlijk jammer, want het remt u gewoon." - CARE-medewerker

"Wat ik wel merk is dat de veiligheid en het gevoel van ik mag inderdaad fouten maken, ik mag zeggen dat ik het niet weet, dit kan nu wel en dat kon twee jaar geleden eigenlijk niet. (...) die sfeer bracht wel wat onveiligheid met zich mee. Waardoor er collega's uitvielen en het niet meer zagen zitten." - CARE-medewerker

5.4 Stabiel, ervaren, kundig team

5.4.1 Houvast

Ten eerste is een CARE-team dat stabiliteit kent een belangrijke voorwaarde om met onzekerheid (zie p. 70) om te gaan en ruimte te durven laten voor de complexiteit in dossiers (zie p. 59). Ervaren medewerkers worden daarmee niet beschouwd als 'alwetend'. Integendeel: ze zijn net goed gewapend om in een proces van onzekerheid te stappen en (nieuwe) uitdagingen aan te gaan. Het is dankbaar voor minder ervaren medewerkers of nieuwe medewerkers om daarbij aan te haken.

"Heel wat mensen werken hier al lang, hebben ook veel expertise te delen en dat is zowel het DNA van dit team. Zo van 'Oké, een nieuwe, huppa mee in de boot' en wat heb je het nodig? Hé. Niet zozeer van ik ga vertellen wat jij nodig hebt, maar wel de oprechte vraag van 'wat je hebt nodig? En we gaan mee op sleeptouw zo.'" - CARE-medewerker

"Ik denk er is een kader, maar het is redelijk ruim en we krijgen heel wat ruimte om in dat kader te werken. En voor nieuwe mensen is dat denk ik vaak misschien wel handig dat het kader wat strakker zit, maar wij werken in dat vrij ruime kader. En ja, daar zit de chaos in, denk ik, voor ons. Maar als je geen basis hebt, als je niet kunt terugvallen op ervaringen van anderen, ja, dan moet je die basis eerst nog creëren." - CARE-medewerker

5.4.2 Complexe opdracht

Ten tweede is de nodige expertise en ervaring aan boord hebben belangrijk om professioneel aan de slag te gaan met de complexe hulpvragen van de doelgroep (zie p. 53). Zowel CARE-medewerkers als verwijzers spreken verwachtingen uit over CARE-medewerkers, waaronder (1) goed geschoold zijn en zich blijven scholen, (2) evidence-based werken, (3) een basisnotie van medicatie hebben, (4) reflectievaardigheden hebben, (5) kennis van het hulpverleningslandschap hebben, en (6) sterke interpersoonlijke vaardigheden hebben om met cliënten en andere hulpverleningspartners samen te werken. Opvallend is dat dergelijke verwachtingen niet

op individueel, maar vooral op teamniveau uitgesproken worden. Er wordt dan ook verwacht dat CARE-medewerkers elkaar versterken en ondersteunen zodat niet elk individu, maar wel het team als geheel kan beantwoorden aan de noden van de doelgroep.

“Ik denk dat ge masters nodig hebt om dit heel moeilijk werk vaak aan huis te kunnen doen en niet alleen masters. Ik denk als je diversiteit hebt in een team van zowel bachelors als masters als heel academisch geschoolde versus meer professioneel geschoolde dat dat iets heel schoon kan zijn omdat je dan kruisbestuiving van elkaar hebt.” - Verwijzer

“Ik zie het CARE-team ook, ja, dat is een soort tertiaire dienst, allee zo houd ik het een beetje in mijn hoofd, dat je wel met heel complexe casuïstiek om moet kunnen gaan en verdragen dat daar wel een trager tempo is. Dus zowel kwaliteit van kennis als van interpersoonlijke vaardigheden als de eigen grondhouding. Wat teamplay denk ik, hè? Dat dat nooit een soloprojectje kan zijn.” - Verwijzer

“We hebben zeker ook een paar jonge medewerkers, hè? Maar maar ook heel ervaren psychotherapeuten, hoogopgeleide mensen en euhm ik heb daar redelijk veel vertrouwen in dat als ik eens niet bij een vergadering ben, dat dan iemand anders dat stuk expertise inbrengt.” - CARE-medewerker

Het belang van een netwerkpsychiater in een CARE-team wordt hier bovendien zichtbaar: deze voegt belangrijke kennis toe aan het team en is een belangrijke bewaker van kwaliteit. Regio Mechelen getuigt daarbij dat de afwezigheid van een netwerkpsychiater in hun team zowel inhoudelijke als structurele uitdagingen met zich meebrengt. Ook de netwerkpsychiater zelf is hierover bezorgd:

“Ja, ik wil vooral zeggen, ik ga stoppen he en er is niemand die dat opvolgt. Maar ik vind het wel superbelangrijk dat de kinderpsychiater blijft mee nadenken over die trajecten en dat die actief betrokken blijft. Want dat is mijn grootste zorg als ik nu wegga. Wat gaat er gebeuren? Want dan worden de teams nog meer autonoom.” - CARE-medewerker

5.4.3 Vertrouwen opbouwen intern

Ten derde is de stabiliteit van een team een voorwaarde om te investeren in psychologische veiligheid (zie p. 95) zodat leden van elkaar kunnen leren (zie p. 62). Een team moet namelijk tijd krijgen om elkaar te leren kennen en vertrouwen. Gegeven

het mobiele karakter van het CARE-programma, zijn er weinig vaste momenten waarop teamleden elkaar zien, waardoor het nog langer duurt om die basis te kunnen leggen. Hoe langer een team samenwerkt, hoe meer opportuniteiten er dus zijn om psychologische veiligheid te creëren.

“Awel, daar vind ik eigenlijk ons team heel belangrijk en is dat ook fijn dat er veel mensen al zo lang hier werken dat ge ook weet ge moogt dat hier wel bespreken en brengen en ook op gewone momentjes, dat hoeft ook niet altijd tijdens een vergadering te zijn he.” - CARE-medewerker

De teams in regio Mechelen en Antwerpen zijn in die zin ook mild voor zichzelf gezien de recente wijzigingen in hun teamsamenstelling:

“Allez, dat is iets dat ik vorige week dan had dat dan bij mij toch wel een vraag is van 'oei, die veiligheid is nog groeiende of zo, om echt rechtstreeks dan met die persoon dat op te nemen.' En dus daar is ook voor mij wel een balans in zoeken. Ja, we zijn een heel nieuw team. Er zijn veel, veel veranderingen gebeurd. Inhoudelijk maar ook al naar elkaar toe is zo wel nog wat, allez blijft het nog wel zoeken. Maar ik denk dat die afterworks, dat die... Allez, dat is misschien wat raar ook maar dat was ook heel verbindend kan zijn, om zo samen ergens naar toe te gaan. Of zo samen een keer te lunchen, dat dat ook gewoon kan of mag.” - CARE-medewerker

5.4.4 Vertrouwen opbouwen extern

Ten vierde is een stabiel team een belangrijke voorwaarde om relaties op te bouwen met andere hulpverlening en gezamenlijke trajecten uit te bouwen voor cliënten (zie p. 47). CARE-medewerkers getuigen dat intensieve samenwerking doorheen de jaren zijn vruchten afwerpt: het schept duidelijkheid over rollen, mogelijkheden, verantwoordelijkheden en identiteit.

“Dat hoor ik van heel veel andere diensten, dat wij aanvullend en versterkend zijn, maar ook doorheen de jaren dat ze zeggen: we begrijpen de taal van psychiatrie nu meer, he we gebruiken meer en meer dezelfde taal ook, hè. Vanuit bijzondere jeugdzorg. Ook vanuit MPI's komt dat ook vaak uh, dat ze zeiden vroeger was er meer een kloof tussen psychiatrie en en al die andere diensten en dat daar er nu veel meer begrip is en dat je ook beter kunt samenwerken door daar zo jarenlang intensief op in te zetten he.” - CARE-medewerker

5.5 Minimaal mandaat van cliënt tot samenwerking

Het is noodzakelijk dat cliënten een minimaal mandaat tot samenwerking verlenen aan de CARE-medewerker alvorens het CARE-traject van start gaat. Dit mandaat valt niet te verwarren met motivatie of veranderbaarheid van cliënten. Het gaat wel over een minimale bereidheid tot samenwerking, wat voor het eerst afgetoetst wordt in het intakegesprek.

“Maar dat we soms wel voelen dat we ook wel in nesten komen als we gestart zijn in een gezin waarbij dat je eigenlijk voelt dat er weinig bereidheid is van ouders bijvoorbeeld of zorgfiguren en dat we ons daar ook wel net bij de intake heel bewust van willen zijn en toch daar open over in gesprek willen gaan net vanaf het begin van het traject om te kijken op welke manier kunnen we starten in het gezin?” - CARE-medewerker

De mate waarin samenwerking mogelijk is, verschilt sterk van cliëntsysteem tot cliëntsysteem. Ook binnen het systeem zijn er verschillende snelheden. Soms kan er bijvoorbeeld goed met de jongere gewerkt worden, maar blijft de context (bv. ouders) een belemmerende factor of vice versa.

