

KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR WERKZAME FACTOREN IN EN VOOR ZORGTRANSMISSIE IN HET OOST- VLAAMS KINDER- EN JEUGD PSYCHIATRISCH LANDSCHAP

Aantal woorden: 25267

Heleen Van hove

Studentennummer: 01806701

Promotor: Prof. dr. Stijn Vandevelde

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad master in de pedagogische wetenschappen,
afstudeerrichting Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies

Academiejaar: 2022- 2023

Inhoudsopgave

I Voorwoord.....	7
II Abstract.....	8
III Toelichting van de eigen aanpak en inbreng	9
1. Inleiding	10
2. Literatuurstudie	12
2.1 Geestelijke gezondheidszorg(problemen) bij kinderen en jongeren	12
2.2 Continuïteit van zorg en zorgtransmissie: conceptuele basis van de studie.....	13
2.2.1 Conceptualisering van de term kinder- en jeugdpsychiatrische diensten (K/k-diensten)	13
2.2.2 Conceptualisering van de term 'kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg'	14
2.2.3 Conceptualisering van de term 'medewerkers zorgtransmissie'	14
2.2.4 Conceptualisering van de term 'zorgtransmissie'	14
2.2.4.1 Conceptualisering van de term zorgtransmissie in de literatuur	14
2.2.4.2 Conceptualisering van de term zorgtransmissie in dit onderzoek.....	16
2.3 Factoren in zorgtransmissie	17
2.3.1 Algemeen beïnvloedende factoren.....	18
2.3.2 Werkzame factoren in en voor zorgtransmissie	18
2.3.2.1 Participatie	18
2.3.2.2 Samenwerking	19
2.3.2.3 Andere factoren	20
2.3.3 Valkuilen en uitdagingen in zorgtransmissie	21
2.3.3.1 Gebrek aan inspraak en participatie.....	21
2.3.3.2 Verkokering en fragmentatie.....	21
2.3.3.3 Klinische focus.....	22
2.3.3.4 Andere valkuilen	22
2.4 Recente federale overheidsmaatregelen binnen de (semi-) residentiële kinder- en jeugdpsychiatrische zorg	23
2.4.1 Maatregel I: intensifiëring K/k-diensten: verhoogde personeelsomkadering	24
2.5 Naar een nieuw geestelijk gezondheidszorgbeleid: het nieuwe decreet	24
2.5.1 Centrale uitgangspunten in de gids.....	25
3. Probleemstelling	28
3.1 De onderzoeksvragen	31

4. Methodologie	32
4.1 Kwalitatief onderzoek	32
4.2 Setting en participanten	32
4.2.1 Motivering en rationale voor de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten in dit onderzoek	33
4.2.2 Motivering voor het kiezen van het Overkophuis Sint-Niklaas als casestudie	33
4.2.3. Motivering voor het kiezen van focusgroepen	34
4.3 Procedure	34
4.4 Instrumenten	35
4.5 Analyse	35
4.6 Kwaliteitscriteria	36
4.7 Ethische aspecten	37
5. Onderzoeksresultaten	38
5.2 Werkzame factoren in zorgtransmissie	38
5.2.1 Werkzame factoren volgens de medewerkers zorgtransmissie in drie Oost-Vlaamse K/k-diensten	38
5.2.1.1 Samenwerking	38
5.2.1.2 Afstemming	41
5.2.1.3 Flexibiliteit	43
5.2.1.4 Van de wachttijd, werktijd maken	44
5.2.1.5 Tussen vasthouden en de brug maken	45
5.3 Valkuilen in zorgtransmissie	48
5.3.1 Valkuilen volgens de medewerkers zorgtransmissie in drie Oost-Vlaamse K/k-diensten	48
5.3.1.1 Samenwerking	48
5.3.1.2 Afstemming en flexibiliteit	49
5.3.1.3 Tussen vasthouden en de brug maken	50
5.3.1.4 Infrastructuur	51
5.4 De impact van de intensifiëringsmaatregel in drie Oost-Vlaamse K/k-diensten	51
5.4.1 Hervormingen binnen de diensten	51
5.4.1.1 Mindswitch	51
5.4.1.2 Impact door de manier van implementatie	52
5.4.1.3 Niets nieuws?	52
5.4.2 Balanceren tussen meer energie en meer werkdruk	52

5.4.2.1 Meer zorg op maat?.....	53
5.4.2.2 Opname vermijdend en verkortend?	53
5.4.2.3 Druk door verantwoording en registratie	54
5.4.2.4 Opvolging van (slechts) drie maanden	54
5.5 Wat is er nodig om (nog betere) zorgtransmissie te realiseren?.....	55
5.5.1 Noden binnen de samenwerking, afstemming, flexibiliteit, voorbereidend werk, vasthouden en de brug maken en infrastructuur	55
5.5.2 Tijd, ruimte, vertrouwen en een mandaat	55
5.5.3 Financiering, beleid en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg	55
5.6 De medewerkers zorgtransmissie binnen het Overkophuis Sint-Niklaas	57
5.6.1 Een win- win situatie	57
5.6.2 Kennis en expertise	57
5.6.3 De balans houden	57
6. Discussie	59
6.1 Link resultaten en literatuur	59
6.1.1 Samenwerking	59
6.1.1.1 Een gedeelde zorg	59
6.1.2 Afstemming	60
6.1.2.1 Zorg op maat, individuele interpersoonlijke relatie en stilstaan omtrent verwachtingen	60
6.1.2.2 Communicatiestructuur vs. tekort aan dialoog en gebrek aan afstemming	61
6.1.3 Flexibiliteit	61
6.1.4 Van de wachttijd, werktijd maken	62
6.1.5 Vasthouden en de brug maken.....	62
6.1.5.1 De draad vasthouden vs. te lang laten aanslepen	62
6.1.5.2 Brug maken: binnen de K/k-diensten, met betrokken partners en naar buiten vs. opstopping in het GGZ-landschap	63
6.1.5.3 Een brug na 18 jaar vs. een strikte afscheiding in een grijze zone	63
6.1.6 Infrastructuur.....	64
6.1.7 De impact van de intensifiëringsmaatregel	64
6.2 Aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek	65
6.3 Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	66
6.3 Een tool: de zorgtransmissiereflex	67

7. Algemene conclusie.....	68
8. Referentielijst.....	69
9. Bijlages	72
Bijlage 1: Lijst met gebruikte afkortingen.....	72
Bijlage 2: Verdeling en data verzameling binnen de zes Oost-Vlaamse K/k-diensten.....	73
Bijlage 3: De ratio en overzicht van de toegekende VTE's in de Oost-Vlaamse K/k-diensten	74
Bijlage 4: Bevraging van het aantal VTE per dienst en afdeling in cijfers	75
Bijlage 5: De bevroagde Oost-Vlaamse K/k-diensten	76
Bijlage 6: Toekenning en implementatie binnen de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten.....	77
Bijlage 7: Overzicht van de kennismakingsgesprekken: gedeelde dataverzameling Heleen Van hove en Karen Vercampt.....	78
Bijlage 8: Verdiepende gesprekken in kader van deze masterproef.....	79
Bijlage 9: Interviewleiddraad kennismakingsgesprekken.....	80
Bijlage 10: Interviewleiddraad casestudie: Het Overkophuis Sint-Niklaas	83
Bijlage 11: Informed Consent	84
Bijlage 12: De zorgtransmissiereflex: een tool	85

I Voorwoord

Deze masterproef is het slotstuk van mijn opleiding in de Pedagogische Wetenschappen, in een afstudeerrichting die mij nauw aan het hart ligt, de Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies. Voor ik u meeneem in mijn onderzoek naar de continuïteit van zorg en zorgtransmissie wil ik graag enkele personen vermelden die een cruciale rol speelden in mijn opleiding.

Ik ben immers omringd door geweldige en ondersteunende mensen die ik ongelofelijk graag wil bedanken voor hun moeite, tijd, energie en blijvende opvolging.

In het kader van dit onderzoek wil ik graag alle medewerkers en directieleden van elke betrokken dienst en de medewerkers van Tilia in het bijzonder, bedanken voor hun input, enthousiasme en tijd. Zonder hen was het niet mogelijk geweest om deze masterproef te schrijven. Daarnaast wil ik ook mijn promotor prof. dr. Stijn Vandevelde bedanken. Hij stond steeds voor mij klaar en gaf gerichte feedback en sturing. Een groot woord van dank ook voor Toon Langeroot, netwerkcoördinator bij RADAR, voor de kansen, het vertrouwen en zijn grote betrokkenheid. Daarnaast bedank ik graag Filip Morisse, mede-ondersteuner van dit onderzoek, voor zijn opmerkingen en enthousiasme. Tenslotte bedank ik ook Karen Vercampt, studente van de geassocieerde masterproef, voor de samenwerking.

In het kader van mijn opleiding, vooral tijdens het laatste jaar dat volledig in het teken stond van stage en deze masterproef, wil ik een aantal mensen bedanken. Op de eerste plaats bedank ik graag mijn ouders om mij de kans te geven deze opleiding te volgen en voor hun blijvend vertrouwen in mijn kunnen. Daarnaast bedank ik ook mijn broer en zus voor hun onvoorwaardelijke steun, ook zij stonden steeds voor mij klaar. Vervolgens bedank ik graag mijn vriendinnen voor hun lieve en bemoedigende aanwezigheid tijdens de moeilijke, maar ook mooie momenten van onze opleiding. Tenslotte is er ook Jakob, mijn rots in de branding, mijn steun en toeverlaat.

II Abstract

Probleemstelling: Deze masterproef probeert zicht te krijgen op de werkzame factoren binnen de zorgtransmissie in het Oost-Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische landschap en dit meer specifiek in het kader van een recent geïmplementeerde intensifiëringsmaatregel van de federale overheid. Op dit moment is er immers een gebrek aan onderzoek over hoe zorgtransmissie in de praktijk wordt ingevuld en wat daarbij de belangrijke factoren zijn. Dit onderzoek is een pilotstudie die zowel de implementatie als de werkzame factoren van de zorgtransmissie binnen drie Oost-Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische diensten (K/k-diensten) in kaart brengt.

Doel: Het onderzoek probeert het verhaal van de medewerkers zorgtransmissie in de Oost-Vlaamse psychiatrische geestelijke gezondheidszorg te schetsen en te kijken welke factoren in hun job, hun specifieke dienst of afdeling werkzaam (kunnen) zijn. Verder wordt ook toegespitst op hoe de implementatie van de intensifiëringsmaatregel door de medewerkers wordt ervaren en wat er nodig is om deze zorgtransmissie (nog beter) in te vullen.

Methode: Deze studie vond plaats in het psychiatrisch ziekenhuis Karus in de afdelingen De Kaap, de Branding en Dageraad, in de kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling van het ziekenhuis Vitaz (Tilia) en in de kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling van het universitair ziekenhuis Gent. De onderzoeksbenadering omvat een kwalitatief onderzoek. Door middel van een semigestructureerde vragenlijst en aan de hand van focusgroepen werden medewerkers over zorgtransmissie bevraagd. Om het verhaal van de medewerkers te beschrijven, werd een thematische analyse als kwalitatieve onderzoeksmethodiek gebruikt.

Resultaten: De zorgtransmissie medewerkers van drie Oost-Vlaamse K/k-diensten omschrijven vijf belangrijke en werkzame aspecten in de zorgtransmissie binnen de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: samenwerking, afstemming, flexibiliteit, wachttijd omzetten in werktijd en vasthoudend bruggen bouwen. Toch zijn er binnen deze werkzame factoren valkuilen die de zorgtransmissie bemoeilijken.

Conclusie: Uit het onderzoek wordt duidelijk dat zorgtransmissie een gezamenlijk verhaal is waarbij verschillende partners in zowel de natuurlijke als de professionele context de zorg voor kinderen en jongeren moeten dragen. Volgens de medewerkers speelt de zorgtransmissiemedewerker in deze gedeelde zorg en verantwoordelijkheid de rol van katalysator. Daarbij is het nodig om de verschillende domeinen verder uit te bouwen en pleiten de medewerkers vooral voor voldoende tijd, ruimte, vertrouwen en mandaat om met de zorgtransmissie aan de slag te gaan, vooral in het kader van de recent geïmplementeerde overheidsmaatregel binnen de K/k-diensten. De medewerkers benadrukken tevens de noodzaak van voldoende blijvende financiering en ondersteunend beleid om zorgtransmissie te verwezenlijken.

III Toelichting van de eigen aanpak en inbreng

Deze masterproef kadert binnen een geassocieerde intradisciplinaire masterproef in de pedagogische wetenschappen, binnen de afstudeerrichting Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies. De geassocieerde masterproef, *De rode draad doorheen het traject van jongeren: kwalitatief onderzoek naar implementatie en impact van intensifiëringsmiddelen op werkzame factoren en zorgtransmissie in 3 Oost-Vlaamse K-/k-diensten*, werd geschreven door Karen Vercampt.

Samen met prof. dr. Stijn Vandevelde, de gemeenschappelijke promotor, werd besloten om het abstract, de inleiding, de toelichting, de literatuurstudie, het omschrijven van de probleemstelling, de methodologie, de resultaten en de discussie en conclusie van elke masterproef individueel op te stellen.

De interviewleidraad van beide onderzoeken werd gezamenlijk opgesteld in samenwerking met Karen Vercampt, auteur van de geassocieerde masterproef, de netwerkcoördinator bij RADAR, een stafmedewerker van RADAR en een lid van de werkgroep intensifiëring en covoorzitter van het comité voor het nieuw geestelijk gezondheidszorgbeleid voor kinderen en jongeren (COMGGKJ), allen betrokken bij deze masterproef.

De dataverzameling van de eerste kennismakingsgesprekken en focusgroepen binnen de zes Oost-Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische diensten gebeurde op basis van deze leidraad.

Na de afname van de eerste gesprekken, gingen beide studies hun eigen weg en werd de dataverwerking van de kennismakingsgesprekken opgesplitst. Elke student focuste op drie voorzieningen. Een schematisch overzicht van deze verdeling is terug te vinden in bijlage 2.

Karen Vercampt focuste zich op:

- Fioretti Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Timanti – algemeen ziekenhuis (AZ) Alma
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen Yugen en Yidam, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge

In voorliggende masterproef werden volgende voorzieningen betrokken:

- Psychiatrisch centrum Caritas (Karus): kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen De kaap, de Branding en Dageraad
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling universitair ziekenhuis (UZ) Gent
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Tilia - Vitaz

Elk van de studenten plande in het kader van het eigen masterproefproces verdiepende gesprekken in met de “eigen” diensten en betrokken afdelingen. In voorliggend masterproefonderzoek komt ook een gesprek met één van de belangrijke partners van Tilia (Vitaz) in het zorgtransmissie verhaal namelijk het Overkophuis in Sint-Niklaas aanbod. In het verloop van deze masterproef wordt steeds vermeld welke delen door Karen Vercampt en welke delen gemeenschappelijk werden opgesteld. Deze gemeenschappelijkheid gaat over de interviewleidraad, beschreven in het luik methodologie en een tool: ‘de zorgtransmissiereflex’ die als bijlage werd toegevoegd.

1. Inleiding

Zowel de internationale als Vlaamse literatuur onderstreept een grote (recente) nood aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, jongeren en hun context (Gureje & Oladeji, 2017; Hoge gezondheidsraad, 2019; Poncé 2021; Theberath et al., 2022). Daarbij wordt aangenomen dat continuïteit van zorg een bepalende component en een inherente en essentiële voorwaarde is voor het bekomen van kwaliteitsvolle zorgverlening (Guthrie et al., 2008; Naert et al., 2017; Gureje & Oladeji, 2017; COMGGKJ, 2021).

Anno 2023 worden de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de zorgtransmissie met verscheidene uitdagingen geconfronteerd (Singh, 2015; Patel et al., 2018; Carbonell et al., 2020). Naast een toenemend aantal kinderen en jongeren met ernstige psychische problemen die zich beroepen op de geestelijke gezondheidszorg, zijn er lacunes in de toegang tot de GGZ en vormen lange wachtlijsten, problemen in de toeleiding en vervolgzorg grote uitdagingen die het zorgcontinuïteitsverhaal bemoeilijken (Singh, 2015; Gureje & Oladeji, 2017; Patel et al., 2018; Carbonell et al., 2020).

Daarnaast is de geestelijke gezondheidszorg een complex en veelzijdig landschap dat door verschillende ontwikkelingen gestuurd wordt (Signorini et al., 2017; De Ruyscher & Rowaert, 2022). Zo drukken (inter)nationale trends zoals de de-institutionalisering, de vermaatschappelijking en de herstelgerichte zorg een stempel op de zorgverlening en de invulling van het zorgaanbod (Vandeurzen, 2013; Naert et al., 2019; Shah-Anwar et al., 2019; De Ruyscher en Rowaert, 2022; Blikvanger gezondheidszorg, 2021; Carbonell et al., 2020).

Internationaal nopen bovenstaande uitdagingen en evoluties tot een kwalitatief geestelijk gezondheidszorgaanbod en een effectief beleid dat rekening houdt met de complexiteit van de doelgroep (Signorini et al., 2017). Ook in België trachten recente federale overheidsmaatregelen tegemoet te komen aan de problemen die zich in de praktijk voordoen (Vandeurzen, 2013; Poncé, 2021). In 2010 werd het startsein voor de hervormingsbeweging in de geestelijke gezondheidszorg en het geestelijk gezondheids-(zorg)beleid in België gegeven. Later, in 2015, werd het nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren goedgekeurd. In 2021 nam door de corona epidemie en de impact op deze doelgroep de druk toe op de geestelijke gezondheidszorgsector. In België leidde dit op korte termijn tot de implementatie van twee maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (Poncé, 2021). Eén van deze maatregelen is de “intensifiëring van de kinder- en jeugdpsychiatrische en algemene ziekenhuisdiensten”. De maatregel houdt een “creatie van bijkomende (semi-) residentiële hulpverleningscapaciteit” in (Poncé, 2021, p.1). Met de verhoogde personeelsomkadering wil men toespitsen op optimale zorgcontinuïteit voor kinderen, jongeren en hun context.

Deze masterproef ontstond vanuit de vraag van het Oost-Vlaamse netwerk voor geestelijke gezondheidszorg RADAR en past binnen de centrale hervormingen. Het onderzoekt de zorgtransmissie en de werkzame factoren in drie Oost-Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische diensten (K/k-diensten) vanuit het perspectief van de medewerkers die werden toegekend met de intensifiëringsmaatregel vanuit de federale overheid. Deze maatregelen en een verdere verduidelijking van de vraag tot dit onderzoek wordt uitgebreid beschreven in verschillende onderdelen.

Dit onderzoek kadert binnen een geassocieerde interdisciplinaire masterproef in de pedagogische wetenschappen, binnen de afstudeerrichting Klinische orthopedagogiek en Disability studies. In het luik toelichting van eigen aanpak en inbreng wordt de werkverdeling tussen de twee scripties in detail besproken.

Voorliggend onderzoek omvat vijf onderdelen. Het eerste bespreekt een aantal recente hervormingen in het geestelijke gezondheidszorglandschap. Wat zijn de recente hervormingen? Wat behelst het nieuwe decreet? En wat zijn de intensifiëringsmaatregelen? Daarnaast komen in dit onderdeel ook de conceptualisatie van de verschillende begrippen aan bod namelijk de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten, kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg, medewerkers zorgtransmissie en zorgcontinuïteit en zorgtransmissie. Het tweede deel schetst de probleemstelling en somt de onderzoeksvragen op. Het derde deel gaat over het onderzoeksdesign namelijk de motivering voor de gekozen kwalitatieve onderzoeksmethodologie, de dataverzameling, de participantenwerving, de opzet van de semigestructureerde vragenlijst en de focusgroepen met daarnaast de kwaliteitscriteria en de ethische overwegingen. In deel vier worden de resultaten besproken met aandacht voor een casestudie: het Overkophuis Sint-Niklaas. De discussie en de conclusie geven een overzicht van de resultaten, zowel vanuit de medewerkers als vanuit de literatuur. Daarnaast komen de beperkingen van dit onderzoek en de aanbevelingen voor vervolgonderzoek aan bod. Tenslotte is als bijlage een tool, de zorgtransmissiereflex, opgenomen: een praktisch werkinstrument dat geëvolueerd is en ontworpen werd vanuit deze studie.

2. Literatuurstudie

2.1 Geestelijke gezondheidszorg(problemen) bij kinderen en jongeren

Uit cijfers, van door de World Health Organisation (WHO), wordt de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren wereldwijd tussen de tien en twintig procent geschat (Gureje & Oladeji, 2017; Hoge gezondheidsraad, 2019). Verder zou vier a zes procent van de kinderen en jongeren nood hebben aan “een klinische interventie voor een erkende significante mentale stoornis” en één derde gespecialiseerde geestelijk gezondheidszorgvoorzieningen vereisen (*Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren*, 2015, p.2).

Ook de covid-19 pandemie heeft een aanzienlijke impact op het psychisch welbevinden van veel kinderen en jongeren (Theberath et al., 2022) waardoor steeds meer (Europese) kinderen en (jong)volwassenen kampen met ernstige psychische problemen (Theberath et al., 2022; HBSC, 2018). Daarenboven is er bij deze bijzondere kwetsbare doelgroep sprake van (dreigende) breuken op verschillende domeinen, zowel op familiaal, schools, sociaal-relatieel vlak, als op vlak van voorzieningen (Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015; HBSC, 2018; Naert et al., 2019; Theberath et al., 2022).

Internationale longitudinale epidemiologische studies halen aan dat psychische problemen in de kindertijd persisteren in de latere ontwikkeling en volwassenheid (Singh & Tuomainen, 2015). Vroegtijdig ingrijpen is daarom van belang (Signorini et al., 2017). In deze optiek wordt een grote nood aan geestelijke gezondheidszorg en zorgcontinuïteit naar voren geschoven (Singh, 2015; Naert et al., 2019; Patel et al., 2018; HBSC, 2018; Carbonell et al. 2020). Toch zijn er internationaal verschillende problemen in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen (Patel et al., 2018). In “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development” kaarten Patel et al., aan hoe er globaal grote lacunes zijn in de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (2018). Zo wordt in de GGZ nog te vaak gebotst op lange wachtlijsten (Patel et al., 2018; Carbonell et al. 2020). Ook Singh kaart aan hoe kinderen en jongeren met complexe en ernstige psychische problemen nog vaak problemen in de toeleiding naar gepaste zorg kennen (2015). Daarnaast kan men wegens gebrekkige intra- en extramurale samenwerking vaak onvoldoende intensief, flexibel of op maat werken om voor alle kinderen en jongeren een (vervolg)behandeling en zorg te bieden (Carbonell et al. 2020). Dit vereist een kwalitatief zorgaanbod dat rekening houdt met de complexiteit van de doelgroep in het uitwerken en het ontwikkelen van relevante evidence-based interventies, programma's en een effectief beleid binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Gureje & Oladeji, 2017).