“Ik denk dat dat ook weer heel casus-situatie afhankelijk is. Ik moet denken aan die aanmelding van da jong kindje en we hadden dan voor die mama ook wel allee da was eigenlijk voor ons een voorwaarde, da was uit een vorige opname ook uitgekomen, dat die mama ook wel zelf hulpverlening moest krijgen en zo een eigen traject moest aangaan. Want dat is iets dat wij als CARE niet kunnen doen en wel in functie van het kind. Maar ja, die stond daar helemaal niet voor open en daar hebben wij ook wel de grens getrokken van dan is dit wel moeilijk werken he. Ik zeg het dat is ook heel casusafhankelijk van wanneer wel wanneer niet.” - CARE-medewerker

5.5.1 Basis voor vertrouwen

Ten eerste is minimaal mandaat een belangrijke voorwaarde om een vertrouwensrelatie op te bouwen tussen de cliënt en CARE-medewerker. Idealiter groeit het minimaal mandaat uit tot een volwaardig mandaat om intensief samen te werken en komt hand in hand met een groeiende vertrouwensband. Zodra cliënten en CARE-medewerkers elkaar vertrouwen, kan het gelijkwaardig handelen (zie p. 50) ook ten volle tot zijn recht komen en wordt het CARE-traject meer betekenisvol voor beide partijen. Een volwaardig mandaat komt tegemoet aan de onzekerheid die sommige CARE-medewerkers ervaren

(zie p. 70) en stelt hen bovendien in staat om zich de rol van professional toe te eigenen (zie p. 53).

“Je krijgt een bepaald mandaat, dat ge weet van ik ben hier iets aan het doen, ik mag dat ook doen, het wordt toegelaten. Het is op basis van vertrouwen en band dat je ergens naartoe moogt werken. En dan voel je van ik beteken hier iets voor die persoon.”
- CARE-medewerker

“Voor mij wel connectie met de mensen. (...) je kunt maar ook moeilijke boodschappen geven denk ik als er echt een connectie is. Of als mensen zich op z'n minst gehoord, beluisterd voelen.” - CARE-medewerker

Het minimaal mandaat kan echter ook in negatieve zin evolueren tussen aanmelding en opstart. Zo kan de wachttijd bijvoorbeeld een negatieve impact hebben op het mandaat tot samenwerking. Cliënten worden cynisch en verliezen hun initiële vertrouwen om samen te werken met CARE. Ook tijdens het traject kan het mandaat veranderen waardoor er soms noodgedwongen afgerond moet worden. Het mandaat is dus dynamisch en dient regelmatig afgetoetst te worden.

“En dan is de boodschap gegeven dat we kunnen opstarten en dan wordt er een intakegesprek gepland waar wij 2 valkuilen of mogelijke punten in zien: dat de cliënt eigenlijk al heel gefrustreerd is van ‘wij hebben superlang moeten wachten en nu stellen jullie nog eens allemaal dezelfde vragen en weeral de zoveelste hulpverlener’, dat er ook wantrouwen is van ‘wie zijn jullie nu weer?’. (...) En het andere is cliënten die heel hoopvol zijn die denken ‘eindelijk gaat er gestart worden, jullie gaan de redders zijn’, en dat roept ook veel vragen op van ‘willen wij wel iemand binnen laten in ons huis?’.” - CARE-medewerker

“Ja, ik denk wel dat de moeilijkheid vaak uit bestaat is van dat we bijvoorbeeld in het geval van [jongere], die wenste op geen enkele manier nog op gesprek te komen.” - CARE-medewerker

5.5.2 Aan huis

Ten tweede moet de cliënt minstens akkoord gaan met het feit dat de CARE-medewerker aan huis zal komen (zie p. 57). Ook verwijzers benoemen dit als belangrijke voorwaarde voor een CARE-traject.

“Ja en ik vind motivatie moeilijk, maar ik vind gewoon als mensen al zeggen, jij bent welkom, ik kom naar die intake en jij mag bij mij binnenkomen en ik wil samen nadenken. Ik vind dat al een mooi startpunt.” - Verwijzer

5.5.3 Epistemic trust/Epistemisch vertrouwen

Ten derde impliceert dit minimaal mandaat dat de CARE-medewerker andere professionals bij het traject mag betrekken (47). Dit kunnen externe partijen zijn, maar gaat ook op voor collega's van het eigen CARE-team wanneer er collega's meelopen in een dossier of een stukje overnemen op basis van hun expertise (p. 62). Deze CARE-medewerker licht dit belang toe met het principe van 'epistemic trust':

“Dat principe (...) van epistemic trust: dat je als hoofdbegeleider een voldoende veilige relatie hebt opgebouwd met je cliënten om dan te zeggen weet je, ik heb hier iemand goed die ik erbij kan pakken en zonder dat die van helemaal nul terug moet beginnen.”
- CARE-medewerker

5.6 Beschikbaarheid geëngageerde partners

CARE is afhankelijk van hulpverleningspartners om trajecten kwaliteitsvol op te starten, uit te voeren en af te ronden. De beschikbaarheid van geëngageerde partners is met andere woorden een belangrijke voorwaarde om kwaliteitsvolle zorg te verlenen.

5.6.1 Contactpersoon voor cliënten

Ten eerste zijn geëngageerde partners een voorwaarde om transparant en helder te communiceren met cliënten in de aanmeldingsfase (zie p. 50) en verkeerde verwachtingen tegen te gaan (zie p. 79). Cliënten ontmoeten het CARE-team meestal pas voor het eerst op het moment van het intakegesprek. Cliënten zijn met andere woorden afhankelijk van verwijzers om CARE te vinden, zich aan te melden en door de eerste (telefonische) selectie te geraken. Een cliënt getuigt daarbij dat het vertrouwen van haar verwijzer in het CARE-team voor haar een voldoende voorwaarde was om zich aan te melden voor CARE. Het CARE-team rekent er op zijn beurt op dat verwijzers zowel cliënten als het CARE-team correct informeren over de situatie en geschiedenis van de cliënt.

“Die heeft ons aanbevolen van, pak PANGG, dat is heel goed. Ik heb nog jongeren die daar zitten en dat is wel iets voor [jongere]. Want [jongere] ging vroeger heel vaak naar den huisdokter, omdat hij heel diep heeft gezeten en dan heeft de huisdokter gezegd

'Ga naar daar, die kunnen dat beter als ik.' (...) Ja, omdat onze dokter zei van 'Ik ben zelf geen psycholoog. Het is best dat je dat aanneemt'. Dus toen hebben we gezegd: we proberen dat.' - Cliënt

5.6.2 Samenwerken

Ten tweede zijn geëngageerde partners een voorwaarde om zinvolle samenwerkingen aan te gaan tijdens het CARE-traject (zie p. 47). Deze voorwaarde wordt soms geschonden, bijvoorbeeld wanneer bepaalde partners niet aan boord willen of kunnen komen of niet willen samenwerken in een CARE-traject. Een terugkerende tendens die aangehaald wordt is dat veel hulpverleningsdiensten draaien op hun maximumcapaciteit. Partners lijken hun grenzen te bewaken. Samenwerken zou echter net efficiëntie kunnen brengen. Vanuit het perspectief van een kritische verwijzer, wordt ook de beschikbaarheid van CARE als geëngageerde partner in vraag gesteld. Deze verwijzer pleit voor minder 'hokjesdenken' in het hulpverleningslandschap en voor meer samenwerking over de grenzen van organisaties heen.

"Maar zo de trajecten die samenlopen met het CGG zijn zeer beperkt en dat vind ik heel jammer, want ik denk dat daar heel veel meerwaarde in zit. Maar iedereen lijkt zo een beetje zijn eigen grenzen te bewaken." - CARE-medewerker

"(...) als ik aan het dossier van [jongere] denk, dat klopt wel dat we heel veel energie hebben gestoken in de medische wereld en dat we daar eigenlijk nergens mee zijn geraakt." - CARE-medewerker

"(...) en CARE voelt veel meer op een eilandje. Je kent die niet. Je weet niet wie dat dat zijn? Hoe denken die, wat vinden die belangrijk? Ik heb echt geen idee. Terwijl dat je met veel zorgpartners in Antwerpen dat je wel zoiets van samen denken hebt en weten dat je elkaar mag, allee elkaars mentale ruimte en expertise ook mag gebruiken om even af te toetsen en na te denken." - Verwijzer

Verder komen de beperkte samenwerkingsmogelijkheden met volwassenenhulp regelmatig aan bod in de drie CARE-teams. Soms is er nood aan (bijkomende) hulpverlening voor de ouders en/of worden CARE-trajecten opgestart met jongeren in transitieleeftijd die richting volwassenenhulp evolueren. In beide gevallen ervaren CARE-medewerkers een kloof tussen de hulpverlening voor jongeren en deze voor volwassenen. Die kloof uit zich onder andere in (1) onzekerheid of onwetendheid bij volwassenenhulpverlening om met jongeren aan de slag te gaan, (2) weerstand bij ouders

om hun kinderen te betrekken in hun hulpverleningstraject, (3) een onduidelijk mandaat om hulpverlening bij ouders op te starten, en (4) wettelijke bepalingen die de transitie bemoeilijken.

"Maar soms zitten we écht zo te denken van goh, we hebben hier echt mensen nodig die naast die ouders staan. Want als we die ouders niet goed kunnen helpen, gaan we die kinderen ook niet goed kunnen helpen. En ik vind dat wij daar heel veel in investeren. Wat goed is hé. Maar soms is er wel nog een gebrek aan andere diensten die mee over de brug komen vind ik en dat vind ik soms ook een minpunt." - CARE-medewerker

"Dus heel vaak hebben we het over er moet meer zorg voor de ouders geïnstalleerd worden hè. Wie doet dat dan? Natuurlijk. We hebben kennis, we hebben onze lijntjes, wij kunnen dat doen hé. Terwijl je kan dat ook bij de huisarts leggen. Maar wat als de huisarts dat dan niet doet? Of het krijgt een andere richting dan dat wij denken, dan dat het moet krijgen. Dus er is vaak... Over wie nodig gaat het niet, maar maar wie doet het?" - CARE-medewerker

"Ja ook, vanaf achttien dan pas en dan ja dan kom je op de wachtlijst waar je nog eens twee jaar moeten wachten, en dan ben je twintig vooraleer ge kunt opstarten. Wie overbrugt dat? Opnames hetzelfde, hulpverlening heel vaak gewoon vanaf achttien." - CARE-medewerker

Ook cliënten botsen op de kloof tussen jeugdhulp en volwassenenhulp. Zo getuigt deze cliënt over zijn ervaring met een volwassenenpsychiater voor zijn kind in transitieleeftijd:

"Er wordt heel veel meer verwacht van [jongere]: dat ze zelfstandiger is, dat ze mondig is, dat ze zegt waar dat ze tegenaan loopt, ... Terwijl ze dat zelf eigenlijk totaal niet ziet. Dus, wij zitten daar als ouder nog altijd bij. Maar de psychiater heeft de laatste keer gezegd van: het is de bedoeling dat [jongere] de volgende keer alleen komt. Wij weten dat... dat [jongere] daar niet alleen binnen stapt. Dus, Ik heb dat daar moeten zeggen... Verplicht dat kind niet. Dit gaat niet lukken." - Cliënt

5.6.3 Doorverwijzen

Ten derde en laatste is de beschikbaarheid van geëngageerde netwerkpartners een voorwaarde om CARE-trajecten kwaliteitsvol af te ronden. Op die manier kan het CARE-team cliënten warm doorverwijzen naar partners die het traject verder vasthouden (zie p. 72) waardoor ze tijdig trajecten kunnen afronden en plaatsmaken voor wachtende

gezinnen (zie p. 67). Wanneer er geen geëngageerde netwerkpartners beschikbaar zijn, is afronden in sommige gevallen gewoon geen optie (bv. omwille van de veiligheid van het cliëntsysteem).

“Dat je eerst wel daar iets probeert op te starten, dat er al wat band is, vooraleer dat er gesproken wordt over afronden. Als ik zo terugkijk naar mijn trajecten. Zo dat je daarin al een gerust gevoel kunt hebben als begeleider van oké daar is wel een band en ook al kan die afronding dan nog altijd moeilijk zijn, dat dat toch... wa meer samenloopt of overlapt ofzo. Dus ja.” - CARE-medewerker

“Dus ja, het hetgeen wat wij kunnen doen is vrij beperkt, maar we kunnen niet afronden omdat we geen enkele garantie hebben dat er nog iets anders naast staat. En het is een zeer gevaarlijke situatie hè? Dus ja, dus ja, dat maakt dat dat afronden heel erg moeilijk wordt dan hè. Terwijl dat je eigenlijk ja op teambespreking en onderling wel duidelijk hebt van goh mobiel kunnen wij hier geen meerwaarde meer bieden. Maar je kan niet lossen omdat dat meisje niet in opname geraakt of niet in een vervolgtraject na opname.” - CARE-medewerker

5.7 Ondersteunend beleidskader

Een belangrijke voorwaarde opdat het CARE-programma kwaliteit kan bieden is dat ervanuit (1) de FOD Volksgezondheid, (2) PANGG 0-18, en (3) de moederorganisaties van elk CARE-team een beleidskader in voege is dat voorgenoemde werkzame mechanismen en randvoorwaarden ondersteunt en drempels ondervangt.

5.7.1 Inzetten op context en netwerk

Ten eerste benadrukken verwijzers en CARE-medewerkers dat specifiek het financieringskader een voorwaarde is om aan de slag te gaan met de context (zie p. 46) in te zetten op netwerk (zie p. 47). In plaats van prestatiegerichte zorg, ondersteunt het financieringskader van CARE een eerder waardegedreven zorg. Zo hebben CARE-medewerkers middelen om buiten het cliëntencontacten ook aan de slag te gaan met context, casemanagement etc. Dit werk ‘achter de schermen’ dat toelaat om holistisch en systemisch aan de slag te gaan, is broodnodig voor de complexe en minderjarige doelgroep van CARE. CARE heeft hierdoor een unieke meerwaarde in het hulpverleningslandschap van provincie Antwerpen:

“Ja het de de de overgang veel meer naar een prestatiegerichte financiering zet dat wel wat onder druk. (...) En als daar de nadruk op gaat beginnen liggen, meer en meer

en meer en meer, ja, dan verlies je veel meer de vrijheid om contact op te nemen met allemaal andere zorgpartners, met contextfiguren, crèches, met onthaalouders met... Want dat financiert niet. Maar dan blijf je veel meer op uw eilandje in uw kamer werken en dat werkt niet.” - Verwijzer

5.7.2 Langdurig en aanklampend

Ten tweede benadrukken CARE-medewerkers en verwijzers dat het beleidskader een voorwaarde is om langdurig en aanklampend aan de slag te gaan (zie p. 43). Zonder beleidsmatige borging van het langdurige karakter dreigt dit unieke aspect van de CARE-begeleidingen ten onder te gaan door de hoge aanmeldingsdruk (zie p. 67).

“Ze kunnen er lang staan, dragen veel mee, houden vol, kennen in onze regio zeker goed de mogelijkheden, kunnen switchen in intensiteit.” - Verwijzer

“Ja dat er tijd is, die hebben ook wel tijd, termijnen. Want ik heb het idee om een hulpvraag duidelijk te krijgen en daarin tot afstemming te komen dat dat ook een ja het tempo volgen is van een gezin.” - Verwijzer

“Wij zijn heel actiegericht en ik denk dat dat ook een meerwaarde van ons team is boven andere teams in de zin van dat wij heel veel op pad gaan met de mensen. We gaan echt dingen doen en dat maakt ook dat de hulpverlening vaak versnelt, denk ik, he dat het therapeutisch proces vaak versnelt.” - CARE-medewerker

“Je kunt afgesnauwd worden of de deur die altijd dichtgaat, maar toch blijf je proberen. Dat is juist CARE: volhouden, opnieuw proberen de connectie te maken, omdat dat gezin hulp nodig heeft.” - CARE-medewerker

5.7.3 Professionalisering

Ten derde benadrukken CARE-medewerkers en verwijzers dat het beleidskader een voorwaarde is om inhoudelijk kwaliteitsvolle zorg te bieden. Enerzijds wordt er verwezen naar de inzet van bepaalde modellen en methodieken (bv. systeemdenken, ervaringsleren, geweldloos verzet, contextueel denken) (zie p.53) en anderzijds naar de mate van autonomie die CARE-medewerkers krijgen om deze modellen en methodieken in te zetten en vorm te geven (zie p. 59).

“En, ik denk dat dat kwaliteitsvol kan zijn, dat er een duidelijk kader is, maar dat er wel voldoende afstemming mogelijk is op de hulpvragen.” - Verwijzer

“Overal waar nodig, zal ik een zetje mee geven. Angst om de bus te pakken, we gaan dat samen oefenen. Ja echt samen de dingen gaan doen. Eigenlijk zijn daar weinig limieten op. Er zijn wel grenzen op, maar zo afhankelijk van de insteek zijt ge zo vrij.” - CARE-medewerker

De balans tussen deze twee vinden, blijkt in elk CARE-team een voortdurend proces. De behoefte naar houvast is daarbij regionaal verschillend, maar hoofdzakelijk gemotiveerd vanuit (1) de nood aan een gedeelde visie in nieuw samengestelde CARE-teams (zie p. 62), (2) de nood om als hulpverlener staande te blijven in complexe dossiers (zie p. 70 en p. 72), en/of (3) de nood om samen te werken/collega's te blijven vinden ondanks de hoge werkdruk (zie p. 62).

“Maar we zijn ook wel heel... ja, mag ik zeggen vrijgevochten. Om veel... We krijgen veel ruimte om dingen uit te proberen en zo en dat is langs de ene kant fijn. Maar langs de andere kant denk ik soms ook van, allée dan spreek ik voor mezelf, dat ik soms zo de structuur een beetje kwijt ben en niet meer zo goed weet van “met wat ben je nu eigenlijk bezig he?” Dus zo een beetje houvast, als dat erbij zou kunnen komen bij het mooie wat we al bieden, denk ik, dan zou dat wel een meerwaarde zijn.” - CARE-medewerker

“Moet er voldoende tijd en ruimte blijven om het tempo van een gezin te volgen. (...) Tegelijkertijd is het afronden van dossiers altijd een moeilijk gegeven. Wanneer doe je dat? Dat is de dualiteit.” - CARE-medewerker

De behoefte aan autonomie wordt in elk van de drie CARE-regio gemotiveerd vanuit de nood om op maat te werken/zich flexibel op te stellen in dossiers (zie p. 59). Autonomie ervaren, draagt duidelijk bij aan de bevlogenheid van de CARE-medewerkers.