In een internationaal rapport, dat de structuur en werking van diensten voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren overheen 28 landen in Europa in kaart brengt, beschrijven Signorini et al., hoe de GGZ in Europa aanzienlijk verschilt. Zowel de “beschikbaarheid van diensten, intramurale bedden, clinici, organisaties, diensten en -behandelingen” zijn uiteenlopend, evenals de financieringsbronnen en toegang voor gebruikers (2017, p. 1). Wel omvat het GGZ-aanbod verschillende gespecialiseerde diensten. Ze bestaan uit hooggekwalificeerd personeel en bieden

effectieve en efficiënte programma's om in te spelen op de complexe zorgnoden waar kinderen en jongeren mee kampen (Signorini et al., 2017). Deze kunnen opgesplitst worden in ambulante diensten (e.g. poliklinieken), dagprogramma's, (semi-)residentiële diensten (e.g. kinder- en jeugdpsychiatrische diensten en afdelingen) en aanvullende diensten waar, net zoals in de medische zorg, een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen diensten voor kinderen en/of adolescenten en volwassenen. Een vastgelegde leeftijd vormt de overgang tussen het aanbod (Signorini et al., 2017).

In de internationale literatuur wordt de geestelijke gezondheidszorg omschreven als een complex en veelzijdig landschap dat door verschillende ontwikkelingen gestuurd wordt (Signorini et al., 2017). Ook in het hoofdstuk "personen met ernstige psychische problemen" binnen het boek *Orthopedagogiek als handelingswetenschap*, schrijven De Ruyscher en Rowaert hoe de geestelijke gezondheidszorg een complex werkveld is dat vorm krijgt "in de voortdurende wisselwerking en spanning tussen verschillende ontwikkelingen op medisch, maatschappelijk, economisch, politiek, justitieel en sociaal vlak" (2022, p. 411). Signorini et al. vullen aan dat een essentiële en voortdurende investering op verschillende domeinen in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren nodig is (2017).

2.2 Continuïteit van zorg en zorgtransmissie: conceptuele basis van de studie

2.2.1 Conceptualisering van de term kinder- en jeugdpsychiatrische diensten (K/k-diensten)

Dit onderzoek spitst zich toe op de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten (K/k-diensten) binnen Oost-Vlaanderen. Deze diensten bestaan uit zorgeenheden van psychiatrische ziekenhuizen, algemene of universitaire ziekenhuizen. Allen bieden ze zorg aan kinderen en jongeren (alsook hun context) vanuit derde- en bij sommige afdelingen vanuit vierde lijns-, hulpverlening (RADAR, 2020). Dit met betrekking tot dag of nacht hospitalisatie (kleine k) of volledige hospitalisatie zijnde dag en nacht diensten (grote K) (RADAR, 2020). In het boek *Orthopedagogische Werkvelden In Beweging* binnen het hoofdstuk 'de historische en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg', omschrijven Aga en collega's de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten en afdelingen van de algemene of psychiatrische ziekenhuizen (Aga et al., 2017).

Een psychiatrisch ziekenhuis biedt "gespecialiseerde, multidisciplinaire zorg aan personen met een psychiatrische problematiek" (Aga et al., 2017, p. 280). De klemtoon ligt op reductie en/ of stabilisatie van de psychiatrische problemen. Afhankelijk van de psychische kwetsbaarheid kan beroep gedaan worden op gespecialiseerde programma's. Naast opname biedt het psychiatrisch ziekenhuis ook ambulante zorg in de vorm van consultaties en nabehandeling en zijn er een beperkt aantal afdelingen voor forensische kinder- en jeugdpsychiatrie (For-K) (Aga et al., 2017). Dit voor kinderen en jongeren:

Tussen de 12 en 18 jaar die onderworpen zijn aan een gerechtelijke maatregel, uitgesproken door de jeugdrechtbank. Het betreft jongeren met ernstige ontwikkelings- of psychische problemen ... die strafbare feiten hebben gepleegd. (Aga et al., 2017, p. 281)

Daarnaast bieden psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen voornamelijk urgentiepsychiatrie en kortdurende behandeling aan (Aga et al., 2017). In hun werk "*Orthopedagogiek als handelingswetenschap*" met het hoofdstuk "personen met ernstige psychische problemen", verduidelijken De Ruyscher en Rowaert de rol van de crisisafdelingen in de urgentiepsychiatrie. Deze afdelingen zijn erop gericht om in een kortdurend verblijf "intensieve zorg en ondersteuning aan te bieden aan personen met een acute psychiatrische problematiek" (2022, p. 426).

2.2.2 Conceptualisering van de term 'kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg'

Het omschrijven en het afgrenzen van de kinderen en jongeren in de psychiatrische geestelijke gezondheidszorg is een complexe taak. Wanneer deze doelgroep in de scriptie vermeld wordt, gaat het over kinderen, jongeren en jongvolwassenen met ernstige en complexe psychische klachten en problemen die zich beroepen op het geestelijk gezondheidszorgaanbod in Oost-Vlaanderen. Velen van hen hebben een verhoogde zorgzwaarte (Poncé, 2021). Vaak is er ook sprake van (dreigende) breuken op verschillende domeinen, zowel op familiaal, schools, sociaal-relatieel, als op vlak van voorzieningen (Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015; HBSC, 2018; Naert et al., 2019; COMGKKJ, 2021; Theberath et al., 2022)

2.2.3 Conceptualisering van de term 'medewerkers zorgtransmissie'

Deze masterproef vermeldt medewerkers inzake zorgtransmissie. Dit zijn de medewerkers die te werk gesteld zijn door en/of aan de slag zijn met intensifiëringmiddelen vanuit de federale overheid binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten in Oost-Vlaanderen. Deze middelen werden toegekende vanuit de maatregel: "de intensifiëring van de kinder- en jeugdpsychiatrische en algemene ziekenhuisdiensten" (Poncé, 2021) en worden uitvoerig besproken in het luik 'Recente federale overheidsmaatregelen binnen de (semi-) residentiële kinder- en jeugdpsychiatrische zorg'.

Het gaat over medewerkers die betrokken zijn bij de implementatie en die dagelijks aan de slag gaan met kwetsbare kinderen en jongeren en hun problematiek vanuit verschillende professies.

2.2.4 Conceptualisering van de term 'zorgtransmissie'

2.2.4.1 Conceptualisering van de term zorgtransmissie in de literatuur

Zowel in wetenschappelijke literatuur als in de klinische praktijk, wordt aangenomen dat continuïteit van zorg een bepalende component en een inherente en essentiële voorwaarde is voor het bekomen van kwaliteitsvolle zorgverlening (Guthrie et al., 2008; Naert et al., 2017; Gureje & Oladeji, 2017; COMGGKJ, 2021).

Wat betreft de definiëring en de inhoud van het begrip is echter geen algemene consensus (Naert et al., 2017). Heaton en collega's (2012) omschrijven deze onduidelijkheid als een conceptuele verwarring, waar volgens Naert et al. heel wat discussie rond bestaat en "verschillende sectoren en disciplines andere definities en terminologie gebruiken" (2017, p. 3).

Wel is er eensgezindheid over de complexiteit en de gelaagdheid op verschillende dimensies van zorgcontinuïteit (Refaeli et al., 2016; Naert et al., 2017;). Deze multidimensionaliteit bestaat uit verschillende onderdelen: management, informatie, relationele en ervaren of beleefde continuïteit

(Freeman et al., 2007; Guthrie et al., 2008; Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017). Onderzoek onderschrijft hoe effectieve gezondheidszorg alle dimensies moet omvatten (Freeman, 2010) en hoe deze dimensies onderling afhankelijk zijn van elkaar (Tobon et al., 2015). Het multidimensioneel model, opgesteld door Freeman en collega's, omvat verschillende aspecten van continuïteit en integreert invalshoeken van zorgverleners, zorggebruikers en de bredere context (Naert et al., 2017).

Managementcontinuïteit focust vooral op een flexibel management van de gezondheidsconditie van de cliënt, afgestemd op zijn of haar noden. Het gaat over een naadloze zorg overheen de grenzen van verschillende zorgeenheden (Freeman et al., 2007; Tobon et al., 2015; COMGGKJ, 2021). De informatiele continuïteit beklemtoont de beschikbaarheid en overdracht van relevante informatie over uiteenlopende domeinen en tijdstippen in het leven van de cliënt (Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017). Daarnaast plaatsen relationele continuïteit en ervaren continuïteit de cliënt centraal. Dit beschrijft de therapeutische relatie met één of meer zorgverstreker(s) waarbij een langdurige (inter)persoonlijke relatie wordt aangegaan (Tobon et al., 2015). Het omvat ook de ervaring van de persoon, zijn context en de familie met de hulpverlening. Is deze vloeiend en gecoördineerd? Krijgt hij/zij de hulp die nodig is? (Guthrie et al., 2008; Naert et al., 2017; COMGGKJ, 2021)

Daarnaast kan zorgtransmissie ook vanuit verschillende niveaus bekeken worden (COMGGKJ, 2021). In het rapport van de COMGGKJ wordt continuïteit van zorg en zorgtransmissie toegepast op het contextueel ecologisch systeemmodel van Bronfenbrenner (Ettekal & Mahoney, 2017).

Ettekal en Mahoney (2017) beschrijven in hun artikel vier types milieusystemen die onlosmakelijk verbonden zijn aan het klassieke model van Bronfenbrenner. Deze bestaan uit de (1) micro, (2) meso-, (3) exo- en (4) macrosystemen. Het systemische kader schetst zowel proximale milieus waar een directe impact voelbaar is op het individu, als distabel systemen die een meer indirect effect hebben op de persoon in kwestie en zijn ontwikkeling (Ettekal & Mahoney, 2017). Het model kan gebruikt worden om de gelaagdheid, maar ook de verbondenheid en de onderlinge afhankelijkheid op deze dimensies weer te geven. Voor de continuïteit van zorg is het belangrijk met deze gelaagdheid rekening te houden. (COMGGKJ, 2021).

Op microniveau gaat dit de over relatie tussen het kind, de jongere en zijn of haar (directe) context. Ook de hulpverlener(s) behoren tot dit eerste niveau. Het meso-niveau betreft de inhoud en de organisatie van de zorg rond het kind/ de jongere en omvat onder meer de zorgtrajecten, de samenwerking tussen diensten en voorzieningen en de overdracht van informatie (Naert et al., 2017; COMGGKJ, 2021). Het macroniveau betreft de overheid, netwerken en regio's (COMGGKJ, 2021). Volgens het COMGGKJ vergen de dimensies een periodieke reflectie die elke hulpverlener als uitgangspunt dient te nemen (2021).

In deze multidimensionaliteit mag de actieve rol van de kinderen en jongeren binnen de zorgtransmissie niet vergeten worden. Continuïteit van zorg is de uitkomst van een interactief proces tussen zorgvrager en verstreker (Ettekal & Mahoney, 2017; Heaton et al., 2012). Volgens Parker et al. is deze co-constructie een afstemming en dynamiek tussen de kinderen en jongeren die zich beroepen op de zorg,

de context en familie en de hulpverlening en professionals (2011). In deze optiek spreken Heaton et al. van een paradigmaverschuiving naar een dynamischer partnerschapsmodel binnen continuïteit van de hulpverlening (2012). Waar in het professioneel paradigma de jongeren voornamelijk passieve ontvangers waren en uitgegaan werd van de professional die zicht heeft “op de voorwaarden en oorzaken van continuïteit”, spelen alle bovengenoemde partners een actieve rol in de verwezenlijking van zorgcontinuïteit (Heaton et al., 2012; Parker et al., 2011; Naert et al., 2017, p. 4). Aspecten van deze continuïteit gaan onder meer over partnerschap, contextualiteit, flexibiliteit en longitudinaliteit (Heaton et al., 2012; COMGGKJ, 2021). Zorgcontinuïteit staat dus niet op zichzelf, maar gaat gepaard met participatie van de jongeren en hun de context, de toegankelijkheid van zorg en de samenwerking tussen verschillende partners.

2.2.4.2 Conceptualisering van de term zorgtransmissie in dit onderzoek

Het is belangrijk duidelijk te stellen welke term deze masterproef gebruikt wanneer over ‘continuïteit’ van zorg gesproken wordt binnen het veld van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen- en jongeren in de Oost-Vlaamse K/k-diensten.

In de literatuur worden door uiteenlopende auteurs verschillende definities voor continuïteit van zorg gebruikt. Er is dus geen algemeen aanvaarde definitie in de wetenschappelijke literatuur te vinden (Naert et al., 2017; 2019). Dit maakt de term ruim en vatbaar voor andere interpretaties. Ondanks de toenemende focus op de continuïteit van zorg, is het concept dus gebrekkig gedefinieerd en niet universeel begrepen, wat leidt tot uiteenlopende praktijken (Naert et al., 2017; 2019). Naert en collega’s waarschuwen voor een fluïde invulling van deze term en stellen dat dit mogelijks problematisch kan zijn aangezien de invulling van continuïteit als begrip een impact heeft op de verder ontwikkeling van de praktijk en het beleid in de jeugdzorg (Naert et al., 2019). Een gebrekkige afstemming of onwetendheid over wat het begrip precies inhoudt, kan zorgen voor miscommunicatie (Naert et al., 2017). Weten of, hoe en op welke manier continuïteit van zorg bereikt wordt, wordt dan een gissen (Parker et al., 2011)

Door een illustratie te geven van hoe de Vlaamse overheid de term omschrijft, toont Naert (2019) waar het bij deze definiëringen in hun kern vaak over gaat: "De voortzetting zonder onderbreking van het traject in de jeugdzorg, te realiseren door samenwerking tussen verschillende jeugdzorgaanbieders in jeugdzorg en casemanagement." (Naert, 2019, p. 9). Ook in ander wetenschappelijk onderzoek wordt continuïteit van zorg frequent vernauwd tot managementcontinuïteit (Naert et al., 2017). Verder maakt de overheid ook een onderscheid tussen het begrip ‘zorgtoeleiding’ en ‘zorgtransmissie’ (Poncé, 2021; T. Langerlaert, F. Morisse, persoonlijke communicatie, 12 april 2021). Waar het begrip ‘zorgtoeleiding’ gaat over de opname binnen de K/k-dienst wordt de term ‘transmissie’ teruggebracht tot ‘nazorg’ na het ontslag van de kinderen en jongeren uit de K/k- diensten.

Toch ziet Naert het concept ‘continuïteit’ breder dan enkel een naadloze aansluiting tussen verschillende diensten, zoals eerder omschreven binnen de managementcontinuïteit. Nog te vaak wordt continuïteit begrepen in termen van afbakenen en doorverwijzen tegen de achtergrond van types, modules, zorgvormen, sectoren, specialiteiten,... (Naert, 2019; COMGGKJ, 2021).

Ook deze masterproef interpreteert de term ruimer dan een vlotte en efficiënte samenwerking tussen voorzieningen. Daarom zal de term 'zorgcontinuïteit' in het verdere verloop van deze scriptie niet meer gebruikt worden. Ter vervanging van het begrip wordt de term 'zorgtransmissie' gebruikt en dit in samenspraak met twee centrale leden binnen het onderzoek.

'Transmissie' verwijst naar het hele traject van zorgcontinuïteit. Het begrip slaat zowel op de 'voorzorg' als 'inreach', als op de 'vervolgzorg'. De *voorzorg* vindt plaats vóór een effectief traject en/ of dienstverlening binnen de K/k-diensten wordt opgestart. Meer concreet gaat dit over de periode van de aanmelding bij een kinder- en jeugdpsychiatrische dienst. De *inreach* is het traject binnen de K/k-diensten zelf. Het *vervolgtraject* is het moment waarop het traject wordt afgerond en vervolg zorg wordt aangeboden vanuit de K/k-dienst. Transmissie gaat in zijn totaliteit over overdracht, flexibel inspelen op, in- en uitschuiven (T. Langeroot, F. Morisse, persoonlijke communicatie, 11 maart 2021). Het begrip 'zorgtransmissie' waaid over uit het werk van de Waalse collega's die voor zorgcontinuïteit in het werken met kinderen en jongeren vanuit de GGZ, de term 'transmission' gebruiken (T. Langeroot, F. Morisse, persoonlijke communicatie, 12 april 2021). Echter wordt met zorgtransmissie niet het hele levenstraject van een kind- en of jongere in de voorzieningen bedoeld. De term omvat de zorg voortijdens- en na het traject binnen de Oost-Vlaamse K/k-diensten (COMGGKJ, 2021).

In afspraak met de masterproefbegeleiders werd de betekenis van 'zorgtransmissie' als volgt vastgelegd: zorgtransmissie gaat over een *in-, door-en uitstroom* waar zeker ook de preventieve kant niet mag vergeten worden. De term omvat ook de achterliggende idee van kortere en verminderde wachlijsten, snellere doorlooptijden, opnamevermijding en verkorting, betere herintegratie en hervolprentie, waarbij de vervolgzorg wordt doorgetrokken en vastgehouden. Ook een vlottere overgang, afstemming tussen verschillende professionele en niet professionele contexten, met name de jongere en het natuurlijk netwerk etc. zijn in het begrip vervat (T. Langeroot, F. Morisse, persoonlijke communicatie, 12 april 2021; Poncé 2021). De begripsomschrijving nodigt uit om expliciet na te denken over de verschillende onderdelen van de zorg in het gehele proces dat gaat van 'zorgtoeleiding', 'traject', 'uitstroom' en 'opvolging' binnen het verloop van het traject.

2.3 Factoren in zorgtransmissie

De geestelijke gezondheidszorg zet zich in voor de bevordering en/ of de vrijwaring van de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context (Guthrie, 2008). Er is echter een tekort aan details over de aard en de manier waarop continuïteit en zorgtransmissie ingevuld dient te worden en verschillende onderzoeken spitsen zich toe op het uitlichten van belangrijke factoren in het bekomen van deze continuïteit (Parker et al., 2011; Heaton et al., 2012; Refaeli et al., 2016; Carbonell et al., 2020). In wat volgt worden zowel de werkzame als de belemmerende factoren inzake zorgtransmissie geschetst. Reflectie over de factoren kan de zorgcontinuïteit immers versterken (Naert et al., 2017; COMGGKJ, 2021).

2.3.1 Algemeen beïnvloedende factoren

Eigenschappen, invloed, kenmerken en omstandigheden van de cliënten, zorgverleners en het zorgtraject beïnvloeden de continuïteit van het een hulpverleningstraject (Parker et al., 2011). Daarnaast heeft de “structuur en administratie van dienstverlening, kenmerken, het gedrag en de participatie van de professional, de familie van de cliënten en vertrouwenspersonen, de bredere context van de cliënt en de eigen tevredenheid van de cliënt” (Parker et al., 2011, p. 1) met daarbij ook de beschikbaarheid, de kosten en de adequaatheid van diensten een impact (Dudley et al. 2022). Om gewenste gezondheidsuitkomsten te verschaffen aan individuen of patiëntenpopulaties dient de zorg daarenboven ook veilig, effectief, tijdig, efficiënt en rechtvaardig te zijn. Bovendien moet in gezondheidszorgorganisaties de mens centraal staan (Dudley et al. 2022).

2.3.2 Werkzame factoren in en voor zorgtransmissie

Het COMGGKJ stellen in hun rapport onder meer participatie, toegankelijkheid en samenwerking voor als faciliterende elementen inzake zorgcontinuïteit (COMGGKJ, 2021). In wat volgt wordt toegespitst op een aantal van deze domeinen door middel van wetenschappelijke literatuur.

2.3.2.1 Participatie

In een rapport van de Hoge Gezondheidsraad: ‘participatie van Kinderen en jongeren binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg’ wordt participatie beschreven als een manier om zorgcontinuïteit in zijn complexiteit te verbeteren en te garanderen overheen de tijd (2019). Hierin worden kinderen en jongeren gezien als volwaardige participerende actoren waarbij participatie een fundamenteel recht is dat verankerd is binnen verschillende wetteksten (Hoge gezondheidsraad, 2019). Vooral het eigenaarschap en rekening houden met hun inbreng doorheen het traject zijn voor jongeren essentieel (Naert et al., 2017). Toben en collega’s omschrijven hoe “de mate van controle over het eigen traject het gevoel van continuïteit zou verhogen, onafhankelijk van de duur van de therapeutische relatie” (2014, p. 15). Daarnaast zou het ook leiden tot grotere motivatie om deel te nemen aan het zorgtraject, een groter behoud van geleerde vaardigheden en inzichten teweegbrengen en inspelen op de fundamentele noden beschreven binnen de zelfdeterminatietheorie (Tobon et al., 2014). Deze noden namelijk autonomie, verbondenheid en competentie werken welzijn verhogend (Refaeli et al., 2016; Hoge gezondheidsraad, 2019).

Binnen deze participatie is het belangrijk om ook het netwerk, de context, de familie en belangrijke naasten die zorg opnemen voor en/ of betrokken zijn met het kind en de jongeren te betrekken (Naert et al., 2017). Heaton et al., halen aan “hoe meer patiënten en leden van hun informeel zorgnetwerk betrokken zijn, hoe beter de continuïteit van zorg” is (2012, p. 7). Zowel bij aanmelding, tijdens een mogelijk traject binnen de diensten, als in de vervolgzorg, is deze contextuele betrokkenheid, participatie en partnerschap van belang (Heaton et al., 2012). Dit vergroot de kans op wederzijdse verstandhouding, begrip, gemeenschappelijke taal en het juist inschatten van mogelijkheden en moeilijkheden in beide contexten (Shah-Anwar et al., 2019). Ook zou het de hervalpercentages verminderen en de emotionele regulatie voor de familie verhogen waardoor een verminderde zorglast wordt ervaren (Shah-Anwar et al., 2019).

Belangrijk is wel dat er aan deze context voldoende (professionele) ondersteuning wordt geboden. Dit blijkt “een positieve impact te hebben op het mentaal welbevinden (...) en een reductie op de zorgzwaarte die de familieleden ervaren” te hebben (Carbonell et al., 2020, p. 9). Verder kan door de actieve aanwezigheid, intensieve samenwerking en extra ondersteuning op elk deel binnen het traject een overdracht naar de thuiscontext en kansen op een haalbare integratie mogelijk gemaakt worden (COMGGKJ, 2021).

2.3.2.2 Samenwerking

Verder hangt volgens Heaton et al. het bereiken van goede continuïteit af van de kracht van connectie en verbinding (2012). Naert vult aan dat relaties faciliterend kunnen werken, eerder dan dat ze bijkomend zijn aan de gegeven zorg. Een reële appreciatie voor het netwerk is aan de orde (Naert et al., 2017). Samenwerking kan zowel op cliënt(systeem)-niveau als tussen partners en intersectorale samenwerking, binnen het netwerk en (intersectoraal) beleid gezien worden (COMGGKJ, 2021).

Op microniveau houdt dit vooral overleg en contact met de cliënt en het (herkomst)netwerk vanuit een gemeenschappelijk handelen en gedeeldheid in (Carbonell et al., 2020; COMGGKJ, 2021). Personen in dit netwerk zijn o.a. “ouders, andere familieleden, vrienden en leerkrachten” (Naert et al., 2017, p. 13).

Op mesoniveau omvat de samenwerking een nodige afstemming tussen programma's en partners. Deze transdisciplinaire, intersectorale samenwerking is bij uitstek noodzakelijk in kader van de complexe, comorbide problematieken van de doelgroep die zich beroept op geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (Singh & Tuomainen, 2015; Refaeli et al., 2016; COMGGKJ, 2021). Veel van de kinderen en jongeren met (complexe) psychische problemen worden reeds ondersteund in andere sectoren, maar lopen een groter risico om connectie en aansluiting in de maatschappij te verliezen (Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017). Dit maakt dat de zorg voor deze doelgroep creatieve, innovatieve samenwerkingsverbanden vraagt tussen verschillende diensten, voorzieningen en afdelingen, rekening houdend met de aanklappendheid die nodig is binnen de omschreven doelgroep (Singh & Tuomainen, 2015; Refaeli et al., 2016). Ook naar jongeren op de scharnierleeftijd van zestien tot 23 jaar dient extra aandacht naar zorgtransmissie te gaan (COMGGKJ, 2021).

Toch houdt deze samenwerking niet per se doorverwijzen in. Singh en Tuomainen (2015) stellen dat elke doorverwijzing dient geproblematiseerd te worden. Ook Refaeli en collega's opteren voor stabiliteit en duurzame behandeling binnen (residentiële) opnames. “Stabiliteit in de plaatsing en bijgevolg, het creëren van duurzame relaties, wordt benadrukt als een voorspeller van succesvol functioneren nadien en heeft een positieve impact op de verdere ontwikkeling van het kind- en of de jongere” (Refaeli et al., 2016, p. 14). Zorgcontinuïteit gaat primair over vasthouden, ook in tijd, op een flexibele en reflectorische manier. Wanneer een doorverwijzing aan de orde is, dient de professional de afweging te maken op vlak van deskundige expertise en de persoonlijke, unieke, relationele connectie met de cliënt (Singh & Tuomainen, 2015; COMGGKJ, 2021). Een goede overgang is hierbij meer dan een administratieve taak (Singh & Tuomainen, 2015). Het vergt coördinatie, doelgerichtheid en planmatige aanpak, maar bovenal de centralisatie van de patiënt (Singh & Tuomainen, 2015).

Gedeelde zorg en verantwoordelijkheid, casemanagement en zorgcoördinatie zijn belangrijke begrippen die tot stand kunnen komen in deze transversale gelijktijdige samenwerking (Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015). Deze samenwerking vraagt een fundamentele openheid in twee richtingen. Enerzijds moet de mogelijkheid er zijn om partners binnen te laten en actief te betrekken in het traject binnen de voorziening, wat soms kan inhouden dat dingen samen gebeuren, besloten of afgestemd worden (Carbonell et al. 2020; COMGGKJ, 2021). Anderzijds dient de dienst ook extramuraal te werken en andere spelers in het hulpverleningslandschap als gelijk(w)aardig partners te bejegenen, elkaar te versterken en te verrijken. Samenkomsten, elkaar leren kennen en informatie uitwisseling is hier van belang (Naert et al., 2019; Carbonell et al., 2020). Op deze manier kan kennis en expertise gedeeld en verspreid raken (Naert et al., 2019; COMGGKJ, 2021). Echter is ook intramuraal nood aan samenwerking en afstemming. Waar een hoge nabijheid en beschikbaarheid belangrijk geacht wordt om het verhaal van de zorgtransmissie te laten slagen. Ook op macroniveau liggen veel opportuniteiten om deze samenwerking vorm te geven. De gaat onder meer over uitwisseling van expertise, vormingen, intervisie en wisselers (COMGGKJ, 2021).

2.3.2.3 Andere factoren

Een andere werkzame factor is het kunnen behouden en aangaan van relaties met andere belangrijke personen binnen het hulpverleningstraject (Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017). Het ervaren van relationele verbondenheid draagt bij tot een gevoel van continuïteit (Tobon et al., 2015). Dit gaat over diepgaand begrip en wederkerigheid in een kwalitatieve (therapeutische) relatie. Tobon en collega's (2015) spreken over volgende kernaspecten van deze relatie: "gehechtheid en verbondenheid, consistentie in contact, vertrouwen en flexibiliteit en betrokkenheid" (p.3). Naert (2019) spreekt over een engagement van begeleiders, dat soms verder reikt dan hun omschreven opdracht. Ook Tobon en collega's beamen hoe flexibele inspanningen van individuele zorgverleners de ervaren continuïteit vergroten (2015). Meer concreet gaat de kwaliteit van deze verbondenheid over "de balans tussen de mate van agency (handelingsruimte) die de kinderen en jongeren ervaren en de mate van engagement van de begeleider ten aanzien van hen, wat zich toont in interesse en betrokkenheid, een extra inspanning of ondersteuning op cruciale momenten". (Naert et al., 2017, p. 13).

In de literatuur gaat het vaak over personeel dat beschikbaar, zorgzaam en ondersteunend is (Naert et al., 2019) en dat de mogelijkheid heeft om het ritme van de jongere te volgen. Dit zou probleemescalatie en uitval voorkomen. Het vermogen en de tijd om het ritme van de jongere te volgen is belangrijk (Parker et al., 2011). Als hulpverlener voor, tijdens maar ook na de opname, hetzij kort en weinig frequent, beschikbaar en bereikbaar blijven, ademt continuïteit. Ook wanneer transities voorbereid worden, is het aanbevolen dat iemand waar het kind of de jongere vertrouwen in heeft, dit mee begeleidt en daar de tijd voor neemt (Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017; COMGGKJ, 2021).

Toch kan hier een kanttekening gemaakt worden. Naert en collega's stellen dat een voortdurende aanwezigheid van hulpverlening in een sluitend continuüm nadelig kan werken. Hulpverlening moet aan kinderen en jongeren de kans bieden om op eigen benen te staan, waar de blijvende connectie met ruimere en andere contexten belangrijk is. "Breken met hulpverlening krijgt dan een positieve invulling, als kans tot verandering" (Naert et al., 2017, p.15). De uitwisseling van deskundigheid en expertise in

evenredigheid met menselijke relationele deskundigheid is daarbij werkzaam. Dit vergt een flexibele aanwezige fit van de hulpverlener. Waarbij het principe van subsidiariteit wordt gehanteerd. Dit principe wordt omschreven als “zo vroeg, zo licht en zo dicht mogelijke hulp” (Aga et al., 2017, p. 33). De zorg dient zo kort als mogelijk, maar zo lang als nodig aangehouden te worden, waar telkenmale gekozen wordt om de minst ingrijpende hulp aan te bieden (Aga et al., 2017; Naert et al., 2017).

Een andere werkzame factor inzake zorgtransmissie is tijdig geïnformeerd worden. In deze optiek is de cliënt de eigenaar van zijn biografische en klinische informatie. Het transparant delen welke informatie verspreid wordt en formuleren welke elementen bijdragen tot bepaalde beslissingen in het zorgtraject is noodzakelijk (COMGGKJ, 2021). Het verschaffen van dit inzicht kan zorgen voor de (h)erkenning van het kind en/of de jongere als actor, wat gevoelens van onmacht kan bestrijden (Naert et al., 2017).

Tenslotte wordt in de literatuur aangegeven dat het werkzaam is om naast klinische (cognitieve) expertise ook andere levensdomeinen buiten het zorgsysteem in het traject te betrekken. Het breder hersteltraject dient meegenomen te worden. Daar horen o.a. vriendschapsbanden, schooltrajecten en vrije tijd bij (Tobon et al., 2014; 2015; Refaeli et al., 2016; Naert et al., 2017). Naert omschrijft hoe een betere uitbouw van een laagdrempelig leefwereld georiënteerd aanbod kan helpen om in deze complexe omstandigheden een meerwaarde te bieden aan jongeren (2019). Waar in deze bijzonder kwetsbare groep sprake is van (dreigende) breuken zoals eerder beschreven, is preventie of herstel op al deze domeinen immers cruciaal (Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015; Naert et al., 2019; Theberath et al., 2022).

2.3.3 Valkuilen en uitdagingen in zorgtransmissie

Ook valkuilen en uitdagingen inzake zorgtransmissie kunnen uit de literatuur geformuleerd worden.

2.3.3.1 *Gebrek aan inspraak en participatie*

Onderzoek wijst uit dat participatie vaak “sterk gereduceerd wordt ingevuld” (Naert et al., 2017, p. 17) Werken in een kader waar participatie enkel in vooraf bepaalde afgrenzingen vorm krijgt en niet bezig is met de ruimere scheve machtsverhoudingen tussen de hulpverlening en de persoon, is een valkuil inzake zorgtransmissie (Naert et al., 2017). Daardoor is er vaak weinig tot geen inspraak van de betrokken personen en families. Naert en Carbonell en collega’s stippen aan hoe er tot op heden nog te weinig gefocust wordt op de context binnen de jeugdhulpverlening (Naert et al., 2017; Carbonell et al., 2020).

Verder vormen gebrek aan communicatie en transparantie, zeker op cruciale momenten, een valkuil (Naert et al., 2017). Dit zorgt voor een tekort aan structurele inspraak waardoor kinderen, jongeren en hun gezinnen niet kunnen deelnemen aan de besluitvorming binnen de hulpverlening (Carbonell et al., 2020).

2.3.3.2 *Verkokering en fragmentatie*

Een andere valkuil is de verkokering en fragmentatie (Naert et al., 2017; Aga et al., 2017). De complexiteit van de doelgroep zorgt immers vaak voor een verscheidenheid aan betrokken partners. Toch wordt hier niet altijd effectiviteit of efficiëntie gewaarborgd (Naert et al., 2017).

Tobon en collega's onderstrepen de moeilijkheid om verschillende dienstverleningen te betrekken en te connecteren om een gedeeld zorgverhaal mogelijk te maken, des te meer binnen de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (2015). Gebrekkige samenwerking overheen sectoren zorgt ervoor dat jongeren moeilijk toegang krijgen tot de zorg (Naert et al. 2017). Daarenboven is het belangrijk te onderkennen dat netwerken en samenwerking ook wantrouwen in de hand kunnen werken. Het is belangrijk dat goed nagedacht wordt hoe de netwerken tot stand komen (Naert et al., 2019).

Verder wordt zelden continuïteit bereikt in systemen waar enkel oriëntatie, verwijzing, tijdelijke opnames en technische overdragingen van expertise aan de orde zijn (COMGGKJ, 2021). Een lineaire, binaire, vormelijke invulling van het de zorgcontinuïteit vormt hierbij een valkuil (Naert et al. 2017).

2.3.3.3 Klinische focus

Een andere valkuil is de geïsoleerde klinische focus op de zorg. Dit kan leiden tot een probleemgeoriënteerde visie met een klemtoon op het klinisch/ diagnostisch probleem of tot een focus op het biomedisch perspectief, eerder dan op de specifieke noden van de persoon (Carbonell et al., 2020). Een valkuil hierbij is om het eigenaarschap van de jongere en/ of het kind te ontkennen en hen te zien als "het probleem" of de "passieve component", waar ingegrepen moet worden. Dit kan "onmacht, kwaadheid en het opheffen van het engagement van de jongeren ten aanzien van de geboden hulpverlening" ten gevolge hebben (Naert et al., 2017, p. 15). Het werkt disconnectie en non-participatie in de hand.

2.3.3.4 Andere valkuilen

Andere valkuilen inzake zorgtransmissie worden beschreven door Naert et al. (2017). Dit zijn o.a. een te kleine of net te grote aanwezigheid van de hulpverlening, gebrekkige hulp op nodige momenten, tijdelijkheid van hulpverleners waardoor geen echte band kan worden opgebouwd, voortdurende doorverwijzing, hulpverlening die een verplicht karakter krijgt en een wantrouwen van de jongere ten aanzien van de hulpverlening. Daarnaast omschrijven Carbonell et al. en Dudley et al., de lange wachtlijsten, het gebrek aan tijd die nodig is om zorg te verlenen en beperkte ruimte en infrastructuur als valkuilen (2020; 2022). Vooral de lange wachtlijsten vormen grote uitdagingen in het zorgtransmissieverhaal (2015; Gureje & Oladeji, 2017; Patel et al., 2018). Ook Naert et al. beamen hoe de verbinding met de jongere onder druk staat door conflicten op vlak van ruimte, tijd en ritme (2019).

Financiering

Carbonell et al. beschrijven hoe het gebrek aan menselijke en institutionele middelen fnuikend is voor professionele interventies en belemmeringen vormen die de toegang tot kwalitatief goede zorg en continuïteit in de GGZ moeilijk maken. Tobon en collega's geven ook de schaarste van kinderpsychiaters aan als een problematisch aspect van het systeem (2015).

Verder stellen Carbonell en collega's hoe de meeste onderzoeken inzake continuïteit de hoge kosten van de geestelijke gezondheidszorg vermelden en de noodzaak om deze te verminderen, aanhalen (Tobon et al., 2015; Carbonell et al., 2020). Ook andere onderzoekers pleiten om geestelijke gezondheid bovenaan de politieke agenda te plaatsen, "zodat voldoende financiële middelen voor de planning, ontwikkeling en evaluatie van de diensten kunnen worden gegarandeerd en het stigma en de

discriminatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid kan worden verminderd” (p 11 Carbonell et al.; Signorini et al., 2017; Dudley et al. 2022).

De keerzijde van de vermaatschappelijking

Ondanks het feit dat “gezins- en contextgerichte zorg één van de beste hulpverleningsmethoden op het gebied van geestelijke gezondheid is”, (Carbonell et al., 2020, p. 9) en steeds meer wetenschappelijke evidentie de effectiviteit binnen de GGZ aantoont (Shah-Anwar et al., 2019) is er ook een keerzijde aan de vermaatschappelijking. Zo is er in onderzoek consensus over de gebrekkige ondersteuning voor het netwerk rond de persoon (Carbonell et al., 2020).

De verantwoordelijkheid voor de zorg voor mensen met psychische aandoeningen komt vaak toe aan familieleden en de nauwe context (Carbonell et al., 2020, Shah-Anwar et al., 2019). Het verlenen van zorg voor mensen met psychische aandoeningen is een aanzienlijke persoonlijke investering en kan ernstige gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven van mantelzorgers. Vaak staat dit netwerk reeds onder druk en krijgen ze te maken met verschillende uitdagingen en hindernissen zoals stress, angst, depressie en frustratie (Carbonell et al., 2020). In deze optiek kan vermaatschappelijking zorgen voor overbelasting en net een barrière zijn om tot continuïteit te komen.

2.4 Recente federale overheidsmaatregelen binnen de (semi-) residentiële kinder- en jeugdpsychiatrische zorg

“Reeds voor de coronaepidemie deed een toenemend aantal kinderen, jongeren en jongvolwassenen met ernstige en complexe psychische problemen beroep op het geestelijk gezondheidszorgaanbod” (Poncé, 2021, p. 1). Door de pandemie en de maatregelen om het virus te bestrijden, werd deze tendens versterkt (Theberath et al., 2022). Poncé schrijft in een brief vanuit de dienst psychosociale gezondheidszorg cel geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de federale overheidsdienst (FOD) dat meer en meer kinderen en jongeren kampen met angst en depressieve gevoelens door deze maatschappelijke crisis (2021). Volgens internationale literatuur was de impact op het geestelijk welbevinden van kinderen en jongeren aanzienlijk (Theberath et al., 2022).

Bepaalde problematieken uitten zich daardoor heftiger dan gewoonlijk en veel kinderen en jongeren met complexe en meervoudige psychische klachten deden een beroep op de geestelijke gezondheidszorg (Poncé, 2021; Theberath et al., 2022). Dit zorgde voor een verschuiving in de doelgroep van de kinder-jeugdpsychiatrische ziekenhuisdiensten. Het louter versterken van een mobiel crisisaanbod bleek in België onvoldoende om de oplopende druk op de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen te verminderen waardoor de aanmeldingsvragen bij de diensten exponentieel toenamen (Poncé, 2021). De toename in aanmeldingen, de druk op de GGZ-sector en “de intentie om het beschikbaar hulpverleningsaanbod zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten”, vroegen om aanpassingen in het beleid (Poncé, 2021, p. 1). Op korte termijn werden twee maatregelen geïmplementeerd.

Een eerste maatregel betreft de “intensifiëring van de kinder- en jeugdpsychiatrische en algemene ziekenhuisdiensten”, namelijk een “creatie van bijkomende (semi-) residentiële hulpverleningscapaciteit” (Poncé, 2021, p.1), wat zorgt voor een blijvende en duurzame versterking van

de personeelsomkadering (Poncé, 2021). Hiermee wil men toespitsen op optimale zorgcontinuïteit voor kinderen, jongeren en hun context. Deze maatregel zal de in- door- en uitstroom van de opnamecapaciteit voor kinderen en (jong)volwassenen, beter en flexibeler organiseren waar het mobiele en ambulante aanbod tot nu toe ontoereikend was. De maatregel werd officieel toegekend in april 2021 (Poncé, 2021; T. Langeraert, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2021).

Een tweede maatregel wil tijdelijke liaisonteams in elk netwerk inzake geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren toevoegen (GGKJ-netwerk) (Poncé, 2021). De teams worden ingezet om hun expertise in kinder- en jeugdpsychiatrie te delen in niet psychiatrische ziekenhuisdiensten (Poncé, 2021). Deze masterproef beperkt zich echter tot de implementatie van de eerste maatregel.

2.4.1 Maatregel I: intensifiëring K/k-diensten: verhoogde personeelsomkadering

Met de invoering van bovenstaande maatregelen tracht de federale overheid een aantal kernelementen binnen de zorg voor kinderen en jongeren in de K/k-diensten na te streven. Zo wordt met de verhoogde personeelsomkadering verwacht dat K/k-diensten meer intensieve zorgen kunnen aanbieden aan complexe en ernstige psychische problematieken van kinderen en jongeren en hun context (Poncé, 2021). Verder geeft de dienst psychosociale gezondheidszorg cel GGZ van het FOD aan dat hierdoor ook een brugfunctie kan worden gerealiseerd die zowel: “de opname in (de zorgtoeleiding) als het ontslag uit (de zorgtransmissie) in deze diensten kan faciliteren of versnellen” (Poncé, 2021, p. 2). Dit zal ervoor zorgen dat meer kinderen en jongeren en hun (complexe) problematiek bereikt worden, spoedig geholpen worden en een snellere doorstroming vinden.

Een intensieve zorgoverdracht en ondersteuning tussen verschillende settings is daarbij het streefdoel. Deze zorgoverdracht bevindt zich op het snijpunt tussen “de (semi-) residentiële zorg enerzijds en het thuis(vervangend) milieu, de ambulante en de mobiele zorg anderzijds” (Poncé, 2021, p.2). De middelen willen de mogelijkheid bieden om actieve samenwerking met de thuiscontext te realiseren en reeds tijdens de opname overdracht, ondersteuning en empowering te bieden bij de overgang naar de thuiscontext (Poncé, 2021). Daarnaast zou de versterkende maatregel kunnen toelaten dat een “geïntegreerd en efficiënt samenwerkingsverband tussen de K/k-diensten en andere GGZ-actoren opgesteld kan worden” (Poncé, 2021, p. 2). Kortom dient de extra omkadering breuken in zorgtrajecten te voorkomen en continuïteit, zorgverlening en ondersteuning te optimaliseren (Poncé, 2021).

2.5 Naar een nieuw geestelijk gezondheidszorgbeleid: het nieuwe decreet

Beide recente maatregelen kaderen binnen een ruimere hervormingsbeweging in de geestelijke gezondheidszorg en het geestelijk gezondheids(zorg)beleid in België (*Artikel 107: hervorming van de geestelijke gezondheidszorg*, z.d.). In 2010 werd de ‘gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken’, een realisatie door de federale overheid en de bevoegde deelstaten, door de interministeriële conferentie Volksgezondheid goedgekeurd (Gids naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren (2015).

De gids vormt de basis voor de verdere intensieve samenwerking tussen deze verschillende partners (*Artikel 107: hervorming van de geestelijke gezondheidszorg*, z.d.) en vertrekt vanuit de wereldgezondheidszorg organisatie die in het Mental Health Action Plan 2013- 2020 vier strategische geestelijke gezondheidszorg doelstellingen naar voren schuift:

Een doeltreffender bestuur en beheer van de geestelijke gezondheid; de verstrekking van alomvattende, geïntegreerde diensten voor geestelijke gezondheid en sociale zorg in 'community based settings', de uitvoering van strategieën voor bevordering en preventie; en betere informatiesystemen, bewijsmateriaal en wetenschappelijk onderzoek. (World Health Organization, 2013)

De gids gaf het startsein voor de hervorming van de GGZ en vormde de toepassing van artikel 107 van de ziekenhuiswet die flexibele financiële verschuivingen in ziekenhuizen mogelijk maakt (Aga et al., 2017). Meer concreet laat de wet de ziekenhuizen toe een deel van de ziekenhuisbedden "buiten gebruik te stellen met behoud van hun financiële middelen om de vrijgekomen middelen en personeelsleden te gebruiken om de zorg voor psychiatrische patiënten te vermaatschappelijken" (Aga et al., 2017, p. 294). Dit wordt verder uitgediept in het luik 'centrale uitgangspunten van de gids'.

In 2015 werd ook de gids 'naar een nieuw geestelijk gezondheidszorgbeleid voor kinderen en jongeren' goedgekeurd. Hiermee focust het beleid primair op kinderen en jongeren tot achttien jaar en hun context, waarbij ook rekening wordt gehouden met de scharnierleeftijd van 18 tot 23 jaar. De gids beschrijft de doelstellingen van de WHO (2013) toegepast op het gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren en legt hiermee de krijtlijnen van een nieuw GGZ-beleid in België vast. Dit gaat uit van een globale, allesomvattende aanpak waar alle aspecten van de GGZ worden opgenomen in een geïntegreerde aanpak van alle zorgcomponenten (*Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren*, 2015).

2.5.1 Centrale uitgangspunten in de gids

Centrale aspecten binnen dit beleid zijn het nastreven van '(her)integratie en continuïteit'. Hierbij dient een naadloze overgang en een vlottere en efficiëntere samenwerking tussen verscheidene diensten beter in te spelen op de noden van de kinderen, jongeren en hun context. Idealiter zouden alle hulpverleningsvormen integraal op elkaar afgestemd moeten worden, zodat zorgtransmissie overheen sectoren mogelijk wordt (*Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren*, 2015; COMGGKJ, 2021). Het uiteindelijke streefdoel van de gids en met name het "artikel 107-project" is de realisatie van zorgcontinuïteit voor kinderen en jongeren alsook (jong)volwassenen met een psychische moeilijkheid en kwetsbaarheid (Vandeurzen, 2013). De overgang naar zorg voor volwassenen dient hierbij harmonieus te verlopen (*Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren*, 2015).