“Dat je echt heel erg op maat mag gaan gaan werken en dat je heel veel mag inzetten en dat je daar ook de ruimte voor krijgt. Dat is voor mij de... waardoor ik hier al zo lang werk.” - CARE-medewerker

Zowel CARE-medewerkers als een verwijzer die zelf werkzaam is bij PANGG 0-18, benadrukken dat een beleidskader pas echt ondersteunend is wanneer er voldoende rekening gehouden wordt met de realiteit van elk regionaal team. Zo is in elke regio de sociale kaart anders (zie p. 47), maar zijn er bijvoorbeeld ook verschillen in de wachttijden bij hulpverleningspartners (zie p. 101), de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel verschilt (zie p. 72), demografische variabelen of de

geografische spreiding van de doelgroep zijn anders (zie p. 75 en p. 84), de ervaring in mobiel werken (zie p. 96) of de personeelsbezetting verschillen (zie p.96 en p. 62). De combinatie van een top-down en bottom-up benadering bij het uittekenen van dit beleidskader is dan ook cruciaal om voldoende erkenning te geven aan en rekening te houden met dergelijke regionale verschillen.

“Vaak worden er worden er visies uitgeschreven van ergens bovenop en die dan uitgedragen worden naar de mensen die in het werkveld staan. Maar soms klopt dat niet helemaal met hoe dat het er in de realiteit aan toe gaat? Dus ik denk omdat goed af te stemmen en om dat wel op maat te krijgen dat er zeker vanuit onderuit feedback of dingen moeten bevraagd worden en meegenomen worden om te zien van oké, is het wat dat wij vragen? Is dat haalbaar in de praktijk? Kunnen hulpverleners bijvoorbeeld hè die visie uitdragen of kunnen zij die job doen binnen het kader waarin dat zij zitten en met de middelen dat er voorhanden zijn?”- Verwijzer

“Maar ja, ziet ge, je zit met 3 verschillende regio's die elk vanuit een eigen geschiedenis aan dit verhaal begonnen zijn, maar voor ons, wij hebben het voordeel dat we hier al wel ja werking hadden, hè? En om dat op één lijn te krijgen, ik denk dat we de afgelopen jaren voortdurend geprobeerd hebben om om langs de ene kant de neuzen wat in dezelfde richting te krijgen, langs de andere kant ook voortdurend hebben benadrukt dat we in 3 verschillende situaties aan het werken zijn.” - CARE-medewerker

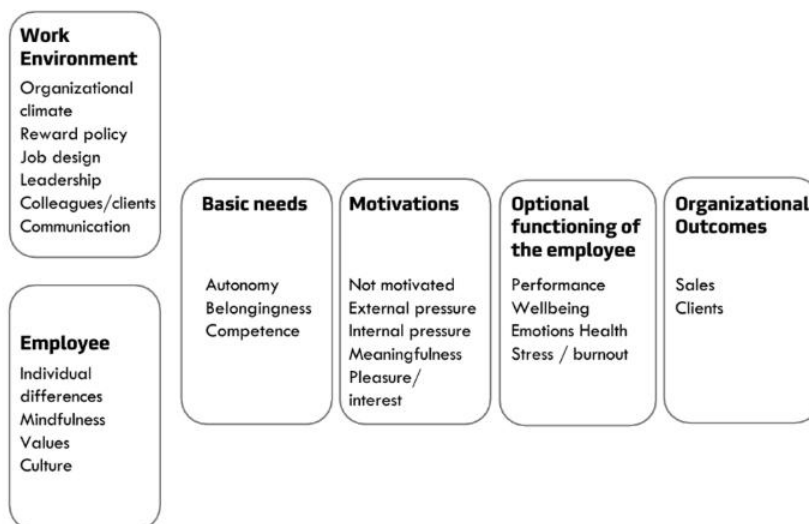
5.7.4 Veilig onderweg

Ten vierde en laatste benadrukken CARE-medewerkers dat een beleidskader waarin er meer omkadering is voor de veiligheid en verzekering van CARE-medewerkers en hun voertuig een voorwaarde is om mobiel te kunnen werken (zie p. 57) en om te gaan met de uitdagingen die de grote regio met zich meebrengt (zie p. 75). Het huidige kader wordt als onvoldoende ondersteunend ervaren, wat een demotiverende factor is voor CARE-medewerkers en zelfs een aanleiding kan zijn om de mobiele CARE-werking te verlaten. Dergelijk verloop druist in tegen het belang van stabiliteit binnen de CARE-teams (op pagina 96).

Deel 4

Aanbevelingen

Op basis van de voorgaande onderzoeksresultaten, alsook de participatieve workshop en stuurgroep, werd een reeks aanbevelingen geformuleerd om de kwaliteit van zorg in het CARE-programma te waarborgen en verhogen. De aanbevelingen worden gestructureerd volgens het ABC-model (autonomie – belongingness – competences), wat zijn wortels heeft in de zelfdeterminatietheorie (ZDT) van Ryan en Deci (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000). Dit model werd in Vlaanderen verder ontwikkeld en verspreid door Van Steenkiste, met toepassingen in verschillende levendomeinen, waaronder de werkcontext (zie bijvoorbeeld Vansteenkiste et al., 2007). Specifiek binnen de werkcontext stelt het model dat de drie basisnoden vervuld moeten worden door een werkplek opdat werknemers intrinsiek gemotiveerd aan de slag kunnen gaan. De basisnoden zijn: (1) autonomie, (2) verbondenheid, en (3) het inzetten en ontwikkelen van competenties waardoor werknemers succesvol hun opdracht kunnen waarmaken. Het vervullen van deze basisnoden leidt op zijn beurt tot een gemotiveerd en goed functionerend team dat kwaliteit levert (zie Figuur 4) (Van den Broeck et al., 2024).



Figuur 4. De basisnoden volgens het ABC-model, toegepast op een arbeidscontext. (overgenomen uit: Van den Broeck, Van Coillie, Forest, & Müller, 2024, p.18)

De keuze voor het ABC-model laat toe om de vele informatie die doorheen het proces verzameld werd (zie deel 3) gestructureerd te vertalen naar aanbevelingen. Uit het geheel van data bleek dat vele zorg- en werkingsvraagstukken in het CARE-programma in belangrijke mate te maken hebben met hoe teamleden gemotiveerd, gesteund, verbonden en deskundig aan de slag kunnen gaan. Vanuit dat perspectief lag het ABC-model voor de hand als ordeningskader.

Deze keuze heeft evenwel ook een keerzijde: ze impliceert dat we een **specifieke bril** opzetten om de onderzoeksbevindingen te interpreteren. verzamelde data laten ook andere interpretatiekaders toe - bijvoorbeeld kwaliteitsmodellen die vertrekken vanuit cliënten en hun ervaringsdeskundigheid, procesmodellen, of bredere modellen rond geïntegreerde zorg en netwerkwerking. Om focus te behouden binnen dit rapport werd ervoor gekozen deze alternatieve kaders niet verder uit te werken, zonder hiermee te suggereren dat ze minder relevant zouden zijn.

De keuze voor het ABC-model impliceert ook dat de aanbevelingen vooral betrekking hebben op de CARE-teams en het netwerk PANGG 0-18. Andere stakeholders, zoals cliënten, verwijzers en de moederorganisatie van de CARE-teams komen slechts in beperkte mate aan bod.

Tot slot moet onderstaande lijst van aanbevelingen als een dynamisch werkdokument beschouwd worden. De onderzoekers raden aan om de aanbevelingen verder te verfijnen in dialoog met verschillende stakeholders en aan te vullen of te prioriteren op basis van de uitdagingen waar het CARE-programma na afloop van het onderzoek (december 2025) voor staat.

1 Autonomie binnen een programmatorisch kader van het netwerk

1.1 Context

Binnen de CARE-teams leeft er een sterke nood aan (professionele) autonomie. Deze vraag naar autonomie situeert zich zowel op individueel niveau als op regionaal team-niveau.

- **Individueel:** als CARE-medewerker moet je vertrouwen krijgen om autonoom te werk te gaan in een gezin. Elk gezin heeft namelijk andere noden en dat vereist maatwerk.

“De individuele vrijheid van de begeleider in combinatie uiteraard met de gedragenheid van dat team, dat moet zeker voor ogen blijven. Dat is het fundament. Maar dan ook zo ja, de flexibiliteit om een begeleiding vorm te geven en zowel in duur als in inhoud. Waar de focus uiteraard moet blijven liggen op de psychiatrische problematiek van het kind hé.” – CARE-medewerker

- **Regionaal:** ieder CARE-team bevindt zich in een andere regionale realiteit. Concreet zijn er regionale verschillen in de sociale kaart, samenstelling van de doelgroep, personeelsbezetting, inbedding in de moederorganisatie, voorgeschiedenis met mobiel werken enz.