Verder schetst het nieuwe beleid de nood aan realisatie van intersectorale samenwerking en afstemming, dit zowel op micro (patiëtniveau)- als mesoniveau (organisatorisch niveau), met als doel "toegankelijke, betrokken, positieve, deskundige, kwaliteitsvolle en continue geestelijke gezondheidszorg aan te bieden op maat van de noden van het kind of de jongere" (*Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren*, 2015, p. 9). Ook de Blikvanger gezondheidszorg (2021) beschrijft hoe deze netwerkgerichte samenwerking de individuele zorgnoden van de zorgvragers als

uitgangspunt dienen te nemen om gepersonaliseerde zorgtrajecten te verwezenlijken. Dit vanuit een “instellingsoverschrijdende samenwerkingsovereenkomst die de doelgroep achtereenvolgens kan doorlopen” (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015, p. 10).

Daarnaast komt in het nieuwe beleid een grotere focus te liggen op een zorg die bij voorkeur zo dicht mogelijk aansluit bij de natuurlijke leefsituatie (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015). Daarbij dienen de mogelijkheden en achtergrond van de jongere en de socio-economische context in rekening gebracht te worden om voldoende aandacht naar risicogroepen te voorzien. De ambulante begeleiding van kinderen en jongeren met psychische moeilijkheden speelt hierin een sleutelrol. Ook de context en met name de ouders, maar ook familie, andere opvoedingsfiguren en vrienden, worden meer dan vroeger, als belangrijke pilaren in dit proces opgenomen. Geïntegreerde zorg, contextbegeleiding, participatie van de zorggebruiker en naasten en ook laagdrempeligheid staat centraal binnen het vernieuwende landschap (Vandeurzen, 2013; COMGGKJ, 2021).

Ook de WHO omschrijft dit proces in het ‘model of optimal mental health care’, het ‘collaborative model’ en het ‘balanced care model’ (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015). In het boek *Orthopedagogische Werkvelden In Beweging* binnen het hoofdstuk ‘naar een integrale jeugdhulp Vlaanderen’ omschrijven Naert en collega’s dat de optimale gezondheidszorg zich bevindt op verscheidene niveaus met een trapsgewijze organisatie van zorg in een stepped care model (2017). Dit betekent dat in eerste instantie naar de meest “samenlevingsgerichte, effectieve, efficiënte en minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm” gekeken wordt (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015, p. 16). Intensievere zorgvormen kunnen ingezet worden wanneer dit nodig blijkt. In tweede instantie dienen multidisciplinaire zorgverleners een samenwerkingsverband op te stellen, de zogenaamde ‘collaborative care’. Dit houdt een balans in tussen residentiële en ambulante hulpverlening, waarbij eerst beroep dient gedaan te worden op het generalistisch aanbod vooraleer naar het gespecialiseerd aanbod gegrepen wordt (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015).

Dit proces kadert in een maatschappelijke ontwikkeling die het zorglandschap stuurt: de de-institutionalisering en vermaatschappelijking van de zorg waarbij de zorg voor mensen met kwetsbaarheden, van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard, door middel van een geïntegreerde zorg een eigen zinvolle plek krijgen in de samenleving (Vandeurzen, 2013). Ook wereldwijd vond een recente verschuiving plaats naar een meer gezinsgerichte aanpak binnen de geestelijke gezondheidszorg onderbouwd door wetenschappelijke evidentie (Shah-Anwar et al., 2019).

Ook voor mensen met (ernstig) psychiatrische aandoeningen, zoals binnen deze masterproef het uitgangspunt is, dient de zorg zoveel als mogelijk in de directe leefsituatie te gebeuren en gebeurt de ondersteuning steeds nadrukkelijker in hun thuissituatie (Shah-Anwar et al., 2019). Een ziekenhuisbehandeling is voorbehouden aan acute situaties waar ambulante thuisopvolging niet meer mogelijk is. Indien een opname toch noodzakelijk blijkt, wordt deze zo kort als mogelijk voorzien (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015; Blikvanger gezondheidszorg, 2021). Vervolg zorg dient daaropvolgend meteen geconnecteerd te worden aan en met extramuraal partners.

Het streefdoel is het bekomen van betere en aangepaste zorg in een balanced care model (Aga et al., 2017).

In een samenleving die steeds meer geconfronteerd wordt met complexe, casussen waar kinderen- en jongeren een specialistische aanpak vergen, worden professionals met een aantal uitdagingen geconfronteerd (Naert et al., 2017). Volgens Vandeurzen (2013) zijn het immers die “maatschappelijke ontwikkelingen en de daarbinnen gedetecteerde problemen die tot (beleids)daden inspireren” (p.7).

Bovenstaande thema’s namelijk de netwerkgerichte samenwerking en vermaatschappelijking, de participatie en de subsidiariteit van de GGZ “lopen als een rode draad door al deze hervormingen” (Blikvanger gezondheidszorg, 2021, p. 5). Toch zijn dit geen nieuwe principes in de hulpverlening. Ook in de integrale jeugdhulp en de implementatie van het vernieuwde decreet (2013) betreffende de Integrale Jeugdhulp (IJH) Vlaanderen staan deze doelstellingen centraal (Naert et al., 2017). De gids naar een nieuw GGZ-beleid, benadrukt hoe de uitrol van deze hervormingen hier rekening mee zal houden (2015).

Andere centrale uitgangspunten van het nieuwe beleid willen de zorginformatie-, registratie- en communicatiesystemen en het onderzoek m.b.t. geestelijke gezondheidszorg versterken (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015). Verder staan ook preventie en vroeg detectie op de agenda van het decreet. Onder preventie wordt “het vermijden van het optreden, de ontwikkeling of verergering van ziekten of handicaps” bedoeld (COMGKKJ, 2021, p. 1). Opnieuw zijn afstemming en intensieve samenwerking hierbij de belangrijkste pilaren om het nieuwe GGZ-landschap in te vullen (Gids: Naar een nieuw GGZ-beleid voor kinderen en jongeren, 2015; Vandeurzen, 2013).

Samenvattend gaan de hervormingen onder meer over de vermaatschappelijking van de zorg en een herstelgerichte visie waarbij bevordering, preventie, behandeling, revalidatie, zorg en herstel centraal staan.

3. Probleemstelling

Internationaal is er een grote nood aan zorgtransmissie voor kinderen en jongeren met ernstige psychische problematieken en hun context (Singh, 2015; Naert et al., 2019; Patel et al., 2018; HBSC, 2018; Carbonell et al. 2020). Zij kennen nog te vaak problemen in toeleiding naar gepaste zorg (Singh, 2015). Daarnaast kunnen de voorzieningen vaak onvoldoende intensief, flexibel of op maat werken om samenwerkingsverbanden op te zetten en alle kinderen en jongeren een (vervolg)behandeling te bieden (Patel et al., 2018; Carbonell et al. 2020). De zorgcontinuïteit van kinderen en jongeren binnen de geestelijke gezondheidszorg staat met andere woorden onder druk. Recente overheidsmaatregelen in de Belgische en Vlaamse context trachten tegemoet te komen aan de uitdagingen waar de zorg voor deze kwetsbare kinderen en jongeren mee geconfronteerd wordt (Vandeurzen, 2013; Poncé, 2021).

Een vraag vanuit RADAR: de Oost-Vlaamse context

De klemtoon van deze onderzoek ligt op de eerste maatregel toegekend vanuit de federale overheid. In Oost-Vlaanderen omvatte deze bijkomende investering 23 voltijds equivalente medewerkers (VTE), tewerkgesteld bij zes K/k- diensten, allen partners van RADAR (Poncé, 2021; T. Langerdaert, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2021). De ratio en een overzicht van de toegekende VTE's in de Oost-Vlaamse K/k-diensten is terug te vinden in bijlage 3.

Met deze verhoogde personeelsomkadering wil de overheid focussen op optimale zorgcontinuïteit voor kinderen, jongeren en hun context. Naast meer intensieve zorg voor complexe, ernstige en psychische problematieken van kinderen, jongeren en hun context, een versnelling en facilitatie van de toeleiding en vervolgzorg en een intensieve zorgoverdracht, tracht de maatregel ook de actieve samenwerking met de thuiscontext en geïntegreerde en efficiënte samenwerkingsverbanden in de geestelijke gezondheidszorgactoren na te streven (Poncé, 2021). Al deze accenten kaderen binnen een ruimere hervormingsbeweging in de Belgische geestelijke gezondheidszorg zoals omschreven in de Gids: naar een nieuw GGZ-beleid (2015).

RADAR stelde de vraag voor de opstart van dit masterproefonderzoek. Als Oost-Vlaamse netwerkorganisatie richt het zich voornamelijk tot “kinderen en jongeren tot achttien jaar en hun context, maar heeft het ook aandacht voor jongvolwassenen tot 25 jaar” (RADAR, 2022). Het intersectoraal samenwerkingsverband omvat verscheidene partners die betrokken zijn met en zich inzetten voor de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context (RADAR, 2022).

De partners zijn alle actoren die zich inzetten ter bevordering en vrijwaring van de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context en de netwerkovereenkomst met RADAR tekenden (*Netwerkovereenkomst RADAR*, 2018, p.5). Zoals in de netwerkovereenkomst staat omschreven doen zij dit “door een behoeften-georiënteerd, toegankelijk, kwaliteitsvol, geïntegreerd en continu preventie-, zorg- en hulpverleningsaanbod te realiseren” (*Netwerkovereenkomst RADAR*, 2018, p. 7).

De RADAR wenst een overzicht te creëren omtrent de toekenning en implementatie van de intensifiëringsmaatregel binnen de Oost-Vlaamse K/k-diensten. Verder willen ze ook een kwalitatief onderzoek naar werkzame factoren inzake zorgcontinuïteit/ zorgtransmissie in het Oost-Vlaams kind- en jeugdpsychiatrische landschap.

Op dit moment is er echter een gebrek aan onderzoek over hoe deze maatregel en recente hervorming zich in de Oost-Vlaamse praktijk vertaalt (COMGGKJ, 2021; T. Langerart, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2021). De verschillende diensten en de medewerkers inzake zorgtransmissie werden binnen de opstart en de uitwerking van deze recente maatregel (nog) niet bevroegd, waardoor weinig geweten is over de invulling in de verschillende diensten (RADAR, 2020). Daarnaast gebeurde de toekenning van de intensifiëringsmaatregel rechtstreeks aan de betrokken ziekenhuizen en afdelingen (T. Langerart, persoonlijke communicatie, 9 december 2021) De partners hadden de vrijheid om de middelen naar eigen inzicht te implementeren. Bij de lancering van deze maatregel werd echter geen vooropgesteld format inzake zorgtransmissie meegegeven, wat zorgt voor uiteenlopende praktijken. RADAR omschrijft daarbij een tekort aan afstemming binnen en tussen de verschillende diensten.

De netwerkorganisatie geeft aan dat er dringend nood is om zicht te krijgen op de implementatie en de klemtoon van elke K/k-dienst binnen de extra maatregel. Kennis hierover zou kunnen bijdragen aan afstemming, samenwerking en gezamenlijk leren. Ook de werkgroep zorgcontinuïteit pleit om de intensifiëring inhoudelijk en systematisch te bekijken (COMGGKJ, 2021). Toch is dit onderzoek geen effectiviteits- of causaliteitsstudie en heeft het niet de bedoeling om een evaluatie en/ of registratie van de geïmplementeerde middelen door te voeren. Er zal op geen enkele manier een scoring of benchmarking gemaakt worden.

Probleemstelling m.b.t. de internationale context, de literatuurstudie en de Oost-Vlaamse context

Naast de implementatie van de maatregel, focust dit onderzoek zich voornamelijk op de werkzame factoren inzake zorgtransmissie. De literatuur beschrijft immers een tekort aan de details over de aard en de manier waarop continuïteit van zorg ingevuld dient te worden en verschillende onderzoeken spitsen zicht toe op het uitlichten van de belangrijke factoren in het bekomen van deze zorgcontinuïteit (Parker et al., 2011; Heaton et al., 2012; Refaeli et al., 2016; Carbonell et al., 2020). Actief nadenken over de essentiële aangrijpingspunten en/of valkuilen om aan de slag te gaan in zowel de voor - als in de nazorg is belangrijk (Parker et al., 2011, COMGGKJ, 2021). Reflectorisch nadenken kan de zorgcontinuïteit van de gebonden zorgverlening immers versterken (Naert et al., 2017; COMGGKJ, 2021). Ook volgens Carbonell et al., is het belangrijk om de kwaliteit van zorg binnen de GGZ-voorzieningen te onderzoeken. Zo kunnen haalbare actieplannen ontwikkeld worden en beperkingen worden aangepakt (2020).

Ook RADAR en partners ervaren een gebrek aan een (reflectorisch) kader om op basis van 'werkzame factoren' de zorgtransmissie binnen de verschillende diensten te bekijken (T. Langerart, persoonlijke communicatie, 9 december 2021). Het netwerk verlangt een (theoretische) en kwalitatieve verdieping op de factoren die de transmissie van de zorgverlening garanderen en kunnen verbeteren.

Naast een overzicht van recente (inter)nationale literatuur inzake zorgtransmissie, wordt ook het perspectief van de medewerkers die tewerkgesteld zijn met en/of aan de slag zijn met de intensifiëringmiddelen, bevroegd. Wetenschappelijk onderzoek onderstreept het belang om medewerkers binnen de geestelijke gezondheidszorg te bevroeden (Heaton et al., 2012). Daarbij spreken Heaton et al. van een verschuiving naar een partnerschapsparadigma binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ook andere auteurs benadrukken deze evolutie in de 'mental health services' (Heaton

et al., 2012; Parker et al., 2011; Ettekal & Mahoney, 2017; Naert et al., 2019). Aangezien zorgverleners een belangrijk onderdeel van het partnerschap vormen en een actieve rol spelen in dit interactief proces, dient naast het standpunt van de patiënten, ook het perspectief van de zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg te worden gewaardeerd (2012). Alle bovengenoemde partners hebben immers elk hun kijk op de continuïteit van zorg, zowel in de definiëring als in het bereiken ervan. Dit vraagt naar een verdere uitdieping zowel van het proces als van het resultaat van de zorgcontinuïteit (Heaton et al., 2012).

Ook RADAR beschrijft de nood om het unieke perspectief van de geïmplementeerde medewerkers te bekijken (T. Langerdaert, persoonlijke communicatie, 9 december 2021). Sommige medewerkers kregen een volledig nieuwe jobinvulling, of mochten op andere manieren binnen hun voorziening aan de slag. Anderen werden vanuit de middelen nieuw aangesteld. Toch staan ze allen in voor het bevorderen van continuïteit van zorg zoals omschreven binnen de nieuwe maatregel. Tot op heden werd er (nog) geen onderzoek gevoerd naar hun perspectief.

Tenslotte hangt het bereiken van een goede continuïteit hangt af van de kracht van de samenwerking, dit zowel op het niveau van het cliëntsysteem, als op het niveau van de intersectorale samenwerking (Parker et al., 2011; Heaton et al., 2012; Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017; Naert et al., 2019). Daarom vond ook een bevraging plaats binnen het Overkophuis Sint-Niklaas.

Ook RADAR wenste om naast de medewerkers zorgtransmissie de externe partners en het uitgebreider professioneel netwerk, waar de K/k-diensten mee samenwerken, te onderzoeken. In het kader van de recente maatregel werd immers nog geen enkele 'externe' organisatie bevroegd waardoor de impact op de andere voorzieningen tot op heden enkel een gissen is. Waarom precies voor het Overkophuis werd gekozen, is te lezen in het eerste deel van de methodologie.

Concluderend kan deze masterproef gezien worden als een pilootstudie die zowel de implementatie van de recente intensifiëringsmaatregel door de federale overheid als de werkzame factoren in de zorgtransmissie in kaart brengt vanuit de optiek van de zorgtransmissie-medewerkers binnen drie Oost-Vlaamse K/k diensten.

3.1 De onderzoeksvragen

Op basis van bovenstaand literatuuronderzoek en de probleemstelling worden volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Wat zijn werkzame factoren in de zorgtransmissie?
 - o Welke factoren worden beschreven door de medewerkers zorgtransmissie in drie Oost-Vlaamse K/k- diensten?

- Wat zijn valkuilen in de zorgtransmissie?
 - o Welke valkuilen worden beschreven door de medewerkers zorgtransmissie in drie Oost-Vlaamse K/k- diensten?

- Wat is de impact van de intensifiëringsmaatregel binnen de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten?
 - o En op welke manier worden de extra intensifiëringsmiddelen binnen drie Oost-Vlaamse K/k-diensten ingezet?

- Wat hebben de medewerkers nodig om de zorgtransmissie (nog beter) te realiseren?

- Wat is de impact van de intensifiëringsmiddelen op één van de centrale en betrokken partners van Tilia (Vitaz): het Overkophuis Sint-Niklaas?

4. Methodologie

4.1 Kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign. Kwalitatief onderzoek is er op gericht om dieper inzicht te verwerven in de belevingen, de opvattingen en betekenisverleningen van de onderzochte participanten (Nowell et al., 2017). Het tracht subjectieve ervaringen te interpreteren en een genuanceerd beeld te krijgen van de manier waarop individuen hun dagelijkse ervaringen interpreteren en hieraan betekenis geven (Sofaer, 1999).

Kwalitatief onderzoek laat toe om op de onderzoeksvragen, vanuit het eigen perspectief, een genuanceerd beeld van de medewerkers over zorgtransmissie te geven: wat vinden de zorgtransmissiemedewerkers belangrijk in zorgtransmissie? Wat is volgens hen een meerwaarde? Waar botsen ze op? Wat zijn de valkuilen in de zorgtransmissie? Wat was de impact van de implementatie? En wat hebben ze nodig om (nog beter) zorgtransmissie te realiseren?

4.2 Setting en participanten

In de Oost-Vlaamse K/k-diensten werden vanuit de intensifiëringsmaatregel 23 VTE geïnvesteerd. Deze studie omvat drie Oost-Vlaamse K/k-diensten waaraan de intensifiëringsmaatregel werd toegekend. Het onderzoek vond plaats in het psychiatrisch ziekenhuis Karus met de afdelingen De Kaap, de Branding en Dageraad, de kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Tilia van het ziekenhuis Vitaz en de kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling van het universitair ziekenhuis Gent. Karus kreeg 6,27 VTE, de K/k-afdeling van het UZ Gent kreeg 4,80 VTE en Tilia Vitaz kreeg 4,60 VTE. In totaal werden binnen deze drie diensten 15,67 VTE toegekend.

De voornaamste populatie van dit onderzoek zijn de medewerkers zorgtransmissie die aan de slag zijn met en/ of toegekend zijn door de intensifiëringsmaatregel. In elke dienst is er sprake van multidisciplinariteit in de profielen waaraan de middelen werden toegekend. Zowel psychologen, therapeuten, orthopedagogen, verpleegkundigen, onderwijs medewerkers, maatschappelijk werkers etc. gaan met de middelen aan de slag.

De participantenwerving vond plaats met behulp van de werkgroep 'intensifiëring'. Deze werkgroep, opgesteld en gecoördineerd vanuit RADAR, bestaat uit de directieleden, dienst- en afdelingsverantwoordelijken en (therapeutisch) coördinatoren van de zes beschreven K/k-diensten. In het kader van deze masterproef en de geassocieerde masterproef werd sinds december 2021 elke vergadering van de werkgroep mee gevolgd. Een laatste overleg vond plaats in april 2023.

Bij aanvang van de dataverzameling werd per dienst een vaste kandidaat aangesteld die fungeerde als 'key figure' (Nowell et al., 2017). Zij vormden het aanspreekpunt voor het onderzoek. Via hen werd duidelijk hoe en aan welke afdelingen de middelen werden toegekend en werden de contactgegevens van de verschillende medewerkers verkregen.

In totaal werden 10,8 VTE (van de 15,67 VTE) bevestigd aan de hand van focusgroepen, wat neerkomt op 46,9 %, bijna de helft van het totaal aantal toegekende VTE in Oost-Vlaanderen.

Daarbij werden 24 mensen (n= 24) overheen de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten bevestigd, waarvan 17 zorgtransmissie medewerkers, 2 reguliere medewerkers en 5 overkoepelende personen (o.a. diensthoofden, therapeutisch coördinatoren, afdelingsverpleegkundigen en verantwoordelijken). Zoals beschreven in het luik 'procedure' werden in Tilia Vitaz ook 40 medewerkers schriftelijk bevestigd. Tabel 2 in bijlage 4 geeft een overzicht van de bevestiging binnen de verschillende diensten en hun afdelingen in VTE cijfers weer.

In het kader van de case- studie, Overkophuis in Sint-Niklaas, werden de 3 vaste stafmedewerkers bevestigd. Tilia Vitaz gaf de gegevens van deze medewerkers.

4.2.1 Motivering en rationale voor de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten in dit onderzoek

De drie bevestigde voorzieningen in dit onderzoek zijn de grootste spelers in het Oost-Vlaamse K/k-dienst landschap en hebben de meeste toegekende VTE vanuit de intensifiëringsmaatregel.

Daarnaast omvatten de drie diensten en hun afdelingen een breed leeftijdsbereik waaraan de middelen aan zijn toegekend. Bij Karus is de leeftijdscategorie in De Kaap van 6 – 18 jaar, in De Branding van 12 – 18 jaar en in Dageraad van 15 tot 23 jaar. Binnen de K/k-dienst van het UZ Gent werden de middelen ingezet binnen de leefgroep jeugd van 12 – 18 jaar en in de leefgroep van het jonge kind voor kinderen onder de zes jaar. Bij Tilia Vitaz werden de middelen toegekend overheen alle leefgroepen met een bereik van 0 – 18 jaar. Kortom hebben de drie diensten een brede scope van leeftijdscategorieën waarbinnen de intensifiëringmiddelen werden toegekend. De bevestiging vond plaats bij medewerkers die zowel met het hele jonge kind als met de transitieleeftijd aan de slag gaan.

Daarnaast zijn het ook die drie diensten die een combinatie maken van dag- en residentiële behandeling. Twee diensten hebben bovendien een poliklinisch kader. Elke dienst heeft een crisisaanbod verbonden aan RADAR en liggen ten oosten van Oost-Vlaanderen met Gent als kern. De voorzieningen werden op de kaart aangeduid in bijlage 5.

Voor de opsplitsing tussen Karus, de K/k-dienst van het UZ Gent, Tilia Vitaz, Fioretti Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain, Timanti AZ Alma en de K/k-afdelingen Yugen en Yidam, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge werden enkele andere redenen in overweging genomen. Elke studie had in de bevestiging één psychiatrisch ziekenhuis en minstens één psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis, met telkens minstens één afdeling waar gedwongen opnames vanuit de jeugdrechtbank gebeuren. Daarnaast had elke studie minstens één dienst waar een combinatie tussen bedden en stoelen wordt gemaakt en waarbij er minstens één voorziening dagopnames had voor jongeren tussen de 12 tot 18 jaar. Tenslotte had elke onderzoek een voorziening waar de middelen verdeeld werden over het gehele team en/ of de gehele afdeling. De verdeling in de drie K/k-diensten van dit onderzoek is terug te vinden in bijlage 6.

4.2.2 Motivering voor het kiezen van het Overkophuis Sint-Niklaas als casestudie

Het Overkophuis Sint-Niklaas is één van de centrale betrokken partners van Tilia Vitaz. In de studie werd deze dienst geselecteerd omdat er een uniek samenwerkingsverband is tussen de medewerkers zorgtransmissie en het overkop team. De zorgtransmissie medewerkers fungeren immers ook als

onthaalmedewerkers binnen het Overkophuis. Door het Overkophuis te bevragen wordt het zorgtransmissieverhaal binnen deze masterproef breder dan een louter intramurale bevraging van de K/k-diensten.

4.2.3. Motivering voor het kiezen van focusgroepen

De methode van focusgroepen genereert op een effectieve en efficiënte manier een variëteit aan perspectieven. “De meningen, overtuigingen, gevoelens en ervaringen van mensen in focusgroepen komen naar voren op een manier die andere vormen van interviews niet kunnen evenaren” (Van Hove, 2014, p. 181). In deze dataverzamelingmethodiek hebben de deelnemers ook een interactieve waardoor prioriteiten duidelijk worden (Van Hove, 2014). Om de gegevens zo rijk mogelijk te maken kunnen de groepsleden zelf geselecteerd worden (Van Hove, 2014).

4.3 Procedure

Deze masterproef bevat twee centrale delen wat betreft de dataverzameling namelijk de kennismakingsgesprekken en de verdiepende gesprekken. De kennismakingsgesprekken waarbij zowel de leden van de werkgroep intensifiëring als de medewerkers zorgtransmissie voor het eerst bevraged werden aan de hand van de semigestructureerd interviewleidraad, vonden plaats in de zomer van 2022.

Elke participant werd voor dit vrijwillig onderzoek via mail uitgenodigd. Telkens werd afgetoetst welke dag, tijdstip en locatie voor hen het meest aangewezen was. Uiteindelijk vonden alle focusgroepen face-to-face plaats op de locatie van de betrokken K/k-diensten.

Van de drie voorzieningen was er slechts één waar, naast de leden van de werkgroep intensifiëring, ook een aantal medewerkers op aanwezig waren. Daardoor werd het eerste gesprek voornamelijk een manier om dieper inzicht te verwerven in de dienst, de afdelingen, het aantal toegekende VTE's en aan wie, waarvoor en op welke manier de middelen werden geïmplementeerd. Daarnaast vonden ook verdiepende gesprekken plaats. In deze gesprekken werden focusgroepen van de medewerkers (en afdelingen) die nog niet bevraged werden, opgezet. Een uitgebreid overzicht van de bevragede participanten binnen de kennismakingsgesprekken is terug te vinden in bijlage 7 en van de verdiepende gesprekken in bijlage 8.

Karus: De Kaap, de Branding en Dageraad en de K/k-dienst van het UZ Gent

Er was een focusgroepgesprek met de medewerkers van de Kaap (Karus) en een focusgroep met de medewerkers uit Dageraad en de Branding (Karus). Ook op de afdeling JOVO (Karus) is een halftijdse medewerker zorgtransmissie aan de slag. Deze was echter afwezig op het gesprek en kon niet meer gecontacteerd worden. Deze afdeling valt buiten het bestek van deze masterproef.

In het UZ Gent vond naast een kennismakingsgesprek ook een verdiepend gesprek plaats met de zorgtransmissiemedewerkers van de K/k-dienst.

Vitaz: Tilia

In Tilia vond, naast het kennismakingsgesprek ook een schriftelijke bevraging plaats. Dit omdat de middelen in de praktijk overheen de gehele voorziening zijn geïmplementeerd, wat de dataverzameling

enigszins ingewikkeld maakte. Zeven vragen uit de interviewleidraad werden door 40 medewerkers ingevuld. Later werd ook mondeling meer diepgaande informatie binnen Tilia verkregen door een focusgroepgesprek met een aantal medewerkers.

De Kaap en Tilia: een overlegmoment

Daarnaast werd ook één overlegmoment tussen De Kaap (Karus) en Tilia (Vitaz) meegevolgd. Om het natuurlijke beloop van de informatie overdracht en vragenstellingen tussen twee voorzieningen te zien, werd geen gebruik gemaakt van de semigestructureerde vragenlijst.

Overkophuis Sint-Niklaas

Tenslotte vond ook nog een bevraging plaats in het Overkophuis in Sint-Niklaas waarbij een focusgroep met de drie stafmedewerkers werd opgezet.

4.4 Instrumenten

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewleidraad. Deze werd gezamenlijk opgesteld in samenspraak met de auteur van de geassocieerde masterproef, de netwerkcoördinator bij RADAR, een stafmedewerker van RADAR en een lid van de werkgroep intensifiëring. Aan deze vragenlijst werd ook de conceptualisatie van de term 'zorgtransmissie' toegevoegd en een eerste, niet exhaustieve, lijst van werkzame factoren in zorgtransmissie. De vragenlijst is terug te vinden bijlage 9. Deze vragenlijst werd aangepast aan de casestudie: het Overkophuis Sint-Niklaas en is terug te vinden in bijlage 10.

RADAR en de werkgroep 'intensifiëring' vond het belangrijk dat vóór de aanvang van de dataverzameling een eerste literatuurlijst op basis van de eerste literatuurresultaten werd gedestilleerd. Vooral met het oog op het ontwikkelen van een tool om te kunnen reflecteren over de zorgtransmissie op basis van de werkzame factoren. Deze lijst werd samen met de medestudente opgesteld en gebruikt om tijdens de focusgroepen in dialoog te gaan met de medewerkers.

4.5 Analyse

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een thematische analyse. Deze onderzoeksmethode laat toe om tekstueel materiaal te analyseren zodat essentiële thema's kunnen geïdentificeerd worden (Howitt, 2008). De mogelijkheid om een groot aantal gegevens samen te vatten door middel van beschrijvende thema's die rijk kunnen zijn aan informatie (Howitt, 2008) is de reden waarom voor deze methode werd gekozen. Het belang van wat de medewerkers zeggen en wat volgens hen werkzame factoren zijn, zit immers in de thema's die ze aanhalen en de valkuilen die ze uitspreken. Verder is de thematische analyse ook een goede methode om diepgaand en gestructureerd te werken. De analyse legt immers de klemtoon op waar de geïnterviewden mee bezig zijn en wat ze ervaren (Howitt, 2008).

Dit onderzoek volgt de zes stappen van de thematische analyse zoals beschreven door Braun en Clarke (2006) binnen het artikel van Howitt (2008) gebundeld in het boek: *Qualitative research for educational sciences* met als hoofdstuk: Thematic analysis (Howitt, 2008). Een eerste stap is de 'data familiarisation'. Het onderzoek kwam hieraan tegemoet door de dataverzameling, de letterlijke transcriptie en de verwerking zelf uit te voeren. Om nog meer vertrouwd te raken met de data werd de transcriptie opnieuw beluisterd met de uitgeschreven tekst. De tweede stap omvat de 'initial coding' waarbij (belangrijke)

woorden, zinnen of paragrafen in een tekst worden geïdentificeerd en/of samengevat met behulp van een initiële code (Howitt, 2008) en dit om zo dicht als mogelijk aan te sluiten bij de verworven gegevens. Afhankelijk van de data werden initiële codes in dit onderzoek herzien, opgesplitst of samengevoegd. Overheen de verschillende gesprekken werden uiteindelijk 138 initiële codes toegekend aan de hand van een regel-per-regel analyse en het toekennen van kleurencodes. De benadering was datagestuurd, wat inhoudt dat de coderingen werden toegekend door een zorgvuldige analyse van wat er in de gegevens staat (Howitt, 2008).

De derde stap betreft het zoeken naar thema's op basis van de initiële codering. Hierbij werden de verschillende coderingen op een zinvolle manier samengevoegd door ze te ordenen onder gemeenschappelijke noemers. De thema's identificeren belangrijke en overkoepelende patronen in de initiële coderingen (Howitt, 2008). De vierde stap houdt een review van de thema's in waarbij voorlopige thema's opnieuw aan de originele transcriptie getoetst worden. In de vijfde stap vindt een definitie en labeling van de thema's plaats en worden ze afgebakend (Howitt, 2008). Deze stap omvat niet de thema's die het meest werden aangehaald, maar de thema's met de belangrijkste informatie voor de onderzoeksvragen. De zesde en laatste stap is het schrijven van de rapportering. Dit gebeurt in het luik 'resultaten' waar per onderzoeksvraag een antwoord staat. Om de thema's te illustreren zijn citaten toegevoegd (Howitt, 2008). In deze laatste stap wordt ook een link gelegd eerdere onderzoeksliteratuur (Howitt, 2008). Dit is opgenomen in het luik 'discussie'.

Ook het gesprek in het Overkophuis Sint-Niklaas werd opgenomen en getranscribeerd. Een aparte thematische analyse vond plaats.

4.6 Kwaliteitscriteria

Dit onderzoek heeft met een aantal kwaliteitscriteria rekening gehouden (Nowell et al., 2017).

Geloofwaardigheid

Geloofwaardigheid, ook wel interne validiteit (credibility) genoemd, verwijst naar de mate waarin de opvattingen van respondenten passend en nauwkeurig worden weergegeven door de onderzoeker. Dit onderzoek hanteert diverse methoden om de geloofwaardigheid te vergroten.

Zo was er sprake van een langdurige betrokkenheid waarbij de volledige dataverzameling van juli 2022 t.e.m. maart 2023 plaatsvond. Daarbij vond in de drie K/k-diensten zowel een kennismakingsgesprek, als een verdiepend gesprek plaats. Om de interne validiteit te verhogen, werd in deze gesprekken gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst (Nowell et al., 2017).

De focusgroepsgesprekken varieerden tussen één en anderhalf uur waardoor de participanten ruimschoots de tijd krijgen om informatie uit te wisselen. Om meer informatie te verkrijgen stelde de onderzoeker regelmatig verdiepingvragen. Hierbij werd gebruik gemaakt van 'member checking' het verifiëren bij de participanten of de geanalyseerde interpretaties of conclusies van de onderzoeker correct zijn (Sofaer, 1999).

Meer concreet werden reacties en interpretaties regelmatig samengevat en afgetoetst. Dit gaf de participanten de kans om het proces bij te sturen en aanvullende informatie mee te geven. Op deze

manier werd vormgegeven aan de subjectiviteit en reflectie van de actoren tijdens het onderzoeksproces. Daarnaast garandeerde het onderzoek dat zowel voor, tijdens als na het gesprek er steeds de mogelijkheid was om vragen te stellen, feedback te geven en/of verdere aspecten te delen. Na de eerste kennismakingsgesprekken werd een document op basis van de eerste bevindingen opgesteld. Aan elke betrokken voorziening werd feedback gevraagd. Op basis hiervan werden aanpassingen en bijkomende opmerkingen in het onderzoeksproces toegevoegd.

Generaliseerbaarheid

Generaliseerbaarheid, ook wel externe validiteit (transferability) genoemd, is de mate waarin de resultaten naar de populatie en andere contexten veralgemeend kunnen worden (Nowell et al., 2017). Door het geven van een 'thick description', een rijke beschrijving over het onderzoeksproces, de onderzoekscontext, en de onderzoeksresultaten (Nowell et al., 2017) zou het mogelijk zijn om de resultaten te veralgemenen. In kwalitatief onderzoek is dit echter een omstreden gegeven (Sofaer, 1999).

Om hieraan tegemoet te komen beschrijft dit onderzoek de methodologie in detail (Nowell et al., 2017). Ook worden de K/k-diensten en de context uitgebreid beschreven en geconceptualiseerd. Bovendien leidde een gefundeerde coderingstechniek, namelijk de thematische analyse (Howitt, 2008) tot de onderzoeksresultaten. De gedetailleerde uitwerking van de thematische analyse is te vinden in sectie 4.5. Elk thema werd geïntegreerd tot een samenhangend geheel en geïllustreerd met citaten, waardoor de lezer wordt meegenomen in het verhaal.

Betrouwbaarheid

Met betrouwbaarheid (dependability) wordt de consistentie van de resultaten bedoeld (Nowell et al., 2017). In een betrouwbaar onderzoek moet een andere onderzoeker dezelfde resultaten verkrijgen. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te versterken, worden een gedetailleerde beschrijving van de stappen van het kwalitatief onderzoek, de toegepaste onderzoeksmethodiek, het onderzoeksdoel, de selectie van respondenten en een heldere data-analyse toegevoegd.

4.7 Ethische aspecten

Aan elke participant werd een informed consent gegeven. Hetzelfde consent werd in de geassocieerde masterproef gebruikt en is opgenomen in bijlage 11. Zowel in de informed consent als mondeling werd een goedkeuring voor een geluidsopname gevraagd. Daarnaast werd de anonimiteit en vertrouwelijkheid in de publicatie van de studie gegarandeerd. Gedurende het onderzoek werd er voortdurend open gecommuniceerd over het doel en de voortgang van de studie.

5. Onderzoeksresultaten

5.2 Werkzame factoren in zorgtransmissie

5.2.1 Werkzame factoren volgens de medewerkers zorgtransmissie in drie Oost-Vlaamse K/k-diensten

De werkzame factoren die de medewerkers zorgtransmissie naar voren schuiven, kunnen opgedeeld worden in vijf thema's: "samenwerking", "afstemming", "flexibiliteit", "wachtijd omzetten in werktijd" en "vasthoudend de brug maken". Hoewel deze thema's hier naast elkaar worden geplaatst, zijn ze onderling sterk verbonden en beïnvloeden ze elkaar.

5.2.1.1 Samenwerking

De respondenten benadrukken het belang van de samenwerking op diverse niveaus, zowel voorafgaand aan, tijdens als na afloop van een traject binnen de K/k-dienst. Daarbij is samenwerking meer dan enkel het hebben van een klankbord. Het gaat om het betrekken van partners en het gezamenlijk opzetten en uitvoeren van interventies, zodat er een gemeenschappelijk verhaal van zorg ontstaat. Volgens de medewerkers is deze gedeelde zorg een werkzame en onmisbare factor in het waarborgen van zorgcontinuïteit en vooral gericht op het voorkomen van breuken wat volgens velen de finaliteit van zorgtransmissie is.

Samenwerking met de jongere, de thuiscontext en het natuurlijke netwerk

De medewerkers spreken over een partnerschap tussen de cliënt en de zorgverlening. In deze samenwerking zijn patiëntenbetrokkenheid en participatie werkzaam. Er moet rekening gehouden worden met de opinie van de cliënt en in de mate van het mogelijke moet de regie in de handen van het kind, de jongeren en zijn context komen te liggen. Als men in het zorgplan hiermee rekening houdt dan is dit volgens de medewerkers effectief voor het realiseren van zorgcontinuïteit.

Daarbij is het volgens de medewerkers belangrijk om simultaan, tijdens een traject binnen de K/k-diensten, met de thuiscontext aan de slag te gaan. Thuisbezoeken, het betrekken van het gezin en de familie, de betrokkenheid van ouders vergroten en hen blijvend in hun ouderrol zetten, heeft volgens de medewerkers een positieve impact. Het zorgt niet alleen voor partnerschap en vertrouwelijkheid, maar ook voor transfer van wat in de diensten aan bod kwam. Op deze manier kan aan de thuiscontext de tools gegeven worden om wat in het traject aan bod kwam, verder door te trekken:

"(...) Omdat we doen dan een opname en als je dan niet die transfer kunt maken dan is die opname zo precies in het luchtledige gebeurd en dan kunnen mensen dat niet vasthouden (...) Maken dat die opname niet zo gewoon een tijdelijke pauze geweest is (...) maar daarna is die precies, niet gebeurd bij wijze van spreken, omdat mensen niet de tools hebben van hoe kunnen we het nu vasthouden in godsnaam?"

En (...) ik denk dat die transfer dus die nazorg dat je kunt bieden daarin heel helpend is (...) omdat je de zaken meer kan verankeren in de natuurlijke omgeving, dat mensen niet zo snel terug stroplopen, van oh, we zitten alweer vast en er is een nieuwe opname nodig."

Intersectorale samenwerking

Deze samenwerking beperkt zich niet tot de natuurlijke context. De medewerkers geven aan dat het noodzakelijk is om samen te werken met andere sectoren en diensten. Enkel zo kan gezamenlijke zorg worden gewaarborgd. Om dit te verwezenlijken is kennis van de sociale kaart nodig. Op de hoogte zijn van de expertise van verschillende partners bevordert volgens hen de zorgtransmissie. Daarbij geven de medewerkers aan dat multidisciplinair samenwerken noodzakelijk is om de zorgtransmissie te laten slagen.

Volgens alle bevroegde medewerkers gaat het erom anderen te betrekken en verbinding te maken met bestaande hulpverlening en/of contexten, zoals bijvoorbeeld, de school, het buitengewoon onderwijs, het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB), de aanwezige thuis- en context begeleidingsdiensten, diensten bijzondere jeugdzorg, diensten van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicapvoorzieningen (VAPH), multifunctionele centra (MFC), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), RADAR, het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), Vzw's, ondersteuningscentrum jeugdzorg (OCJ) en consulenten, één gezin één plan, en andere psychiatrische afdelingen, diensten of leefgroepen....;

“(...) Als het in een netwerk zit van jongeren, proberen wij daar zoveel als mogelijk op in te zetten. Om daarmee te gaan samenwerken” (...) Dus heel erg ook die context en dat netwerk er rond.”

Twee contexten worden binnen deze intersectorale samenwerking door de medewerkers binnen alle bevroegde diensten aangehaald namelijk de school en ondersteunende teams. Volgens de medewerkers is het belangrijk om samen te werken met de school om de noden van de school te leren kennen en gesprekken met de zorgleerkracht en de leerlingenbegeleiding te voeren waarbij het kind of de jongere zoveel als mogelijk wordt betrokken.

Daarnaast benadrukken de medewerkers dat het ook belangrijk is om samen te werken met andere teams buiten de K/k-diensten. Het doel is om deze teams te betrekken bij de denkkaders en werkwijzen in de omgang met kinderen en jongeren binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten. Dit heeft, volgens de participanten, niet alleen een emancipatorisch effect, maar ook een duurzame impact. Door teamondersteuning te voorzien, kunnen inzichten gebruikt worden in andere casussen. Dit vermindert de noodzaak om in de toekomst steeds terug te moeten vallen op de expertise van de medewerkers. Het uitgangspunt van deze ondersteuning is om de zorg voor een kind/jongere of context niet te versnipperen en helderheid te scheppen in een vaak verbrokkeld traject. Deze teamondersteuning wordt binnen alle diensten aangehaald als werkzaam:

“(...) Dus we gaan dan naar het teamoverleg en vanuit hoe wij de jongeren hier leren kennen hebben daarmee, meegaan en ondersteunen en soms ook een stukje meenemen in onze denkkaders, om hen daar uit te gaan leggen van hoe, kan dat werken, hoe kunnen jullie daarmee aan de slag te gaan (...) we hopen dat als we dat op casusniveau doen, dat dat er ook voor zorgt, dat zij dat kunnen doortrekken naar andere jongeren toe, waardoor ze niet altijd beroep moeten doen op ons (...)”

Het betreft een samenwerking waarin gezocht wordt naar mogelijke opties om te anticiperen op en mee te denken over:

“(...) Dat wij echt gewoon op een team gaan en bij hen vragen op wat botsen jullie? En dan mee nadenken van uit ons kader, wat educatie geven (...) dat gaat echt ook over de tools en handvaten, dat jongeren aangereikt krijgen bij ons (...) van oké, bij ons heeft hij dat zo opgesteld, dat werkt wel (...) is dat ook haalbaar om dat toe te passen in jullie context? (...) Hoe gaan we dan de vertaling bij jullie maken? (...) Dus door letterlijk daar te gaan en met die mensen mee na te denken (...)”

In één voorziening spreekt men ook over de werkzaamheid van het meedraaien met andere diensten. Deze vorm van teamondersteuning ervaren zij als een grote hulp:

“(...) Wij hebben opvoeders en verpleegkundigen die naar de bijzondere uitzondering VAPH voorziening gaan om even mee te draaien, letterlijk in hun werking om dan te zien op wat gaan die mensen botsen (...) wat kunnen jullie in jullie setting en met jullie hoeveelheid personeel (...) die denk oefening gaan doen door vanuit onze visie bij hen te gaan meedraaien, maar ook zij komen bij ons op de afdeling echt meedraaien (...)”

Alle medewerkers zijn het erover eens dat het nuttig is om de partners die gedurende lange tijd betrokken zullen blijven in de teamondersteuning en samenwerking te betrekken. Opnieuw benadrukt een medewerker het belang van de eerder genoemde transfer ook binnen de intersectorale samenwerkingsverbanden:

“(...) dat je de mensen die blijven, die langdurig betrokken zullen blijven, zoals ouders of een VAPH-voorzieningen, of een bijzondere jeugdzorgvoorziening en school, de tools te geven om, ... De problematiek verdwijnt niet bij jongeren hé, (...) vaak blijven dat wel kwetsbare mensen, maar om die omgeving wel wat meer tools te hebben om met die kwetsbaarheid op lange termijn, blijvend om te kunnen gaan.”

De medewerker zorgtransmissie als katalysator in de gedeelde verantwoordelijkheid

Binnen deze samenwerking, zowel in de natuurlijke context als in intersectorale verbanden, is het volgens de medewerkers werkzaam om een specifieke rol op te nemen binnen de zorgtransmissie. Deze rol wordt beschreven als die van een regisseur, een katalysator die het netwerk en de participatie van het netwerk rond de casus versterkt, met name op cruciale momenten zoals wanneer een kind of een jongere op de wachtlijst staat. In een focusgroep werd deze rol als volgt verwoord:

“(...) welke verantwoordelijkheid krijg je dan als je in een traject stapt (...) ik vind dat, dat de beste houding waarin dat je kan staan, of de beste rol is zo van wie doet wat hé (...) je (...) een aanzwengelend effect hebt, op het netwerk rond de casus die dat op de wachtlijst staat, eerder dan zo in een expert positie te komen - G12: de katalysator hé – G13: ja - G1: of de regisseur – G13: ja, ja”

De participanten geven aan dat je als medewerker vanuit deze rol de aanzet geeft tot multifunctionele trajecten waarbij andere diensten en partners betrokken en gestimuleerd worden. Zo wordt het mogelijk om de zorg gezamenlijk te dragen.