“Dus en u zorgaanbod is anders allee er zijn zoveel factoren die die een verschil maken in hetgeen dat je kan bieden dat ik ook dat ik dat eigenlijk wel heel erg belangrijk vind dat dat regels zelf ja kunnen uitwerken wat wat dat in hun regio noodzakelijk is, hè? Dus in dat opzicht denk ik van ja, dat kader is wel belangrijk, hè? Maar laat inderdaad in elke regio laat het toe dan mensen iets uitwerken wat dat hun regio nodig heeft. Als ik kijk hier bij ons, er is op dat vlak zeer weinig, allee wij hebben heel weinig, bijvoorbeeld contextbegeleiding, hè? Dat is iets wat we vaak proberen of dat we denken dat dat toch wel zinvol zou zijn om de combi te doen, hè?” – CARE-medewerker

Tegelijkertijd geven CARE-medewerkers aan dat ze op zoek zijn naar houvast vanuit PANGG 0-18. De autonomie kan zich pas ontwikkelen binnen algemene, provinciale klijtlijnen (programmatorisch kader) zodat het autonoom handelen op individueel en regionaal niveau voldoet aan:

- **de verwachtingen** van PANGG 0-18 als opdrachtgever, maar ook van de subsidiërende overheid (FOD), andere hulpverleningspartners en de ruimere maatschappij.

“Ik vind het ook heel lastig om te horen dat er in sommige regio's gezegd wordt, van wij doen begeleiding en geen behandeling hè? Dat is lastig, want we hebben afgesproken dat we behandeling bieden hé.” – CARE-medewerker

- **voldoende ondersteund** kan worden door het netwerk door onder andere een gepaste visie aan te leveren, met gedeelde taal, maar ook middelen, informatie en opleidingen.

“En rekening houdend met de ja de evolutie van verschillende teams, denk ik dat een netwerk daar een rol in te spelen heeft in het creëren van randvoorwaarden, hè? In het voorzien van voldoende vormingsmogelijkheden, opleidingsmogelijkheden.” – CARE-medewerker

1.2 Aanbevelingen

1.2.1 Ontwikkel een geactualiseerd, helder en gedeeld provinciaal CARE-kader dat richting geeft zonder te verstikken

PANGG 0-18 herbekijkt en actualiseert het bestaande draaiboek van het zorgprogramma CARE, vertrekkend van de FOD-richtlijnen en de evoluties binnen de jeugdhulp (zoals de groeiende aandacht voor transitieleeftijd, mobiele zorg en gedeelde trajectcoördinatie). Dit vernieuwd kader benoemt op een duidelijke, niet-restrictieve manier de vier kerntaken waarvoor elk CARE-team verantwoordelijk is (behandeling, begeleiding, trajectcoördinatie en expertisedeling), en verduidelijkt de minimale verwachtingen ten aanzien van elk team, ongeacht de regio. Het kader formuleert expliciet:

- de algemene opdracht van CARE,
- de stabiliteit van bepaalde kernelementen (bv. mobiele werking),
- de ruimte voor regionale differentiatie,
- en hoe deze differentiatie moet worden verantwoord en opgevolgd.

1.2.1.a Aandachtspunten

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Het kader moet voorkomen dat teams vastraken in discussies over hun identiteit en hun verantwoordelijkheid.☐ Het kader moet helderheid bieden voor externe partners, die nu verwarring ervaren over wat CARE in welke regio doet.☐ Het kader moet bepalen wat vaststaat (structurele functies) en wat dynamisch en evolutief is.☐ Het kader moet voorzien in heldere en meetbare indicatoren, en vooraf duidelijk maken hoe opvolging van deze indicatoren gebeurt.☐ Criteria moeten duidelijker en minder interpreteerbaar worden, om verschillen tussen regio's te beperken.☐ Teams mogen criteria regionaal verfijnen, maar binnen afgesproken provinciale minimumvoorwaarden. |
|--|

1.2.2 Laat elk CARE-team een regionaal meerjarenplan ontwikkelen dat het programmatorisch kader vertaalt naar regionale noden en mogelijkheden

Elk CARE-team werkt vanuit het programmatorisch kader een meerjarenplan (strategische doelen) uit voor een periode van meerdere jaren (bijvoorbeeld 3), aangevuld met jaarlijkse operationele plannen die ruimte laten voor bijsturing op kortere termijn. Deze plannen omvatten minstens duiding over:

- keuzes over welke functies van CARE geprioriteerd zullen worden (behandeling, begeleiding, trajectcoördinatie, expertisedeling),
- keuzes voor eventuele bijkomende in- of exclusiecriteria en de prioritering van bepaalde doelgroepen op de wachtlijst,
- accenten die voortkomen uit regionale kenmerken (bv. beschikbare partners, samenstelling doelgroep, wachttijdproblematiek),
- concrete acties, tijdslijnen en afspraken over opvolging (lieft gekoppeld aan meetbare indicatoren).

Het netwerk valideert de ingediende meerjarenplannen en bewaakt de samenhang tussen regionale keuzes en provinciale verwachtingen, in een proces van wederzijdse afstemming.

1.2.2.a Aandachtspunten

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Regionale verschillen zijn reëel en legitiem (sociale kaart, inbedding, personeelsbezetting, aanwezige competenties in het team,...).☐ Teams die nog niet klaar zijn voor bepaalde functies kunnen dit stapsgewijs opnemen in hun meerjarenplan.☐ Regio's kunnen tijdelijk extra inzetten op één functie (bv. expertisedeling), zolang dit verantwoord en afgestemd is met het netwerk.☐ Een strikt 3-jarenplan is mogelijk te rigide; combineer betere strategische doelen op lange termijn met regelmatige (jaarlijkse) herzieningen.☐ Het is essentieel dat vooraf duidelijk is hoe plannen zullen worden geëvalueerd en welke data hiervoor vereist zijn.☐ Externe partners moeten het regionale aanbod kunnen begrijpen; verschillen tussen regio's zijn oké, maar moeten expliciet uitgelegd worden. |
|---|

1.2.3 Installeer een structurele evaluatie- en datacultuur die kwaliteit bewaakt, regionale verschillen monitort en bijstuurt waar nodig

Het netwerk ontwikkelt en implementeert een gedragen evaluatiemethodiek die toelaat om:

- de uitvoering van meerjaren- en jaarplannen op te volgen,
- regionale verschillen transparant en bespreekbaar te maken,
- beslissingen rond inclusie, trajectduur en prioritering te onderbouwen,
- kwaliteitsindicatoren en wachttijden systematisch te monitoren,
- input van teams en cliënten mee te nemen in kwaliteitsverbetering.

Daarvoor worden:

- Gezamenlijke registratiestandaarden afgesproken (inclusiecriteria, faseringscodes, nazorgregistratie, verslaggeving).
- Het EPD gebruiksvriendelijker gemaakt en afgestemd op deze standaarden.
- Een centrale dataverantwoordelijke binnen het netwerk aangesteld om data te verzamelen, analyseren met gepaste software.
- Teams verder stimuleert, in navolging van het afgelopen onderzoek, in het installeren van een kwaliteitscultuur via uitwisselingsmethodieken zoals reflectieve cycli.

Er wordt minstens jaarlijks (of halfjaarlijks) een transparant datadashboard gedeeld tussen het netwerk en de teams, gekoppeld aan teamdoelen en regio-eigen prioriteiten, maar ook met feedback over de mate waarin teams voldoen aan de provinciale minimumvoorwaarden.

1.2.3.a Aandachtspunten

- ☐ EPD-registratie is momenteel onvoldoende uniform; dit moet eerst geharmoniseerd worden om betrouwbare analyses toe te laten.
- ☐ Data moet bruikbaar worden voor lerende praktijken, niet enkel voor rapportage aan de FOD.
- ☐ De evaluatiecultuur mag niet onderschat worden: teams moeten voorbereid worden in de denkoefening “wat willen we meten en waarom?”. De bestaande dataset bevat potentieel, maar de vraagstelling is nog onvoldoende helder.

- ❑ De evaluatiemethodiek moet samen met de teams worden ontwikkeld om draagvlak te creëren.

1.3 Wetenschappelijke literatuur

Kramer en collega's (2006) conceptualiseren autonomie in de zorg aan de hand van drie dimensies: klinische/praktijk-, organisatorische en werkautonomie. Wanneer deze drie dimensies adequaat worden ondersteund door organisatorische structuren en leiderschap, bevorderen ze een werkomgeving die een positieve invloed heeft op cruciale professionele uitkomsten (zoals motivatie, werktevredenheid, maar ook samenwerking). Verschillende factoren dragen bij tot meer professionele autonomie—bijvoorbeeld een hoger opleidingsniveau en meer klinische ervaring. Dit impliceert dat (1) toegang tot actuele kennis, het opdoen van voldoende klinische ervaring (en hierover uitwisselen met collega's, bijvoorbeeld in intervisies) en het vermogen om op basis van deze kennis onafhankelijke beslissingen te nemen, essentieel zijn het bevorderen van autonomie in de werkomgeving (Akbaş Uysal & Ekiz, 2025), (2) het versterken van autonomie niet los gezien kan worden van competentieversterking.