In de zorgtransmissie is er dus een essentiële rol weggelegd voor deze verbindende figuur die de betrokken partners en contexten samenbrengt en in beweging zet. Dit wordt door medewerkers en coördinatoren ook omschreven als de rol van de zorgtransmissiemedewerker én van de K/k-dienst.

Het stimuleren en activeren van de betrokkenheid van de partners is daarbij van groot belang. Dit kan volgens de medewerkers bijdragen tot het succes van het zorgtransmissieverhaal.

5.2.1.2 Afstemming

Afstemming is volgens de medewerkers een werkzame component. Het bestaat uit verschillende onderdelen, met name: een zorg op maat en de communicatiestructuur rond zorgtransmissie: dialoog en terugkoppeling

Zorg op maat

Ondersteuning op maat en afstemmen op de leefwereld en het ritme van het kind en de jongere dient eerst te gebeuren en wordt door alle bevroagde medewerkers als zeer werkzaam beschouwd. Kinderen en jongeren kunnen zich daardoor blijvend welkom voelen tijdens het zorgtransmissieproces.

Daarbij is het volgens de medewerkers ook werkzaam om aandacht te besteden aan de mogelijke problematieken zoals hechting en regulatie. Deze kennis is van belang en moet, volgens de participanten, meegenomen worden in het traject. Volgens de medewerkers zijn er verschillende manieren om hiermee om te gaan. Zo kunnen er bijvoorbeeld kortere (na)zorggesprekken worden ingepland wanneer de cliënt snel overvraagd wordt. Ook kan er extra aandacht worden besteed aan structuur en kunnen er prikkelarme ruimtes worden aangeboden. Daarnaast is het belangrijk om met de jongere en zijn context af te spreken hoe vaak er nog contact zal zijn na bijvoorbeeld afloop van een opname. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van vele casus specifieke manieren om met de kinderen en jongeren binnen de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten aan de slag te gaan. Deze zorg op maat kan geëxtrapoleerd worden door ook psycho-educatie voor de ouders en het dichte natuurlijke netwerk te voorzien.

De zorg op maat houdt ook in dat er aandacht is voor de relatie tussen de jongere en zijn hulpverlener(s). Dit kan door bijvoorbeeld iemand van de leefgroep met wie het kind of de jongere een goede band heeft, te betrekken bij de zorgtransmissie. Een medewerker beschrijft het als volgt:

“(...) die jongere heeft een goeie band met die. Oké, die leefgroepster gaat mee naar een gesprek op de rechtbank. Ook elk in zijn expertise (...) Dus ik denk, op zich is het wel goed dat we zo onze expertise en ook de persoonlijke klik met een jongere wel wat kunnen inzetten.”

Daarnaast houdt deze zorg op maat ook in dat stilgestaan wordt bij de verwachtingen van het kind, de jongere, de ouders en de natuurlijke en de professionele context. De medewerkers benadrukken hoe belangrijk deze afstemming is in de zorgtransmissie en hoe deze kan bijdragen tot het voorkomen van misverstanden.

Communicatiestructuur rond zorgtransmissie: dialoog en terugkoppeling

a) In het natuurlijke en professionele netwerk

De medewerkers benadrukken het belang van aanwezigheid op multidisciplinaire overleggen met andere voorzieningen en het inplannen van vergaderingen met diverse partners op verschillende momenten gedurende het traject. Door daarbij informatie op een effectieve en efficiënte manier doorgeven en te luisteren naar eventuele obstakels stemt men op elkaar af. De medewerkers

onderstrepen het belang van deze verbintenis, waardoor, zoals hierboven reeds omschreven, gedeelde zorg ontstaat. Ook het overleg met de ouders, het bredere netwerk en zelfs hobbyclubs worden in deze afstemming als zeer werkzaam beschouwd.

Een belangrijk aspect in deze communicatie is transparantie zowel tegenover de patiënt als de professionele context. Het is essentieel om zowel binnen als buiten de zorginstelling mensen te informeren en te betrekken zodat ze weten waarvoor ze kiezen en wat ze kunnen verwachten. Door deze openheid en duidelijkheid krijgen ze zicht op wat er bij een (mogelijke) traject binnen de K/k-diensten komt kijken. Dit kan volgens de medewerkers de gedeelde zorg alleen maar bevorderen. Een medewerker benadrukt een grote nood aan deze openheid:

“(...) Er is nog zeker heel veel winst te halen in het informeren van de mensen, in een goede website, in bereikbaarheid, in weten naar wie dat de mensen moeten bellen als er een vraag. Niet iedereen weet wat wij hier doen of hoe dat hier werkt (...). En daarin denk ik, Alé komaan, breek dat open. Laat dat weten, informeer de mensen (...) Ik denk dat dat voor veel mensen dan de stap nog makkelijker of de drempel minder hoog zou maken om de hulp te gaan opzoeken die ze nodig hebben (...)”

b) Afstemming binnen en tussen de K/k-diensten

Uit de focusgroepen wordt duidelijk dat afstemming binnen de K/k-dienst moet gewaarborgd blijven. Veel medewerkers hechten belang aan een regelmatig overleg over de trajecten die zij ondersteunen. Dit houdt in dat ze samen nadenken en ideeën uitwisselen met zowel andere medewerkers in zorgtransmissie, als met het bredere team. Een medewerker beschrijft dat dit kan helpen wanneer je bijvoorbeeld vastraakt in een proces:

“(...) Kunde ook zo wel een keer van oei, ik zit zo wat vast, ik heb dat zo besproken daar, ik heb daar die en die input, maar hoe zouden jullie dat..., of wat denken jullie?”

Het doel van deze overlegmomenten is om intern zaken op elkaar af te stemmen en ook om afspraken te maken over onder andere patiëntendossiers en registratie. Tijdens deze afstemming reflecteert men over volgende vragen: wat heeft prioriteit en wie doet wat op welk moment? Sluit het aanbod wel aan bij de zorgnood van de jongere of kan deze elders beter geholpen worden? Moeten ambulante pistes worden op gezet? Een medewerker zorgtransmissie, die binnen haar functie aanwezig mag zijn bij intakegesprekken, beschrijft hiervan het belang:

“Waar je dan van de eerste keer al, ook als psycholoog met een psycholoogbril, kunt kijken van welke trajecten zijn hier meer gepast en is opname wel de beste keuze. Of kunnen we nu eerst kijken of we het ambulante kunnen doen?”

Een andere medewerker beschrijft dat ook bij een her-aanmelding belangrijk is om hier bij stil te staan en op steeds te kijken of andere, ambulante, pistes mogelijk zijn om opname vermijdend aan de slag te gaan:

“Wat maakt dat dat netwerk vindt dat dat terug nodig is? Wat zijn andere zaken die misschien kunnen geïnstalleerd worden of versterkt worden om te vermijden dat die terug volledig in opname zou moeten komen?”

Dergelijke overlegmomenten zorgen voor samenhang, inbedding in het team en een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid en betrokkenheid. Volgens de medewerkers is dit bevorderlijk voor de kwaliteit van zorg en zorgtransmissie. Een medewerker benadrukt het belang van gezamenlijke overlegmomenten om te voorkomen dat het team in verdeeldheid vervalt:

“Met het geheel samenzitten, al die deelfuncties, dat is een belangrijke. Dat het niet versnipperd raakt met allemaal eilandjes zo (...) anders ga je zeer snel uit elkaar groeien (...)”

Ook het samenkomen met andere K/k-diensten en medewerkers zorgtransmissie is werkzaam en zinvol. Een medewerker benadrukt het belang van kruisbestuiving en de noodzaak om overkoepelend samen te komen met medewerkers van andere K/k-diensten:

“(...) We zijn nu al met bijna iedereen, alle K/k-diensten, samengekomen van is het geen idee om één keer per jaar, nog een keer samen te komen met iedereen die outreachend werkt, om uit te wisselen en te kijken van... Hoe loopt het bij jullie? Hoe loopt het bij ons? Of om stil te staan op een of andere manier rond één thema?”

5.2.1.3 Flexibiliteit

Volgens de medewerkers is het van belang om het zorgtransmissietraject flexibel vorm te geven. Hierbij dienen ze de ruimte te krijgen om het traject procesmatig op te volgen zonder al te veel op voorhand vast te leggen. Het zorgt ervoor dat ze op de maat en op het ritme van de kinderen en jongeren kunnen werken. Volgens hen is deze flexibiliteit essentieel in de zorgtransmissie.

Flexibiliteit in inschatten

De mogelijkheid tot flexibiliteit stelt medewerkers in staat om op elk moment een inschatting te maken van wat nodig is en dit daadwerkelijk vorm te geven. Dit kan zich uitstrekken over diverse domeinen, zoals bijvoorbeeld inspelen op veranderingen in de thuiscontext, waarbij een extra contextgesprek of thuisbezoek nodig kan zijn. Ook een school-of leefgroepobservatie, een overleg met het CGG en het CLB kunnen hiertoe behoren. Het is belangrijk dat de medewerker kan meebeslissen over de frequentie en de duur van deze acties. Het biedt de gelegenheid om snel te reageren en in elke fase van het traject na te denken over de volgende stappen. Een medewerker benadrukt hoe deze flexibiliteit veel waardevolle informatie kan opleveren, wat toelaat om beter in te spelen op het traject:

“(...) Op voorhand al eens een schoolobservatie te doen of ergens een overleg te doen, vooral om dan in te schatten van, zijn wij de juiste volgende stap. Is het dan opportuun om dan naar het dagziekenhuis over te gaan?”

Flexibiliteit in aanpak

Om zo efficiënt en effectief mogelijk te werken, is het volgens de medewerkers van essentieel belang om in de zorgtransmissie de ruimte te krijgen om te experimenteren en te zoeken naar de beste aanpak. Een mandaat om zaken uit te proberen en de vrijheid om dit te doen, is volgens de medewerkers van onschatbare waarde. Een medewerker beschrijft hoe het simpelweg kunnen meegaan met de jongere en de tijd hebben om dit in het traject in te vullen zeer zinvol is:

“Het feit dat je kunt meegaan, dat je tijd hebt om outreachend te werken. (...) Alé dat gebeurt niet zo heel veel want zoveel tijd is er in se ook niet, maar een huisbezoek, een bezoek aan een voorziening (...)”

Meegaan met de jongen echt gewoon, naast die persoon staan (...) Of bij de ouders thuis een keer langs gaan en in het gezin effkes een paar uur zijn. Dat is zeer werkzaam denk ik en dat is zeer helpend aan het proces.”

Daarbij rapporteren sommige medewerkers dat ze verder gaan dan hun jobtime, dat ze zoeken naar manieren om flexibel om te gaan en dat dit soms ook betekent dat er ‘buiten de lijntjes’ wordt gekleurd van het vastgelegde kader:

“Ik ga altijd het meeste proberen doen gewoon, los van mijn jobtime zelfs, denk ik. Als ik vind dat dat nodig is, dan bespreek ik dat met het team en dan gaan we (...) samen naar kijken wat is er nodig en wat kunnen we installeren. Of ik daar tijd voor heb, dat maakt zelfs niet uit, dan maak ik daar wel ook tijd voor, denk ik (...).”

Bovendien is het direct contact met de kinderen en jongeren de mogelijkheid krijgen om flexibel aan de slag te gaan belangrijk. Of het nu gaat over samen een (bal)spel spelen, samen een activiteit in de leefgroep doen, andere medewerkers binnen de leefgroep iets laten opnemen en/ of te betrekken in de zorgtransmissie. Het gaat steeds over het open staan voor wat werkt voor de jongere en dit binnen het eigen kader integreren:

“(...) Met een jongere gaan wandelen in plaats van op twee stoelen tegenover elkaar te zitten (...) in de leefwereld kunnen opereren van jongeren, kunnen zeggen van oké, euh, wilde jij al gamend, een balspelleke kunnen spelen en ondertussen kunnen spreken? Je komt tot veel meer (...).”

Ook achteraf, wanneer het traject in de voorziening is ‘afgerond’, is het belangrijk de kans te krijgen om nog iets te betekenen:

“(...) De kans krijgt om daar ook nog, misschien in veel mindere mate, maar om flexibeler te zijn, om daar nog in te kunnen te betrokken zijn of om daar nog iets te kunnen in betekenen (...).”

Flexibiliteit betekent ook de mogelijkheid hebben om al in de wachttijd aan de slag te kunnen gaan. Dit wordt verder besproken in het luik ‘van de wachttijd, werktijd maken’.

5.2.1.4 Van de wachttijd, werktijd maken

Een meerwaarde kan zijn om voorafgaand aan een opname of traject binnen de K/k-diensten voorbereidend werk te verrichten. Medewerkers refereren vaak naar "voorbereidend werk" wanneer het gaat om kinderen en jongeren die op de wachtlijst staan. Het betreft het bieden van ondersteuning tijdens de wachttijd, zodat er al ‘iets’ plaatsvindt en er geen stilstand is. Twee voorzieningen geven aan hoe de wachtlijst geen wachtkamer hoeft te zijn:

“Het is niet van, je staat niet op de wachtlijst, dus dat betekent van er is stilstand, we zijn gewoon aan het wachten... Neen! We zijn ook al dingen aan het doen.”

Vorbereidend werk omvat verschillende werkzame zaken, zoals het leggen van contact met de jongere en zijn context wanneer deze nog op de wachtlijst staat, samen nadenken over het traject, informatie verzamelen over de jongere en het gezin, vooraf observaties doen op school, thuis of in een leefgroep om te kijken of de jongere binnen de dienst past, het plannen van overleg met verschillende partners,

een eerste rondleiding geven, of al iets aanbieden vanuit de dienst. De medewerkers onderstrepen hoe deze benadering het perspectief vergroot en bijdraagt aan het verhelderen van de doelstellingen en het maken van gerichtere keuzes:

(...) Dat verruimt ook je perspectief als je de jongeren een keer in een andere context ziet, in een thuiscontext of in zijn schoolcontext (...) op dat vlak vind ik dat dat zeker heel helpend is."

"(...) Doordat je een voortraject hebt gehad, dan merk ik wel dat je al meer gedragen en al meer gericht keuzes kunt maken, richting kunt geven."

"(...) Je op voorhand al veel meer kunt doen, al wat aanwezig kan zijn, ... Al wat doelstellingen kunt euh, helder krijgen, dus je hebt ook echt wel al veel meer als je hier echt start."

Daarnaast biedt het voorbereidend werk meer inzicht in de zorgen en behoeften van het kind, de context en de betrokken hulpverlening. De concrete vragen binnen dit traject kunnen zijn: *"waar staan jullie? Wat is de crisis? Wat hebben jullie nodig? Maar ook, wat zijn jullie sterktes? Wat kan er nu nog gebeuren en wat zouden wij daarin kunnen betekenen?"* Daardoor kan al een eerste connectie of band gecreëerd worden. Een andere medewerker vult aan hoe de aanwezigheid in dit voorbereidend werk ervoor zorgt dat de drempel naar de K/k-diensten kleiner wordt:

"(...) en zo al een beetje een vertrouwensband opbouwen (...), met de kinderen en met hun context, en dat doet ook wel veel, omdat je dan merkt, de eerste keer dat ze hier binnenkomen (...) dan is dat ah ik herken u wel, ah ik heb haar wel al een keer gezien en dat zorgt wel echt voor zo, dat die stap zo wat kleiner wordt."

Dit voorbereidend werk is volgens de medewerkers een hulp om de volgende stappen in te schatten en motiverend aan de slag te gaan met het kind, de jongere of de ouders. Meer uitleg geven wat een opname of traject kan inhouden of wat de actoren hierin kunnen verwachten, is zinvol en werkzaam.

In dit voortraject is het ook werkzaam om ruimte te maken voor netwerkversterking en aan de slag te gaan met en/of toeleiding te voorzien naar andere diensten. Op die manier kan samen worden nagedacht over welke voorzieningen mogelijk meer geschikt zijn en nog niet zijn uitgeprobeerd. Dit wordt verder besproken in onderstaand thema 'tussen vasthouden en de brug maken'.

5.2.1.5 Tussen vasthouden en de brug maken

De draad vasthouden

Volgens alle medewerkers is het werkzaam om aanwezig te blijven, voor, tijdens en na een traject bij de K/k-dienst. Deze meerwaarde gaat vooral over continuïteit in het contact met de kinderen en jongeren. Hiervoor worden verschillende termen gebruikt: een herkenningsfiguur, een ankerfiguur, een schakel, degene zijn die de rode draad vasthoudt etc. Op verschillende momenten deze (vertrouwens)band behouden met de kinderen en hun context is volgens hen werkzaam:

"Dat is een heel mooie continuïteit hé (...) ik heb casussen waar dat ik van in het begin voorbereid heb voor de opname, zo een eerste aanspreekpunt ben, tijdens de opname (...) zien de ouders mij bijvoorbeeld wel wat minder, maar kan ik nu de draad weer oppikken (...) En dat is, ja die ouders zijn

daar super dankbaar voor, ze hebben zoiets van, oké ik ken u, ik ken u van ervoor, van tijdens, van erna, dat is een grote meerwaarde”.

“Zodanig dat ze mij ook wel blijven kennen, met het oog van, als het nodig is om na de opname ook nog effkes verder de draad vast te houden, dat ze mij ook wel echt kennen, en dat ik hun ken.”

De draad vasthouden betekent beschikbaar, bereikbaar en toegankelijk zijn voor het kind, zijn of haar omgeving en andere betrokken partijen. Een medewerker beschrijft bijvoorbeeld hoe het aanwezig blijven, zelfs na de opname, voor zowel het CLB als voor de ouders en de jongere zorgt voor een geruststelling:

“Want ik denk, alé kinderen en jongeren die uit opname komen (...) dat er daar wel veel, wat angst rond hangt bij school en CLB's. Hoe gaat dat dan nu wel lukken? Terwijl ze weten dat je dat nog even mee vasthoudt, GI2: of ook voor de ouders hé GI: ja (...) Die ouders die weten dan van oké, ook al zijn we niet meer in een opname bij (naam dienst) zelfs misschien niet meer in een ambulante traject (...) toch kan ik wel nog overleggen en bellen als het moeilijk loopt of kan ik toch nog mijn vragen stellen (...) Gewoon die mogelijkheid geeft veel geruststelling en bij gezinnen en bij ouders. En bij de jongeren misschien zelf ook.”

De medewerkers stellen dat het langer kunnen vasthouden werkzaam is:

“Vorig week nog, een telefoon van iemand van het CLB van een kindje die hier al lang, een hele tijd geleden geweest is. Maar ja, daar ga je weer mee gaan nadenken, mee luisteren, naar wat er nodig is. Dus ik denk dat dat wel heel helpend is.”

De brug maken

a) Een brug binnen de K/k-diensten

De draad vasthouden betekent in sommige gevallen ook dat een brug kan gemaakt worden tussen een ambulante traject en een traject binnen de K/k-diensten. Door als medewerker de brug te slaan, kunnen bepaalde veronderstellingen uit de weg worden geruimd, vermindert de weerstand en vergroot de motivatie van de cliënt:

“Als je het advies hebt dat een opname is nodig, bij veel van onze jongeren zit er wel weerstand op, soms bij de ouders ook, zitten er bepaalde voorstellingen van wat een opname is, die niet met de realiteit strookt, (...) zeer oordelend en vanuit een zeer negatieve bril en als je daarin door, eigenlijk al een schakel te zijn tussen ambulante en een opname (...) dat je daar ook wel op kunt in geruststellen (...)”

b) Een brug met de betrokken partners

Op verschillende momenten in het traject van de jongere dienen bruggen geslagen te worden tussen en met de betrokken partners. Uit bovengenoemde thema's wordt duidelijk dat deze brug op verschillende manieren kan gemaakt worden, hetzij o.a. door middel van thuis- school en teamondersteuning, het inplannen van overleggen en afstemmingsmomenten, het bieden van een flexibele zorg op maat en het behouden van de (relationele) connectie etc.

Toch spreken de medewerkers vaak over het maken van bruggen, wanneer het traject met het kind of de jongere binnen de K/k-dienst wordt afgerond. Zoals besproken bij het thema 'samenwerking' zorgt het maken van bruggen tijdens de opname in o.a. de thuiscontext en andere teams in de geestelijke

gezondheidszorg voor een transfer. Ook naar aanleiding van het ontslag is het volgens de medewerkers belangrijk om bruggen te maken met andere partners:

“Die school, die voorziening, als je dat intensiever kan begeleiden dan pluk je daar meer vruchten van. Dan blijft er meer aanwezig na uw opname, want dan heb je die transfer veel meer kunnen maken. Waardoor het niet allemaal verdwijnt omdat dat zo bruusk stopt en dan moeten mensen zich maar zien te beredderen.”

In het verhaal van veel medewerkers wordt de term ‘warm doorverwijzen’ gebruikt. Het begrip houdt volgens de medewerkers in dat het kind of de jongere naar de juiste hulp wordt toegeleid. Naast het blijven vasthouden van ‘de draad’, is dit volgens de medewerkers werkzaam:

“Ook naar het einde van de opname toe gaan kijken naar, wie of, naar nazorg toe, ook gaan zoeken naar, stel dat er nog geen hulpverlening betrokken is, welke hulpverlening is in deze casus het meest aangewezen. Als er wel een hulpverlening is, om zeker ook die contacten warm te houden.”

“Als er op het moment zelf nog thuisbegeleiding bezig is of een ambulante traject nog bezig is. Dan betrekken we die mensen daar heel sterk in (...) Om dan zo snel mogelijk te kijken van hoe kunnen jullie nu hier verder met hetgeen dat wij gedaan hebben.”

Naar aanleiding van de afronding, of na het traject binnen de K/k-dienst, onderstrepen veel medewerkers het belang om deze bruggen te behouden zodat de overgang vergemakkelijkt:

“(…), als het afrondende stuk hier is, al aanwezig te zijn bij gezinsgesprekken, of al een keer, naar de school te gaan en dan daarna (...) dat ik nog zo’n beetje de rode draad nog vast houd en zorg doorgeef aan hulpverleners (...) of zo een beetje die overgang gemakkelijk maak, door nog een paar keer thuis langs te gaan en te vragen van hé, hoe gaat het? Hoe is het nu? Op wat botsen jullie? Weet je nog wat je in (naam voorziening) allemaal geleerd hebt? Of waaraan hebben jullie nog nood? (...) stel dat het daar moeilijk loopt, dat ik ook wel, kort op de bal kan spelen.”

De medewerkers gaven ook aan sceptisch te zijn. Om de gedeelde verantwoordelijkheid te bekomen, is het belangrijk altijd contact te leggen met andere instanties en dus niet alleen naar aanleiding van een afronding van het traject:

“Ook tijdens je opname die gedeelde verantwoordelijkheid (...) heb ik zo de indruk van dat die dan echt meer gaat gaan ontstaan dan als je hulpverleners pas na een opname gaat gaan opbellen (...) Dan merk je dat er meer afstand is of minder neiging is om echt zo te spreken van een gedeelde verantwoordelijkheid.”

Een andere medewerker vult aan hoe hij/zij steeds de ‘nazorgkaart’ trekt in teamvergaderingen en op voorhand contact opneemt en aanmeldingen plant om breuken te voorkomen:

“Naarmate een jongere enige tijd bij ons is (...) dat ik al heel actief rond nazorg probeer om bepaalde partners te gaan appelleren of aanmeldingen te doen. Ik ga dan die positie innemen op teamvergaderingen degene die dat altijd de nazorgkaart trekt.”

c) Een brug naar buiten

Daarnaast geven de zorgtransmissie medewerkers aan dat het werkzaam is om een brug te bieden naar de buitenwereld. Daartoe behoort ook netwerkverbreding. In de trajecten is het daarom werkzaam om de connectie te leggen met verschillende voorzieningen en instanties:

“(...) Ik denk aan VAPH-voorzieningen en bijzondere jeugdzorgvoorzieningen, als jongeren naar daar toe terug uitstromen, ouders zelf en hobbyclubs (...) of dat dat nu een voetbalclub is of een toneelorganisatie of een Overkophuis of een Habbekrats of euh, in brede zin van het woord (...)”

Het is, volgens de participanten, werkzaam om af te stemmen met de jongere en zijn context op welk moment met welke partner deze brug kan gemaakt worden. Deze verbreding of versterking kan ook ruimer gezien en doorgetrokken worden naar de ouders en het natuurlijke netwerk. Dit vooral bij gezinnen waar er heel weinig netwerk aanwezig is:

“(...) Echt die gezinnen waar dat je merkt van (...) of die aangeven van we hebben geen netwerk, we kunnen op niemand beroep doen (...) om ervoor te zorgen dat het netwerk er wel komt, dat we dat wel kunnen uitbreiden (...) desnoods zetten we wat professioneel netwerk op, maar echt wel, zorgen (...), dat er bredere gedragenheid is.”

d) Een brug na 18 jaar?

De brug maken, houdt volgens de medewerkers ook nadenken over de toekomst in. Stilstaan bij de naderende volwassenheid van de jongeren en over de transitieleeftijd is volgens hen werkzaam. Een medewerker kaart het belang aan om hier mee bezig te zijn en hierover ook in dialoog te treden met andere voorzieningen:

“(...) oké, welke engagementen kunnen er allemaal zijn en in welke vorm en ook vooruit te denken, want de transitieleeftijd is voor ons echt wel een belangrijke zo, 17 naar 18, dat landschap verandert en ook de betrokkenheid en het mandaat verandert, ja om daar ook, alé daar proberen wij echt wel op in te zetten om voorzieningen mee te helpen denken van wat na 18 jaar?”

5.3 Valkuilen in zorgtransmissie

5.3.1 Valkuilen volgens de medewerkers zorgtransmissie in drie Oost-Vlaamse K/k-diensten

Uit het verhaal van de zorgtransmissie medewerkers wordt duidelijk dat er ook valkuilen zijn in de werkzame factoren.

5.3.1.1 Samenwerking

Valkuilen in de transfer naar het natuurlijke netwerk en de school

Zo beschrijven medewerkers dat sommige onstabiele thuissituaties en beperkte copingvaardigheden van de kinderen, jongeren en hun natuurlijke omgeving ervoor zorgen dat het gelopen proces niet voldoende kan worden vastgehouden wat leidt tot stagnatie in het traject.

Ook in de samenwerking met de school rapporteren de medewerkers soms valkuilen. Plotse of niet afgestemde beslissingen door coördinatoren of ondersteuners hebben soms negatieve gevolgen in het leven van de jongere.

Valkuilen in de teamondersteuning

Verder zijn er ook valkuilen in de teamondersteuning. Medewerkers uit twee voorzieningen halen aan dat sommige teams en voorzieningen niet ingaan op het ondersteuningsaanbod vanuit de K/k-diensten. Het is alsof sommige partners dit als bedreigend en/of vinger-tikkend ervaren waardoor de transfer in de zorgtransmissie bemoeilijk wordt:

“We merken dat niet enkel bij jongeren en ouders maar soms ook echt bij andere hulpverleners (...) die de deur niet openstellen om op ons aanbod in te gaan (...) dat lijkt toch precies soms als heel bedreigend ervaren te worden dat je als GGZ-voorziening komt mee nadenken (...) ja gaan wij op de vingers getikt worden omdat we het niet goed doen ofzo, terwijl dat totaal de insteek niet is (...).

Valkuil in de rol als katalysator: de zorgtransmissie medewerker als expert

Daarnaast zijn er aan de rol van katalysator ook valkuilen verbonden. Wanneer ze als medewerkers van een K/k-dienst betrokken raken, krijgen de participanten vaak het gevoel in een experten rol geplaatst te worden. Hierdoor ontstaat het risico dat de hulpverlening op de nulde, eerste en tweede lijn stagneert en alle verantwoordelijkheid op de schouders van de zorgtransmissie medewerker terecht komt:

“Een valkuil is wel (...) als je als outreacher binnenkomt, dat plots iedereen anders, achterover gaat leunen en zegt: “ah jij gaat het wel doen” (...) dat we ons daar heel de tijd bewust voor moeten zijn van, dat is niet de bedoeling, de bedoeling is, dat ik jullie geactiveerd hou, en dat ik jullie aanspoor om te blijven doen (...) en niet dat je achterover gaat leunen en bijvoorbeeld tijdens de wachttijd voor een opname ook stilvalt.”

De medewerkers constateren dat andere instanties nog te vaak binnen hun eigen werkerterrein blijven en snel loslaten wat resulteert in een beperkt vangnet voor kwetsbare kinderen en jongeren. Daarbij voelt het voor sommige medewerkers alsof ze met hun psychiatrische voorziening geïsoleerd zijn. Het is volgens hen belangrijk dat de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten gezien worden als partners binnen een langere ketting van de hulpverlening in plaats van afzonderlijke 'experts' op een geïsoleerd eiland:

“Het is eigenlijk een beetje het gevaar vanuit onze positie dat je te veel in de rol van expert wordt gezet hé” en “Vaak wordt er gezegd psychiatrie zit op zijn eiland (...) maar het is natuurlijk van waaruit dat je kijkt hé (...) eigenlijk schuiven wij mee in (...) jeugdhulpverlening en de GGZ dat wordt nu nog te veel gezien wordt als twee aparte dingen”.

5.3.1.2 Afstemming en flexibiliteit

Verder zijn er ook verschillende uitdagingen in de afstemming met en flexibiliteit binnen de natuurlijke en de professionele context. Een tekort van samenkomstmomenten, uitwisseling en dialoog, onduidelijkheid van het eigen mandaat als medewerker zorgtransmissie en versnippering in communicatie binnen en tussen teams zijn volgens de medewerkers valkuilen. Gebrek aan afstemming kan immers leiden tot frustraties. Een medewerker beschrijft hoe er in het algemeen nog grote misvattingen zijn over wat een opname en/ of traject binnen de K/k-diensten kan teweegbrengen:

“Dat is vaak een beetje de misvatting (...) als die in opname zijn geweest, dan zijn alle problemen verdwenen en dan is er geen hulp meer nodig, maar dat is natuurlijk niet zo, dat blijven zeer kwetsbare jongeren, (...) die blijvend ondersteuning nodig hebben (...).”

En (...) je probeert mensen te stabiliseren, zo veel als mogelijk, terug nieuwe vaardigheden bij te brengen, maar vaak is er wel nog een nazorg nodig.”

5.3.1.3 Tussen vasthouden en de brug maken

Valkuilen in vasthouden na het traject binnen de K/k-diensten

Continuïteit in contact en aanwezigheid zijn volgens de participanten essentieel voor het slagen van de zorgtransmissie. Toch kaarten ze aan dat de afwezigheid van een mandaat, bij het kind, de jongere of zijn context, een valkuil vormt in de zorgtransmissie:

“Dat is soms niet zo evident omdat ze eigenlijk de zorg mijden, dus dan sta je wel vaker voor een gesloten deur of de telefoons worden niet opgenomen of, ze geven niet altijd het mandaat om die nazorg te doen.”

Ook in ambulante trajecten, nadat de zorg binnen de K/k-diensten is afgerond, is dit mandaat belangrijk.

Daarentegen beschrijven andere medewerkers ook dat nazorg een valkuil kan zijn wanneer deze té lang blijft aanslepen. Volgens hen zouden sommige jongeren het gebruiken: *“(...) als een opzetje of om een been binnen het ziekenhuis te hebben.”*

De brug

a) De brug met betrokken partners: de hulpverlening loopt strop

Alle medewerkers onderstrepen het belang om na het traject binnen de K/k-diensten vervolgzorg en/of overbrugging naar andere instanties of betrokken partners te faciliteren. Toch rapporteren de medewerkers grote wachtlijsten binnen het zorgverleningslandschap en is er binnen en tussen verschillende partners een grote opstopping en een gebrek aan naadloze aansluiting.

Vanwege het tekort aan doorverwijsmogelijkheden geven de medewerkers aan soms gedwongen te kiezen tussen twee onbevredigende keuzes. Het kwam reeds in twee bevroegde voorzieningen voor dat kinderen en jongeren soms langer in opname blijven dan voorzien of de cirkel opnieuw doorlopen:

“(...) Heeft er iemand (...) langer dan een jaar verbleven omdat je geen doorstroommogelijkheden hebt (...) dat de voorzieningen elkaar gaan opstoppen hé, als je aan het wachten bent op een plek in een MFC, die maar niet vrijkomt (...).”

“Zo hebben we er toch al enkelen gehad die de cirkel opnieuw gaan doorlopen. (...) Je voelt het kan nergens doorgegeven worden dus we zullen wij opnieuw beginnen. Dan kunnen we nog een keer twee maand overbruggen omdat ze zo suïcidaal zijn (...) Of dat we ze nu in dagopname laten terwijl we dat ook voelen, ze zijn er eigenlijk veel te suïcidaal voor, maar de andere optie is thuisblijven wat heel veel erger is”.

Volgens de medewerkers zorgt dit voor een file van een aaneenschakeling van wachtlijsten.

b) (Is er een) brug na 18 jaar?

Een andere valkuil in de zorgtransmissie is het gebrek aan mandaat en mogelijkheid om als medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten (na)zorg te verlenen aan jongeren die achttien zijn. Een medewerker haalt aan dat in deze transitieleeftijd aan de slag gaan volledig afhangt van de eigen goodwill. De afwezigheid van middelen en de beperkte ruimte hiervoor, zorgt dat je je als zorgverlener in een grijze zone bevindt

“Dan is er eigenlijk geen mandaat om daar nog verder iets in te doen. Er zijn geen uren, geen middelen voor. Als je dan nog iets wilt doen, of dat wilt vasthouden, dan is dat eigenlijk een beetje uit eigen goodwill (...).dat is ook een beetje durven buiten de lijntjes te kleuren, maar eigenlijk mag dat niet, hè (...) je voelt dat je toch een beetje in een grijze zone zit”

5.3.1.4 Infrastructuur

Volgens medewerkers uit twee voorzieningen zijn onvoldoende ruimtes, gesprekslokalen en verouderde infrastructuur ook valkuilen in de zorgtransmissie wat niet alleen tot frustraties leidt, maar soms ook de mogelijkheid beperkt om met de kinderen en de jongeren aan de slag te gaan.

5.4 De impact van de intensifiëringsmaatregel in drie Oost-Vlaamse K/k-diensten

5.4.1 Hervormingen binnen de diensten

5.4.1.1 Mindswitch

In alle bevroegde voorzieningen heeft de toewijzing van de middelen ertoe geleid dat er meer nagedacht wordt over zorgtransmissie voor, tijdens en na de trajecten met de kinderen en jongeren, hun natuurlijke omgeving en hun professioneel netwerk.

Volgens de medewerkers zorgen meer middelen er voor dat er verder wordt nagedacht over de werking. Er komt meer aandacht voor de voor- en na trajecten, waarbij opname wordt verkort of vermeden, de ambulante pistes verder worden verkend en waarbij er minder in functie van opname wordt gedacht:

“Ik heb zo wel het gevoel dat die intensifiëring ervoor zorgt de blik zowel wat verruimt en dat niet alleen zuiver in functie van opname gedacht wordt”.

Eén voorziening beschrijft hoe de intensifiëringsmiddelen zorgen voor een hertekening binnen de voorziening en het bijdragen aan een mindswitch:

“(...) dat is echt een mindswitch die we moeten maken (...) als K-dienst zijn wij echt wel een residentiële dienst, en zit het wel in ons genen om jongeren in opname te nemen (...) Ons bedden gaan gevuld blijven (...) er gaan altijd wel jongeren zijn die opname nodig hebben, maar om niet altijd standaard te kiezen voor opname (...) je kan ook wel op andere manieren gaan ondersteunen, dan het kind of jongere uit die context te gaan trekken.”

Sommige diensten en medewerkers geven aan dat ze nog steeds zoekende zijn op verschillende gebieden, maar benadrukken dat het ook fijn is om deze zoektocht aan te gaan.

5.4.1.2 Impact door de manier van implementatie

In de probleemstelling staat dat de maatregel rechtsreeks werd toegekend aan de voorzieningen. Dit maakt dat er verschillen zijn in hoe, aan welke functieprofielen en waarvoor de middelen worden ingezet.

Waar de éne afdeling anno 2023 de keuze maakt om te focussen op het voor- of-na traject, zet de andere net in op het uitdenken van verschillende ambulante vormen van ondersteuning in het zorgtransmissie traject van de kinderen en jongeren. Daarnaast zijn er ook verschillen in de toekenning. Sommige voorzieningen kiezen voor een vaste equipe van 'zorgtransmissiemedewerkers', andere voorzieningen verdelen de middelen over het gehele team. Een overzicht hiervan is terug te vinden in bijlage 6.

Deze verschillen hebben volgens de medewerkers een impact. Bij de medewerkers die in een vast zorgtransmissie team terecht kwamen, zorgde de afgebakende rolverdeling voor veel duidelijkheid. Toch hebben deze medewerkers een grote nood aan verbinding met en afstemming op het gehele team:

"(...) dat is misschien een valkuil hé (...) je bent niet zo ingebed of je bent niet fysiek even aanwezig zoals de andere collega's omdat je outreachend werkt."

Waar werd gekozen om de middelen te implementeren overheen het gehele team of de volledige voorziening is het volgens deze medewerkers een meerwaarde om allemaal een luikje in de zorgtransmissie op te kunnen nemen en flexibel op maat in te kunnen spelen op noden van de jongeren. Daarbij ervaren de medewerkers een grote nood aan duidelijkheid en afstemming:

"(...) Hoeveel outreachmiddelen heb ik? Hoeveel mag ik opdoen? (...) Welke tijd hebben we daarvoor? (...) het is wel een puzzel doordat het zo verbrokkeld is."

5.4.1.3 Niets nieuws?

Daarnaast vermelden de medewerkers dat, losstaand van de extra middelen, de voorzieningen de facto al bezig waren met zorgtransmissie. Verschillende vormen van (na)zorg bestonden reeds in een poliklinisch kader of in ambulante programma's. Volgens de medewerkers is er echter nu meer ruimte om zorgtransmissie in te vullen, wat zorgt voor zowel meer energie als meer (werk)druk.

5.4.2 Balanceren tussen meer energie en meer werkdruk

Omdat er meer tijd vrijkomt om met de werkzame factoren aan de slag te gaan geeft dit de medewerkers extra mogelijkheden en energie. Zo rapporteren de medewerkers onder andere meer tijd te hebben om voor te bereiden, motiverend aan de slag te gaan en om de overgang naar verschillende contexten te maken waardoor overgangen meer geleidelijk verlopen.

Bovendien bieden de middelen meer ruimte om overleg te plannen, verdere hulpverlening te installeren en te differentiëren in het hulpverleningsaanbod. Verschillende medewerkers vatten het als volgt samen:

"Alles meer intens", "ik denk dat daar nu wel gewoon wat meer ruimte voor is om die dingen te doen" en "het geeft ons de kans om dingen te doen, die we anders niet konden doen en waar dat we echt wel de waarde daarvan inzien, dus eigenlijk zijn we wel echt super blij met die extra middelen".

Voor alle bevroegde medewerkers is het een verrijking om met de middelen aan de slag te gaan.

Bovenstaande mogelijkheden verhogen volgens hen de efficiëntie in hun werk, maar zorgen anderzijds ook voor een verbreding van het aanbod en een verhoging van de werkdruk waar de eigen case-load moet gemanaged worden. Een medewerker omschrijft de dualiteit van de impact van deze zorgtransmissie:

“Je zit met meer werk en minder werk tegelijkertijd, je zit met langere opnames en kortere opnames tegelijkertijd. (...) je zit altijd met die dualiteit van de impact van de outreach”.

5.4.2.1 Meer zorg op maat?

Volgens de medewerkers komt deze dualiteit vooral tot uiting bij het bieden van zorg op maat. De middelen maken het mogelijk om meer divers, flexibel en afgestemd te werken en kunnen ingezet worden om meer complexe problematieken te ondersteunen, iets wat tot vóór de toekenning vaak moeilijk was:

“Er zijn nu de laatste maanden een aantal jongeren in opname gekomen (...) waar dat wij als team zeiden van (...) dat had niet mogelijk geweest (...) als daar niet eerste heel intensief een relatie was opgebouwd met die gasten (...) en met dat gezin ook.”

“(...) problematieken dat wij niet zouden opnemen, omdat dat te complex zou zijn, of te zwaar dat we dat dan wel proberen (...)”

Volgens de medewerkers resulteert dit in een toename van zwaardere casussen en werkdruk.

Anderzijds vinden sommige medewerkers dit ook een goed teken. Volgens hen zijn dit de kinderen en jongeren waarvoor de kinder- en jeugdpsychiatrie bestaat:

“Maar ik vind dat een goed teken omdat dat juist diegenen zijn voor wie wij er zijn (...) zodat we nu toch jongeren hebben voor wie dat psychiatrie echt nodig is (...) omdat dat toch wil zeggen dat echt alleen de gasten terechtkomen die echt derdelijns hulp nodig hebben”

5.4.2.2 Opname vermijdend en verkortend?

Volgens de medewerkers is er ook druk om een opname te vermijden en/of te verkorten. Verschillende medewerkers bekijken dit kritisch en stellen dat het bij bepaalde doelgroepen, zoals bij kinderen en jongeren met een psychoseproblematiek, het moeilijk is om opname vermijdend te werken. Niet alleen zijn er al verschillende zorg- en hulpverleningspistes bij deze casussen geprobeerd voordat ze bij de K/k-diensten terechtkomen, maar is de crisis of de acute aard van de problematiek vaak zo ernstig dat een opname de enige remedie is:

“Als je omwille van die problematiek aangemeld wordt, is er al heel veel geprobeerd, dan is dat een utopie om te denken (...) dat je opname vermijdend aan de slag kan gaan, dat hebben alle partners ervoor echt, écht al keihard geprobeerd”.

Daarnaast bevestigen ook andere medewerkers dat de indicatie voor opname bij kinderen en jongeren op de wachtlijst al heeft plaatsgevonden, wat het volgens hen moeilijk maakt om preventief aan de slag te gaan:

“Het feit dat een jongere op een wachtlijst beland is, bewijst dat die het recht heeft op een opname en dat die indicatie wel gesteld is hé”

5.4.2.3 Druk door verantwoording en registratie

Tenslotte ervaren de zorgtransmissiemedewerkers een grote druk door de registratie aan de federale overheid. Om de veertien dagen dienen ze onder meer het aantal aanmeldingen, de personen op de wachtlijst, het aantal kinderen in zorgtoeleiding en de kinderen in de in- door- en uitstroom binnen de K/k-diensten te registreren.

Alle bevroegde medewerkers zeggen druk en onzekerheid te ervaren bij deze registratie. Verschillende vragen over deze administratie kwamen aan bod:

“Hoe registreren jullie alles aan de overheid?”, “Hoe pakken jullie dat aan?”, “Hoe gieten jullie dat in cijfers?”

De medewerkers maken zich vooral zorgen over mogelijke consequenties van deze registratie. Ze vrezen dat, indien ze meer of minder registreren dan andere voorzieningen, er ongelijke vergelijkingen zullen worden gemaakt en dat dit gevolgen zal hebben:

“(…) Wij geven dat door maar waarvoor worden die cijfers gebruikt? En alé gaat dat in ons voordeel, of in ons nadeel zijn? (...) Ik vind dat die cijfers soms ook heel weinig zeggen en ik vind dat zo'n beetje eng, ik heb daar zo'n beetje een bezorgdheid over.”

De registratie leidt niet alleen tot bezorgdheid, maar ook tot frustratie. Volgens de medewerkers wordt vanuit het beleid een kader vastgesteld waarbinnen de registratie van zorgtransmissie binnen de K/k-diensten tot maximaal drie maanden na het afronden van een traject dient te gebeuren:

“Vanuit de overheid mag je maximaal drie maanden na einde opname betrokken zijn. Je mag langer betrokken blijven. Maar dat telt niet meer mee in de registratie.”

5.4.2.4 Opvolging van (slechts) drie maanden

De bevroegde medewerkers proberen dit tijdsframe te respecteren en zijn dankbaar voor de mogelijkheid om met de middelen (na)zorg te kunnen bieden. Toch geven ze aan dat de drie maanden in sommige casussen te kort zijn:

“(…) om dan te denken, na 3 maanden (...) dan hebben die jongeren geen ondersteuning meer nodig, is ook niet realistisch.”

Zoals vermeld, bij de valkuilen in de zorgtransmissie, dient deze nazorg zich volgens de medewerkers ook te beperken en is het niet de bedoeling om inhoudelijk en diepgaand met het gezin aan de slag te gaan. Dit is volgens hen weggelegd aan andere instanties zoals één gezin één plan.

De medewerkers vinden het nodig om zelf flexibel en op maat in te schatten of er na de drie maanden nog zorg moet worden verleend:

“(…) Ja ook die nazorg, dat is ook ruimer dan die drie maanden dat we nog... Wij zeggen altijd zo van, als er nog een keer iets is, bel, alé we zijn er nog altijd. We zijn nog altijd bereikbaar.”

5.5 Wat is er nodig om (nog betere) zorgtransmissie te realiseren?

In kader van de werkzame factoren, de valkuilen en de impact van de maatregel omschrijven de medewerkers vanuit de drie diensten ook verschillende noden om de zorgtransmissie (nog beter) te realiseren.