Internationale literatuur toont verder ook duidelijk aan dat professionele autonomie niet ontstaat in een vacuüm, maar het resultaat is van een **duidelijke organisatorische visie, ondersteunend leiderschap en transparante communicatieprocessen** (Nguyen, See, Brown, & Kokotsaki, 2024; Odonkor, 2023). **Onderzoek** in andere zorg- en onderwijscontexten benadrukt dat autonomie het sterkst groeit wanneer professionals weten *waarbinnen* zij vrij kunnen handelen. Studies over autonomie-ondersteunend leiderschap (zie Nguyen et al., 2024 voor een overzicht) tonen dat professionals meer eigenaarschap en werktevredenheid ervaren wanneer leidinggevend:

- actief luisteren naar hoe medewerkers situaties begrijpen alvorens richting te geven,
- ruimte laten voor professionele oordeelsvorming in complexe situaties,
- innovatie en deskundigheid van teams erkennen,
- en een cultuur van vertrouwen uitdragen in plaats van controlerende sturing.

Tegelijkertijd wijzen meerdere auteurs op het belang van **heldere communicatie over visie, verwachtingen en beleidswijzigingen** (Nguyen et al., 2024). **Transparantie** over de programmatische koers versterkt het gevoel van controle, omdat medewerkers weten welke doelstellingen vaststaan, waar ruimte is voor interpretatie, en waarop zij kunnen rekenen vanuit de organisatie.

2 Verbondenheid op alle niveaus

a. Context

CARE-medewerkers drukken een nood aan verbondenheid uit. Die verbondenheid situeert zich op verschillende niveaus:

- **Met collega's** van hetzelfde CARE-team. Collega's willen leren van elkaar, elkaar steunen, samen nadenken en samen een aanbod ontwikkelen. Daarbij is er extra aandacht voor de onboarding van nieuwe collega's die door de mobiele werking soms moeilijk verbinding kunnen maken met het team.

“Hoe gaan we meer gedragenheid krijgen over verschillende thema's? Mensen zijn daar gradueel in gegroeid. Maar als nieuwe mensen starten, hebben zij dat proces niet. Ondertussen is dat ook naar PANGG gegaan, dus dat stukje is verloren gegaan. Zie dat daar tijd voor komt in teamvergaderingen, op vaste basis.” – CARE-medewerker

- **Met andere CARE-teams.** CARE-teams willen leren van elkaar, met respect voor regionale behoeften en snelheden. Een belangrijke voorwaarde daarbij is dat dergelijke ontmoetingen een meerwaarde voor de cliënt moeten hebben. Initiatieven in het verleden draaiden namelijk uit op eerder repetitieve vergaderingen zonder gemeenschappelijk doel.

“Ik denk dat het voor het netwerk, als het gaat bijvoorbeeld over informatie op papier, een bundel over bepaalde methodieken of visies die er zouden zijn als dat gecentraliseerd zou kunnen zijn, waar dat iedereen aan kan he. Als wij een SharePoint zouden hebben, ook voor de medewerkers. We hebben dat voor de teamcoördinatoren, als we dat zouden hebben voor de medewerkers, waar dat je gestructureerd dingen kunt laten parkeren en waar dat je kunt gaan plukken bij wijze van spreken, dat zou zeker heel waardevol zijn.” – CARE-medewerker

- **Met de moederorganisatie en PANGG 0-18.** CARE-teams willen dat enerzijds hun belangen vertegenwoordigd worden op hoger niveau en dat ze inspraak kunnen hebben (bottom-up) en anderzijds dat ze voldoende geïnformeerd worden (richtlijnen, cijfers, nieuws), ondersteund worden en feedback krijgen over hun werking (top-down).

“Ja, en en voor mij ook een hele belangrijke nagel waar we blijven op kloppen is wij moeten daar ook feedback over krijgen hé. En dat is ook een heel wankel punt in ons netwerk. Dat er te weinig mensen zijn die weten hoe dat ze uit dat systeem de cijfers moeten halen. Ik zou heel graag hebben dat we om het half jaar toch, ja, een blik krijgen op wat zijn we als CARE-team aan het doen. Niet alleen wij, maar ook allemaal. En daar slagen wij niet in.” - CARE-medewerker

- **Met het ruimere hulpverleningslandschap.** CARE-teams willen inzicht blijven houden in de dynamische sociale kaart, contacten met verwijzers en partners onderhouden en rolduidelijkheid scheppen: wat is onze opdracht? Wat is jullie opdracht? En hoe werken we op een efficiënte manier samen? Daarnaast is er nood aan deskundigheidsbevorderingen op federaal niveau: welke inzichten zijn echt innoverend en inspirerend binnen onze sector?

“Ik denk dat dat zinvol zou zijn moest ge bijvoorbeeld met een CGG zou kunnen samenwerken en dat je zegt van kijk, dat mobiel stuk is nu op dit moment niet meer nodig, kunnen we dit dossier nu aan jullie overdragen zodanig dat dat dan ambulant bij jullie kan.” – CARE-medewerker

2.1 Aanbevelingen

2.1.1 Organiseer structurele én informele momenten van ontmoeting binnen elk CARE-team, met duidelijke verwachtingen vanuit het netwerk

Het netwerk formuleert naar alle moederorganisaties en CARE-teams de verwachting dat mobiele teams expliciet structurele én informele momenten van teamverbinding organiseren. Deze momenten zijn een middel om:

- werkplekklaren te stimuleren,
- draagkracht van medewerkers te vergroten,
- nieuwe medewerkers goed te onboarden,
- teamidentiteit te bewaken,
- isolement bij mobiele werkers te voorkomen.

Concreet betekent dit dat elk CARE-team binnen de beschikbare uren ruimte voorziet voor o.a.:

- een vaste teamdag, terugkerende teamvergadering of casusoverleg,

- regelmatige intervisiemomenten waarin leren en verbondenheid samengaan,
- informele contactmomenten (samen lunchen, vast aanwezigheidsmoment op kantoor, laagdrempelige ontmoeting rond een koffiemachine),
- een onboarding-proces waarin nieuwe medewerkers begeleid worden in de cultuur, taal en methodiek van het team.

Het netwerk verwacht dat verbondenheid georganiseerd wordt, maar teams bepalen zelf de concrete vorm, passend bij hun omvang, werknemersprofiel en regionale noden. Deze afspraken kunnen eventueel mee opgenomen worden in het meerjarenplan (zie aanbevelingen rond autonomie cfr. supra).

2.1.1.a Aandachtspunten

- ☐ Verbondenheid creëren is een extra uitdaging in mobiele teams; het moet dus expliciet georganiseerd worden door het netwerk, want wat vanzelfsprekend is in de ene moederorganisatie, is dat niet in de andere.
- ☐ Informele verbondenheid (bv. lunchmoment, vaste kantoorvoormiddag) is cruciaal en niet triviaal: het verlaagt de drempel om elkaar te vinden en veiligheid in het team te creëren.
- ☐ Ontmoeting mag geen 'afvinkactiviteit' worden of onnodige overhead creëren. Er moet gewaakt worden over efficiëntie. Verbinding is een middel, geen doel. De kwaliteit van zorg aan cliënten blijft het einddoel.
- ☐ Teams moeten ondersteund worden door een goede facilitator voor intervisie, reflectie of casusbespreking om het risico op inefficiënte of oppervlakkige besprekingen te verkleinen.
- ☐ Onboarding verdient bijzondere aandacht: nieuwe medewerkers missen het groeipad dat bestaande teams doorlopen hebben.

2.1.2 Ontwikkel doelgerichte en thematische vormen van kennisdeling en ontmoeting tussen CARE-teams, met duidelijke focus op meerwaarde voor cliënten

Het netwerk organiseert zorgvuldig gekozen, doelgerichte en thematische kennisdeling tussen CARE-teams, waarbij telkens de vraag centraal staat: "Hoe verhoogt dit de kwaliteit van zorg voor cliënten?" Voorbeelden van dergelijke kennisdeling zijn:

- Thematische intervisies of leernetwerken rond onderwerpen zoals verslavingsproblematiek, gezinsdynamieken, suïcidaliteit, crisis, trajectcoördinatie, transitie...
- Een gedeelde digitale kennisbank (bv. SharePoint) waar methodieken, formats, goede praktijken en documenten geordend en toegankelijk beschikbaar zijn voor alle medewerkers.
- Tijdelijke werkgroepen rond nieuwe uitdagingen (bv. transitieleeftijd, nieuwe FOD-criteria, innovatieve praktijken).
- Kleine, wendbare uitwisselingsgroepen per regio/profiel (bv. trajectcoördinatoren samen, of medewerkers met veel crisisdossiers).

De ontmoetingen zijn niet repetitief, niet vrijblijvend, en richten zich op leren van elkaar met respect voor regionale verschillen.

2.1.2.a Aandachtspunten

- ☐ Eerdere overlegmomenten tussen CARE-teams zijn een stille dood gestorven. Ze voelden repetitief en doelloos aan. Voorzie dus een gemeenschappelijk doel in functie van kwaliteitsvolle zorg aan cliënten (en niet louter om elkaar te leren kennen).
- ☐ Een gedeelde kennisinfrastructuur helpt teams om materiaal terug te vinden en tijd te besparen.
- ☐ CrossLink en andere bestaande structuren kunnen gebruikt worden om expertise te delen.
- ☐ Vlaanderen, of bij uitbreiding België, kent al veel parallelle initiatieven. Het netwerk moet slim aansluiten in plaats van nieuwe structuren te creëren.
- ☐ Er is nood aan innovatie binnen de sector: medewerkers missen vernieuwende input die inspireert en externe expertise (good practice: kenniscentra in Nederland).

2.1.3 Versterk de verbinding tussen CARE-teams, moederorganisaties en PANGG 0-18 via transparante communicatie, tweerichtingsfeedback en duidelijke rollen

Het netwerk ontwikkelt een duidelijk communicatiemodel tussen CARE-teams, moederorganisaties en PANGG. De drie kernfuncties zijn:

- Bottom-up inspraak: CARE-teams kunnen signalen doorgeven over noden, werkbaarheid, casustrends, registratiedruk, regionale uitdagingen.

- Top-down ondersteuning en feedback: PANGG en moederorganisaties leveren duidelijke richtlijnen, terugkoppeling van data, informatie over beleidsbeslissingen, en ondersteuning bij implementatie.
- Rolverheldering: Het moet helder zijn welke verantwoordelijkheden bij het team liggen, welke bij de moederorganisatie, en welke bij PANGG (bijv. faciliteren van tijd voor ontmoeting, EPD-ondersteuning, vormingsbudgetten, communicatie met overheid).

2.1.3.a Aandachtspunten

- ☐ Teams missen zicht op cijfers en feedback van PANGG. Dit knelpunt keert herhaaldelijk terug.
- ☐ De verhouding directe vs. indirecte zorg moet bewaakt worden: communicatie mag geen extra administratieve last worden.

2.1.4 Neem als netwerk een actieve signaalfunctie op richting federale overheid om innovatie, sectorbrede deskundigheid en interprovinciale kennisdeling te versterken

Het netwerk engageert zich om een structurele signaalfunctie op te nemen richting de FOD, met de vraag om:

- Grote themadagen, studiedagen en kenniscentra rond mobiele GGZ/jeugdhulp te organiseren,
- Vlaamse CARE-teams periodiek samen te brengen voor expertisedeling,
- internationale expertise (bv. F-ACT Nederland) toegankelijker te maken om vernieuwende praktijken te stimuleren,
- middelen te bundelen over provincies heen in plaats van versnipperde initiatieven op te starten.

In afwachting van een federaal initiatief stimuleert het netwerk zelf al interprovinciale verbinding, via bijvoorbeeld CrossLink of andere bestaande samenwerkingsverbanden.

2.1.4.a Aandachtspunten

- ☐ De overheid weet vaak zelf niet welke expertise aanwezig is. Het netwerk mag daarin sturend zijn.
- ☐ Doelmatigheid en focus op cliëntbehandeling moeten centraal blijven.
- ☐ Zorg voor heldere formulering om wildgroei aan werkgroepen te voorkomen.

b. Wetenschappelijke literatuur

De systematische meta-review van Wei en collega's (2022) biedt een stevige wetenschappelijke onderbouwing voor het belang van verbondenheid op alle niveaus van een zorgprogramma zoals CARE. Hun analyse van 36 systematische reviews toont dat verbondenheid geen 'zachte' randvoorwaarde is, maar een **structurele facilitator** van kwaliteitsvolle interprofessionele samenwerking, betere zorguitkomsten en een gezondere werkcultuur.

Wei et al. tonen in de eerste plaats dat organisaties een centrale rol spelen in het creëren van verbondenheid door **gedeelde visie, duidelijke doelen en een cultuur van wederzijds respect** te installeren. Organisaties fungeren als "beschermende buffer" die teams ondersteunt en verbindt, onder meer via communicatie, fysieke en digitale infrastructuur en ondersteunend leiderschap. Wanneer medewerkers zich verbonden voelen met de missie en waarden van hun organisatie, stijgt hun motivatie, betrokkenheid en bereidheid tot samenwerken.

Op teamniveau identificeren Wei en collega's een brede waaier aan factoren die verbondenheid versterken: **duidelijke rollen, gedeelde doelen, open communicatie, gedeelde taal, vertrouwen, respect, en teamcohesie**. Teams met een warme, inclusieve cultuur waarin medewerkers zich gezien en gewaardeerd voelen, functioneren beter en ervaren een sterker gevoel van behoren tot het team. Het review benadrukt expliciet dat een **gevoel van belonging** leidt tot meer motivatie, betrokkenheid, werktevredenheid en inzet voor gezamenlijke zorgdoelen.

Een van de meest consistente bevindingen in de meta-review is het belang van **co-locatie**: het regelmatig delen van een fysieke werkruimte verhoogt de kans op spontane interacties, snelle afstemming, informele steun, vertrouwensvorming en partnerschap. Onderzoek toont dat deze informele micro-interacties essentieel zijn voor het opbouwen van duurzame samenwerking. Hoewel co-locatie in mobiele teams niet evident is, onderstreept het onderzoek dat **fysiek samenkomen – op vaste momenten of via hybride structuren – een sterke katalysator is voor verbondenheid, communicatie en kwaliteitsvolle samenwerking**.

Wei et al. (2022) benadrukken eveneens dat verbondenheid ook verder reikt dan het eigen team: effectieve interprofessionele samenwerking vereist **duidelijke rolverdeling, gedeelde protocollen, ontwikkelde communicatiestructuren en relationele bruggen**

tussen organisaties. Wanneer professionals elkaar goed kennen, wederzijds vertrouwen opbouwen en elkaars expertise beter begrijpen, leidt dit tot betere samenwerking rond cliënten.

Tot slot tonen de outcome-analyses uit Wei et al. dat sterke verbondenheid binnen en tussen teams leidt tot:

- betere communicatie en minder fouten,
- minder fragmentatie van zorg,
- hogere jobtevredenheid en minder burn-out,
- meer gevoel van autonomie,
- betere patiëntuitkomsten en tevredenheid.

3 Competentieontwikkeling en inzet

a. Context

CARE-medewerkers hebben nood aan de inzet van verschillende competenties in hun werk (afwisselend werk) en een ondersteunend leerproces om als individu en team te groeien, nieuwe competenties te ontwikkelen en de CARE-opdracht succesvol waar te maken.

- **Afwisselend werk:** voldoende variatie in dossiers vereist kennis van verschillende thematieken en methodieken en houdt het werk uitdagend. Maar ook variatie in de complexiteit van dossiers is nodig om het werk werkbaar en haalbaar te houden.

“Ik denk zo dat afstemmen op problematieken, ik vond dat in 't begin van het mobiel team al heel interessant dat je allemaal verschillende dingen binnenkrijgt waar dat je u dan in moet inlezen, moet van bijleren he. En dat je u dan op die moment kunt afstemmen.” – CARE-medewerker

- **Zelfreflectie, inter- en supervisie:** deze activiteiten houden het groeiproces van elke CARE-medewerker, CARE-team en het CARE-programma bij uitbreiding levend.

“Ik denk wat wij misschien minder goed doen is zo inderdaad kijken naar wie we, we praten daar wel altijd over, maar we doen dat nog niet. Zo wie zijn wij in de

begeleiding? Zo van wat gebeurt er met ons? En hoe kunnen we het beter doen?”

– CARE-medewerker

- **Competentieontwikkeling:** om de complexe opdracht waar te maken, moeten medewerkers voldoende opgeleid worden, in combinatie met de strategische aanwerving van bepaalde profielen om bepaalde hiaten in het team op te vullen.

3.1 Aanbevelingen

3.1.1 Ontwikkel een helder competentieprofiel voor CARE-medewerkers, dat basiscompetenties en teamgebonden expertise afbakt

Het netwerk ontwikkelt een provinciaal competentieprofiel dat beschrijft welke basiscompetenties elke CARE-medewerker nodig heeft. Dit profiel vormt de basis voor:

- strategische rekrutering
- onboarding,
- vorming en VTO,
- taakverdeling binnen teams,
- casusmatching,
- evaluatie en professionalisering.

Het competentieprofiel onderscheidt expliciet:

- Basiscompetenties (provinciaal bepaald): bv. mobiele en outreachende vaardigheden, systemisch en contextueel werken, basis GGZ-kennis, zelfreflectie, gespreksvoering, crisisgevoeligheid inschatten, samenwerken in een netwerk, trajectregie, gegevensregistratie, ethische afwegingen, professionaliteit.
- Expertisecompetenties (regionaal te bepalen): bv. verslavingsproblematiek, trauma, autismespectrumstoornis, gezinstherapie, bewegingstherapie, psychofarmacologische kennis, cultuursensitieve expertise, agressieregulatie, psychodiagnostiek.

Elke regio legt, op basis van de eigen bevolkingskenmerken en sociale kaart, vast welke aanvullende expertises prioriteit hebben.

3.1.1.a Aandachtspunten

- ☐ Een CARE-medewerker kan niet 'alles'. Er is nood aan duidelijkheid: wat zijn basiscompetenties die verwacht worden van iedereen? En rond welke expertise kunnen teams zelf keuzes maken?
- ☐ Een kader helpt teamcoördinatoren om hun teams samen te stellen en te ondersteunen richting de verwachte minimumkwaliteit op provinciaal niveau en geeft hen mandaat om te specialiseren op basis van regionale noden.
- ☐ Er moet ruimte zijn voor individuele groei: medewerkers starten op verschillende niveaus.
- ☐ De realiteit van de arbeidsmarkt (war on people) vraagt dat het netwerk schoolverlaters voldoende basisvorming geeft.
- ☐ Competentieprofielen moeten ondersteunend zijn om casusmatching te doen: wat heeft dit gezin nodig, en wat hebben we in huis?
- ☐ Teams moeten ondersteuning krijgen om hun competentiegaten te detecteren.
- ☐ Bekijk de verwachte basiscompetenties op individueel niveau en benader de expertisecompetenties op teamniveau.
- ☐ Moederorganisaties hebben hierin ook verantwoordelijkheid: zij zijn de werkgever en bepalen mee het VTO-beleid.

3.1.2 Voorzie een provinciaal basisvormingspakket dat elke CARE-medewerker doorloopt, aangevuld met regionale specialisaties en individuele groeipaden

Het netwerk ontwikkelt een basisvormingstraject dat verplicht is voor nieuwe medewerkers én toegankelijk voor bestaande medewerkers die hun kennis willen opfrissen. Het basispakket moet gedifferentieerd worden volgens startniveau. Schoolverlaters krijgen bijvoorbeeld een intensievere instap, waar medewerkers met ervaring bepaalde modules kunnen overslaan. Dit traject vormt de vertaling van het basiscompetentieprofiel en bevat o.a.:

- methodieken van mobiele en outreachende hulp,
- werken in gezinnen met complexe problematiek,
- basis GGZ-theorie en psychopathologie,
- systemisch of contextgericht werken
- risico-inschatting en veiligheid,
- samenwerken met huisartsen, CGG, CLB, jeugdhulp,
- trajectcoördinatie,

- registratie en gegevensbeheer,
- professionele zelfreflectie, grenzen en ethiek.

Na het doorlopen van deze basisvorming kunnen medewerkers:

- gericht intekenen op regionale specialisaties (bv. Rond trauma, verslaving, autismespectrumstoornis, suïcidepreventie, agressie...),
- individuele groeipaden ontwikkelen op basis van interesse, casuservaring en regionale noden,
- ondersteund worden in (inter)supervisie en reflectiemomenten.

3.1.2.a Aandachtspunten

- ☐ Data-inzichten kunnen vormingsnoden blootleggen.
- ☐ Moederorganisaties hebben hierin ook verantwoordelijkheid: zij zijn de werkgever en bepalen mee het VTO-beleid.

3.1.3 Voorzie ruimte voor inter- en supervisie, zelfreflectie en casusgerichte coaching, als structureel onderdeel van de werkpraktijk

Het netwerk en de moederorganisaties erkennen intervisie, supervisie en reflectiemomenten expliciet als kernelementen van kwaliteitsvolle mobiele zorg. Ze zijn geen luxe, maar een noodzakelijke voorwaarde om:

- met complexe gezinnen te werken,
- de emotionele belasting van mobiele trajecten te dragen,
- methodisch consistent te blijven,
- professionele identiteit te ontwikkelen,
- casusbeslissingen te valideren.

Er worden structureel uren voorzien voor:

- teamintervisies,
- individuele supervisie,
- reflectiemomenten rond parallele processen als hulpverlener,
- casuscoaching door meer ervaren collega's of externe experts.

3.1.3.a Aandachtspunten

- ☐ Reflectie gebeurt te weinig; medewerkers missen een plek om stil te staan bij hun eigen rol.
- ☐ Intervisie ondersteunt verbondenheid én competentieontwikkeling (cfr. supra).

3.1.4 **Bouw teams strategisch op met complementariteit in profielen en creëer duidelijke kaders voor taakverdeling en casemanagement**

Het netwerk ondersteunt teams bij het strategisch samenstellen van complementaire profielen. De leidende vraag is: “Wat hebben gezinnen in onze regio nodig en welke expertise moet ons team daarvoor hebben?”

Teams worden aangemoedigd om:

- expliciet in kaart te brengen welke competenties aanwezig zijn en welke ontbreken,
- strategisch te werven,
- casemanagement en behandeling te verdelen op basis van competentie én werkbelasting,
- variatie in casussen te realiseren om werkbaarheid te behouden.

3.1.4.a Aandachtspunten

- ☐ Er moet nagedacht worden over de verhouding tussen master- en bachelorprofielen in teams en de impact op verwachte competenties en de bijhorende taakverdeling binnen het team.
- ☐ Teams zoeken een werkbare balans tussen variatie in casussen en complexiteit.
- ☐ Medewerkers willen ruimte om zowel nieuwe competenties te ontwikkelen als eigen sterktes te benutten.
- ☐ Matching tussen competenties en casussen moet bewuster en consistentere gebeuren.
- ☐ Exclusieve één-op-één-relaties tussen CARE-medewerkers en cliënten zijn niet altijd wenselijk: flexibele, complementaire teamondersteuning is nodig om kwaliteit te leveren.

3.2 **Wetenschappelijke literatuur**

Internationale studies benadrukken het belang van continue educatie (levenlang leren) en professionele ontwikkeling voor kwaliteit van zorg, omdat ze er toe bijdragen dat

zorgprofessionals op de hoogte blijven van de nieuwste ontwikkelingen en hun vaardigheden verbeteren (Odonkor, 2023).

Educatie kan verschillende vormen aannemen – zowel formeel als informeel. Formele educatie gaat bijvoorbeeld over deelname aan bijscholingsprogramma's, bijwonen van conferenties en deelname aan workshops om vaardigheden aan te scherpen. Deze vormen van leren dragen rechtstreeks bij aan de verbetering van de patiëntenzorg (Kihong, 2017). Andere studies (Supper et al., 2014; Wei et al., 2022) belichten hoe interprofessionele training en versterken van team-building skills kunnen bijdragen aan betere interprofessionele samenwerking, wat op zijn beurt de kwaliteit van zorg verbetert.

Werkplekleren is een bijzondere vorm van educatie. Volgens Cacciattolo (2015) kan werkplekleren worden gedefinieerd als *"het verwerven van kennis of vaardigheden via formele of informele middelen op de werkplek"* (p. 243). Het kan verder worden opgedeeld in interne training, ervaringsgerichte leermogelijkheden en training door middel van coaching, mentoring en supervisie, en continu leren. Met betrekking tot kwaliteitsvolle zorg wijst onderzoek in de eerste plaats naar de grote meerwaarde van supervisie (zie Yan, 2022 voor een overzicht).

4 Referenties

- Akbaş Uysal, D., & Ekiz, E. (2025). The role of professional autonomy in a healthy work environment: a mixed-methods study on intensive care nurses. *BMC Nursing*, 24(1), 1388. doi:10.1186/s12912-025-04034-4
- Blom, B., & Morén, S. (2009). Explaining Social Work Practice — The CAIMeR Theory. *Journal of Social Work*, 10(1), 98-119.
<https://doi.org/10.1177/1468017309350661> (Original work published 2010)
- Boxstaens, J., Reynders, B., Anthonis, C., Vermeeren, J., Bogaerts, J., Garmyn, N., . . . Nuytens, A. (2024). *Hoe zo zorg?! Kwaliteit in denken en doen*. Antwerpen: Emmaüs vzw.
- Broeck, A.V.D., Coillie, H.V., Forest, J., & Muller, M.B. (2024). The ABC of Work Motivation: How to Energize Any Organization (1st ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003705031>
- Cacciattolo, K. (2015). Defining workplace learning. *European Scientific Journal*, 1, 243–250.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York (NY): Plenum.
- Gezond België (2025). *Netwerken in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren - Naar een gezond België*. <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg-voor-kinderen-en-jongeren/netwerken-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-voor-kinderen-en-jongeren>. Geraadpleegd op: 3 december 2025
- Kihong, K. (2017). A Study on the Promotion of Medical Tourism Through the Role of Medical Dispute Resolution Committee. *JOURNAL OF ARBITRATION STUDIES*, 27(4), 61-72. doi:10.16998/JAS.2017.27.4.61
- Kramer, M., Maguire, P., & Schmalenberg, C. E. (2006). Excellence through evidence: the what, when, and where of clinical autonomy. *J Nurs Adm*, 36(10), 479-491. doi:10.1097/00005110-200610000-00009
- Nguyen, D., See, B. H., Brown, C., & Kokotsaki, D. (2024). Leadership for teacher retention: exploring the evidence base on why and how to support teacher

autonomy, development, and voice. *Oxford Review of Education*, 1-21.
doi:10.1080/03054985.2024.2432635

Odonkor, K. (2023). Enhancing Patient Care: A Comprehensive Approach for Healthcare Professionals. *International Research Journal of Nursing and Midwifery*, 12(3), 1-5. doi:<https://www.interesjournals.org/research-nursing-midwifery/archive.html>

PANGG 0-18 (s.d.). CARE. <https://pangg0-18.be/care/>. Geraadpleegd op 3 december 2025.

Patton, M. Q. (2015). Sampling, Qualitative (Purposeful). In *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Psychologist*, 55, 68-78.

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727. doi:10.1093/pubmed/fdu102

Vansteenkiste, M., Neyrinck, B., Niemic, C., Soenens, B., De Witte, H., & Van den Broeck, A. (2007). Examining the relations among extrinsic versus intrinsic work value orientations, basic need satisfaction, and job experience: A self-determination theory approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80, 251-277.

Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care*, 36(5), 735-749. doi:10.1080/13561820.2021.1973975

Yan, C. (2022). Clinical Supervision in the Health Professions: A Literature Review. *Journal of Learning Design and Leadership*, 1(1), 77-104.

KdG Research

Karel de Grote Hogeschool

kdg.be