5.5.1 Noden binnen de samenwerking, afstemming, flexibiliteit, voorbereidend werk, vasthouden en de brug maken en infrastructuur

Er is volgens de medewerkers een grote behoefte aan meer samenwerking, contact en gedragenheid met partners in het natuurlijke en professionele netwerk. Volgens hen is er nood aan regelmatige momenten voor casusbespreking, voor evaluatie en planning binnen en tussen de voorzieningen. Verder is er ook behoefte aan bekendmaking, afstemming, doorverwijsmogelijkheid en intra en extra murale informatieoverdracht. Daarnaast is het ook belangrijk om snel en flexibel te reageren op aanmeldingen, de wachttijden te vermijden en met de partners actief over de transitieleeftijd na te denken. Tenslotte geven de medewerkers uit twee voorzieningen ook aan dat er grote behoefte is aan infrastructuur waaronder meer laptops, (creatief) materiaal en ruimtes voor therapie en vergaderingen.

5.5.2 Tijd, ruimte, vertrouwen en een mandaat

Alle medewerkers stellen dat bijsturing en het procesmatige afstemmen deel uitmaken van hun zorgtransmissietraject binnen de recente intensifiëringsmaatregel. Deze zoektocht is een dankbaar, maar uitdagend en intensief proces dat sinds de investering binnen de verschillende voorzieningen en op verschillende domeinen in het traject met het kind of de jongere moet afgestemd worden. De volgende vragen die tijdens de focusgroepen werden gesteld, illustreren deze zoektocht:

“Hoe zorg je ervoor dat je meer flexibel en divers dingen kan aanbieden? Wanneer start je een outreachend traject? Hoe bewaken we dat de tijd voor outreach naar outreach gaat? Wat wordt er juist van wie verwacht? Wat kan een zinvol na traject zijn? Wanneer spreek je nog van een na traject? Moet je lossen? Kan je lossen?” Etc.

De medewerkers houden daarom een pleidooi voor voldoende tijd en ruimte te geven om deze zoektocht aan te gaan. Ze zijn hier immers: *“nog niet zo heel lang mee bezig”*. Daarom vinden ze het nodig dat er de mogelijkheid is om een rol te zoeken:

“(…) om zelf een beetje een vorm te creëren (…) je hebt daar toch wel wat tijd voor nodig om te evolueren in een soort rol en te zien wat werkt, wat niet werkt (…)”.

Daarnaast is het volgens de medewerkers ook nodig om het vertrouwen en de vrijheid te krijgen binnen het team, de afdeling en de voorziening om met de middelen aan de slag te gaan. Dit mandaat zorgt ervoor dat de zorgtransmissie binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie blijvend benadrukt wordt, ook wanneer er andere invloeden zoals personeelstekorten zijn. Bovendien willen ze de vrijheid krijgen om ook in de transitieleeftijd aan de slag te gaan.

5.5.3 Financiering, beleid en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg

Om zorgtransmissie (nog beter) in te vullen, zijn blijvende middelen en bijkomende investeringen vanuit de overheid nodig. Dit omvat volgens de medewerkers niet alleen over meer kinder- en jeugdpsychiaters

en structurele investeringen in de aanwerving van personeel en financiering in verschillende lagen van de GGZ, zodat er betere doorverwijsmogelijkheden ontstaan, maar ook over een blijvende financiering in het preventieve luik binnen de jeugdhulpverlening.

Financiering van de preventieve geestelijke gezondheidszorg: GGZ een partner die mee inschuift

Medewerkers uit twee voorzieningen pleiten om geestelijke gezondheidszorg, met name gespecialiseerde zorg uit de derde (en soms zelfs vierde) lijn, vroeger in te schakelen in de eerdere lagen van het jeugdhulpverleningslandschap. Deze investering zou de eerste- en tweedelijns hulpverleningsinstanties in staat stellen gebruik te maken van de expertise uit de GGZ-sector. Uit onderstaand citaat blijkt dat dit met de toegekende middelen vanuit de eerste intensifiëringsmaatregel nog ontoereikend is:

“(...) Als het gaat over opname vermijden, zou er veel meer (...) nog die expertise vanuit GGZ moeten op eerste lijns geraken (...) maar de middelen die nu toegekend zijn, zijn daarvoor niet toereikend maar ik denk wel, als ook daaruit vanuit de GGZ de vierde lijns expertise op die lijn reeds kunt mee gaan nadenken, dat dat vruchten gaat afwerpen.”

Volgens de medewerkers kan deze investering leiden tot het voorkomen van escalatie bij sommige problematieken, een vroeger en preventiever ingrijpen en (her)opname vermindering binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen. Daarom pleiten verschillende medewerkers voor een systeem waar kritisch gekeken wordt naar het trechtermodel waaruit de hulpverlening is opgebouwd.

In dit trechter systeem wordt er volgens de medewerkers pas naar de GGZ gekeken wanneer geen enkele andere voorziening de casus nog kan dragen. Om dan, vanuit het beleid, aan de K/k-diensten hoge verwachtingen te stellen, waaronder onder andere preventief en opnamevermijdend aan de slag te gaan, vinden sommige medewerkers soms frustrerend en moeilijk haalbaar:

“Ik denk op dat vlak zo verwachten aan het einde van de schakel om dan nog opnamevermijdend, dat dat absoluut niet haalbaar is,”

“Dan moet de GGZ precies bij wijze van spreken als een of andere wondermechanisme dat gaan oplossen.”

Binnen het jeugdhulpverleningslandschap tegelijkertijd met alle middelen aan de slag te kunnen gaan, zullen de beschreven doelstellingen gerealiseerd worden:

“Ik zou dan liever (...) een rolsysteem hebben, waarbij dat je terzelfdertijd al die middelen in kaart hebt. Want wat heeft de overheid gedaan, er is massaal geïnvesteerd geweest op de 0de en de 1ste lijn hé (...) maar dat zorgt ervoor dat die trechter, naar die 3de lijn, als maar nauwer wordt (...) terwijl moest je terzelfder tijd met alles aan de slag gaan, zouden we kunnen puzzelen (...).”

Daarbij voelt het voor sommige medewerkers alsof ze afzonderlijke 'experts' op een geïsoleerd eiland zijn. Volgens hen is het dan ook nodig dat de K/k-diensten gezien worden als partners binnen een langere hulpverleningsketting, waar samenwerking het toelaat om gedeelde zorg te realiseren.

5.6 De medewerkers zorgtransmissie binnen het Overkophuis Sint-Niklaas

De bevroegde stafmedewerkers omschrijven het Overkophuis als een plek waar, naast zinnvolle vrijetijdsbesteding, ook therapeutische begeleiding kan worden aangeboden aan jongeren tussen 12 en de 25 jaar. De multidisciplinaire onthaalmedewerkers richten zich daarbij op een diverse doelgroep en streven ernaar een inclusieve plek te creëren waar alle jongeren, inclusief degenen met kwetsbaarheden, welkom zijn.

In twee van de bevroegde voorzieningen werden Overkophuizen expliciet benoemd als voorzieningen in het uitgebreider professioneel netwerk waar de K/k-diensten kinderen en jongeren naar toe leiden en mee samenwerken. Tilia (Vitaz) neemt binnen dit samenwerkingsverband een unieke positie in. Een deel van de intensifiëringsmaatregelen wordt immers geïnvesteerd om de zorgtransmissie medewerkers ook als onthaalmedewerkers binnen het Overkophuis in te zetten. Elke woensdagmiddag voorzien zorgtransmissie medewerkers vanuit Tilia mee het openingsmoment en nemen ze een deel van de jongeren uit de leefgroep mee. Ook wordt regelmatig een atelier vanuit de creatherapeuten gegeven. Aan de drie vaste onthaalmedewerkers werd gevraagd welke impact zij ervaren, hoe de samenwerking verloopt en wat daarin sterke- en aandachtspunten zijn.

5.6.1 Een win- win situatie

De stafmedewerkers vinden dat aan dit samenwerkingsverband zowel voor het Overkophuis als voor Tilia voordelen zijn verbonden. Tilia zorgt dat naast de partners op de eerste en de tweede lijn ook de derdelijns hulpverlening aanwezig is waardoor therapeutische hulp kan aangeboden worden. Dit omschrijven de stafmedewerkers als een grote meerwaarde binnen de werking. Anderzijds krijgt Tilia de mogelijkheid om zorgcontinuïteit en transmissie binnen het Overkophuis te verwezenlijken. De jongeren blijven in contact met een bekende medewerker en verbreden hun netwerk tijdens de multidisciplinaire samenwerking.

5.6.2 Kennis en expertise

In de openingsmomenten worden de onthaalmedewerkers van het Overkophuis regelmatig geconfronteerd met uitdagende situaties zoals automutilatie, drugsgebruik en suïcidaliteit. In dergelijke gevallen vertrouwen ze op de expertise en kennis van Tilia waardoor ze adequater met deze problemen kunnen omgaan. Naast de openingsmomenten wordt deze expertise ook breder gedeeld in o.a. intervisiemomenten.

5.6.3 De balans houden

De stafmedewerkers benadrukken dat de onthaalmedewerkers van het Overkophuis soms hun twijfels hebben over de instroom van jongeren vanuit Tilia. Vele jongeren hebben een rugzak, wat op sommige momenten leidt tot bezorgdheid of zelfs paniek bij de andere medewerkers. Ze zijn vooral bang voor de impact op de andere jongeren in het huis. De aanwezigheid van de jongeren uit de leefgroepen van Tilia heeft in het verleden al geleid tot crisissen:

“Het is wel een cirkel, hè. Door de aanwezigheid van Tilia zouden we misschien nooit zoveel kwetsbare jongeren van dat profiel hier binnenkrijgen (...) maar doordat ze hier zijn, zorgt dat ook dat het draagbaar maakt. En dat zorgt dat dat effectief een heel veilig plek ook voor die gasten kan zijn. Want wij en de anderen van het eerste en het tweede lijn, zouden misschien niet per se de expertise hebben om dan weer met die gasten om te gaan (...)”

De bevroegde stafmedewerkers zien het Overkophuis daarom vooral als een kans om het taboe op het mentaal welzijn te doorbreken en te zoeken naar een balans:

“Mentaal welzijn is niet alleen in de psychiatrie (...) daar moet over gebabbeld worden. Ook in huis. Op een manier dat het voor de jongeren goed aanvoelt. En dat is een werkpunt voor daar evenwicht in te zoeken, maar ik denk dat Overkophuis daar wel net de plaats voor is.”

Om deze balans te behouden blijft het belangrijk om naast intervisiemomenten in het team en tussen coördinatoren van beide instanties, ook debriefingsmomenten te voorzien. Zo kan de zorg voor de jongeren, zeker voor diegenen met wat ‘extra bagage’, in het Overkophuis gewaarborgd worden.

6. Discussie

6.1 Link resultaten en literatuur

Dit onderdeel verbindt de onderzoeksresultaten namelijk de werkzame factoren en de bijhorende valkuilen met de bestaande wetenschappelijke literatuur.

6.1.1 Samenwerking

6.1.1.1 Een gedeelde zorg

Volgens de zorgtransmissiemedewerkers is samenwerking en gedeelde zorg zowel voor, tijdens als na afloop van een traject binnen de K/k-diensten een werkzame en onmisbare factor in het waarborgen van zorgcontinuïteit. Ook de literatuur benadrukt dit co-constructief partnerschap waarin zowel de jongere, de natuurlijke context als de professionele hulpverlening een actieve rol spelen op diverse momenten in het traject (Heaton et al., 2012; Parker et al., 2011; Naert et al., 2017).

Met de jongere en de natuurlijke context vs. een moeilijke transfer

In deze samenwerking zijn de betrokkenheid en participatie van de kinderen en de jongeren volgens de medewerkers werkzaam. Ander onderzoek benadrukt eveneens hoe de opinie, de inbreng en het eigenaarschap, zoveel als mogelijk, in de handen van het kind en de jongere moet liggen (Heaton et al., 2012; Tobon et al., 2014; Ettekal & Mahoney, 2017; Naert et al., 2017).

Naast kinderen en jongeren benadrukken de medewerkers ook het belang van nauwe samenwerking met de natuurlijke context. Literatuur geeft aan dat deze gezins-en contextgerichte zorg één van de beste hulpverleningsmethoden op het gebied van geestelijke gezondheid is (Shah-Anwar et al., 2019). Personen in dit netwerk zijn o.a. “ouders, andere familieleden, vrienden en leerkrachten” (Naert et al., 2017, p. 13) en worden gezien als essentiële en continuïteit bevorderende participanten (Heaton et al., 2012; Parker et al., 2011; Ettekal & Mahoney, 2017; Naert et al., 2017; Naert et al., 2019).

Toch is het volgens de medewerkers niet altijd eenvoudig om vanuit dit partnerschap tools mee te geven en een transfer te realiseren. Onstabiele thuissituaties en beperkte copingvaardigheden van de kinderen, jongeren en hun natuurlijke omgeving zorgen er volgens de medewerkers voor dat het gelopen proces niet stevig kan worden vastgehouden. Ook Parker et al. halen aan hoe eigenschappen, invloed en kenmerken in omstandigheden van de cliënten het zorgtraject en de continuïteit kunnen beïnvloeden (2011). Daarbij is er een grote nood om dit netwerk voldoende (professioneel) te ondersteunen, aangezien de zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheden vaak het netwerk onder druk zet (Carbonell et al., 2020). De respondenten geven echter aan dat dit zich binnen hun kader eerder beperkt tot het meegeven van bepaalde tools en dat langdurige thuis- en contextondersteuning voornamelijk voor andere instanties is weggelegd.

Met andere partners in het (hulpverlenings-)landschap vs. een apart GGZ-eiland

In deze gedeelde zorg en verantwoordelijkheid is het volgens de medewerkers essentieel om samen te werken met andere GGZ-diensten en sectoren van de jeugdhulpverlening. De medewerkers spreken over de werkzaamheid van het multidisciplinair samenwerken, de school- en teamondersteuning en de verbinding met (bestaande) hulpverlening om zo de zorgtransmissie te waarborgen. Literatuur stipuleert

eveneens dat goede continuïteit afhangt van de kracht van de samenwerking, dit zowel op het niveau van het cliëntsysteem als op het niveau van de intersectorale samenwerking (Parker et al., 2011; Heaton et al., 2012; Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017; Naert et al., 2019).

Carbonell en collega's halen aan dat door andere partners 'binnen te laten' en actief in het traject te betrekken samen beslissingen worden genomen en op elkaar worden afgestemd (Carbonell et al., 2020). Gedeelde zorg, verantwoordelijkheid en zorgcoördinatie komen tot stand in deze transversale gelijktijdige afstemming (Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015). Daarbij zien de medewerkers zichzelf als een katalysator die de aanzet geeft tot multifunctionele trajecten waarbij andere diensten en partners blijvend betrokken worden. Andere spelers in de hulpverlening zijn daarbij gelijkwaardige partners wat zorgt voor verrijking door middel van het delen van kennis en expertise (Naert et al., 2019; Carbonell et al., 2020).

Toch rapporteren de medewerkers een beperktheid in de samenwerking. Ze constateren dat andere instanties nog te vaak in hun eigen werkerrein blijven en snel loslaten wanneer K/k-diensten betrokken raken. Dit resulteert volgens hen in een beperkt vangnet voor kwetsbare kinderen en jongeren. Daarbij voelen sommige medewerkers zich met hun psychiatrische voorziening op een eiland in een geïsoleerde expertenrol.

In hun onderzoek rapporteren Patel en Carbonell en collega's deze gebrekkige intra- en extramurale samenwerking waardoor voorzieningen vaak onvoldoende intensief, flexibel en op maat werken (2018; 2020). Onderzoek onderstreept echter ook de moeilijkheid om de verschillende betrokken dienstverleningen te connecteren en dit vooral binnen de geestelijke jeugdgezondheidszorg waarbij vaak diverse zorgverleningspartners betrokken zijn (Tobon et al., 2015; Singh & Tuomainen, 2015; Refaeli et al., 2016).

6.1.2 Afstemming

6.1.2.1 Zorg op maat, individuele interpersoonlijke relatie en stilstaan omtrent verwachtingen

Naast samenwerking staat ook afstemming volgens de medewerkers centraal. Daarbij is zorg op maat, afstemming op de leefwereld en het ritme van het kind én aandacht voor specifieke problematieken essentieel. In de literatuur gaat het vaak over personeel dat beschikbaar, zorgzaam en ondersteunend is (Naert et al., 2019), de mogelijkheid heeft om het ritme van de jongere te volgen (Parker et al., 2011) en oog heeft voor het leefwereldperspectief (Naert et al., 2017). Ook Dudley en collega's stellen in hun onderzoek hoe de persoon centraal moet staan in gezondheidszorgorganisaties (2022).

Deze zorg op maat houdt volgens de medewerkers ook in dat er aandacht moet zijn voor de relatie tussen de jongere en zijn hulpverlener(s). Er is veel wetenschappelijke bewijs dat het ervaren van relationele verbondenheid met andere belangrijke personen binnen het hulpverleningstraject bijdraagt tot een gevoel van continuïteit (Freeman et al., 2007; Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017).

Tenslotte is het volgens de medewerkers ook aangewezen om stil te staan bij de verwachtingen van de verschillende actoren binnen natuurlijke en professionele contexten. De literatuur benadrukt dat dit de

kansen op wederzijdse verstandhouding, begrip, gemeenschappelijke taal en het juist inschatten van mogelijkheden en moeilijkheden binnen deze contexten vergroot (Shah-Anwar et al., 2019).

6.1.2.2 Communicatiestructuur vs. tekort aan dialoog en gebrek aan afstemming

Binnen deze afstemming is uitwisseling en dialoog volgens de medewerkers belangrijk en dit zowel in de natuurlijke context, het professionele netwerk als binnen en tussen de K/k-diensten. Het installeren van of de aanwezigheid op multidisciplinaire overlegmomenten doorheen het traject is volgens hen werkzaam. Ook de literatuur stipuleert samenkomsten en informatie-uitwisseling waardoor partners elkaar kunnen verrijken en versterken (Naert et al., 2017; Naert et al., 2019; Carbonell et al., 2020). Daartoe moet binnen deze communicatiestructuur ruimte zijn voor goede informatieoverdracht en transparantie en moeten de betrokken partners tijdig geïnformeerd worden (Tobon et al., 2015; Naert et al., 2019; Carbonell et al., 2020). Ook het overleg met de natuurlijke context, het bredere netwerk en zelfs de hobbyclubs worden in deze afstemming door de medewerkers als zeer werkzaam beschouwd.

Deze afstemmingsmomenten, zeker binnen de eigen K/k-dienst, zorgen volgens de medewerkers voor een gevoel van samenhang, inbedding in het team en een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid en betrokkenheid. Toch rapporteren de medewerkers een tekort van deze samenkomsten. Versnippering in communicatie binnen en tussen teams zijn daarbij valkuilen die leiden tot frustraties bij verschillende partners. Daarnaast kaarten ze aan hoe er in het algemeen nog grote misvattingen zijn over wat een traject of opname binnen de K/k-diensten kan teweegbrengen. Afstemming is volgens hen dus noodzakelijk.

6.1.3 Flexibiliteit

Zowel volgens de medewerkers als volgens de literatuur is flexibiliteit een cruciale factor in de zorgtransmissie (Heaton et al., 2012). Daarbij is het volgens de bevroagden werkzaam om voldoende mogelijkheden te krijgen om het traject procesmatig op te volgen, inschattingen te maken en snel te reageren in elke fase. Ook een mandaat om zaken uit te proberen en de ruimte krijgen om te experimenteren, is volgens hen werkzaam. Een aantal medewerkers rapporteert dat ze daarin soms verder gaan dan hun 'jobtime' en buiten de lijnen van het vastgelegde kader kleuren. Ook Tobon en collega's beamen hoe flexibele inspanningen van individuele zorgverleners de ervaren continuïteit vergroten (2015). Naert (2019) spreekt over een engagement van begeleiders, dat soms verder reikt dan hun omschreven opdracht. Dit toont zich in "interesse en betrokkenheid, een extra inspanning of ondersteuning op cruciale momenten" (Naert et al., 2017, p. 13).

Desondanks geven de deelnemers aan dat zorgtransmissie niet altijd als prioriteit wordt gesteld en dat deze flexibiliteit wordt belemmerd door bijvoorbeeld personeelstekorten. Ook Naert, Carbonell, Dudley en collega's stellen dat een gebrek aan tijd en ruimte om het ritme van de cliënt te volgen, valkuilen zijn (2019; 2020; 2022). Bovendien constateren de medewerkers dat het beleid, zoals de richtlijn waarin zorgtransmissiecontacten na drie maanden niet langer meetellen voor registratie, fnuikend en frustrerend kunnen zijn in het proces.

6.1.4 Van de wachttijd, werktijd maken

Vóór de opname of het traject binnen de K/k-dienst reeds aan de slag te gaan biedt niet alleen meer inzicht in de noden en behoeften van de kinderen, jongeren en hun context, maar zorgt ook dat er nagedacht wordt over netwerkversterking en/ of doorverwijzing naar andere diensten.

Daarbij is het volgens de medewerkers werkzaam om motiverend aan de slag te gaan en te kijken of andere (ambulante) pistes mogelijk zijn om opname vermijgend te werken. De literatuur beklemtoont ook om te kiezen voor de minst ingrijpende zorg waarbij het principe van subsidiariteit wordt gehanteerd (Aga et al., 2017).

6.1.5 Vasthouden en de brug maken

Daarnaast beschrijven de medewerkers hoe het 'vasthouden' van de jongeren en het slaan van de brug tussen verschillende domeinen werkzaam is.

6.1.5.1 De draad vasthouden vs. te lang laten aanslepen

De medewerkers beklemtonen het belang van aanwezigheid voor, tijdens en na een traject bij de K/k-dienst. Dit gaat onder meer over de continuïteit in contact, het zijn van een herkenningsfiguur en de vertrouwensband behouden met zowel het kind, de jongere als zijn context. Volgens de participanten dien je als medewerker steeds beschikbaar en bereikbaar te zijn. Ook Heaton et al. omschrijven de longitudinaliteit als werkzaam in het proces (2012) en Tobon en Naert benadrukken, net zoals de medewerkers de beschikbaarheid en bereikbaarheid als hulpverlener voor tijdens, maar ook na een opname (Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017). Refaeli en collega's opteren daarbij voor stabiliteit en duurzame behandeling binnen (residentiële) opnames (2016).

Volgens de medewerkers bemoeilijkt echter een gebrek aan mandaat de zorgcontinuïteit. Bovendien vinden ze dat het te lang aanslepen van deze band in de nazorg een valkuil kan zijn. Volgens hen gebruiken bepaalde jongeren dit om een voet in de psychiatrie te houden. Ook Naert en collega's stellen dat een continue aanwezigheid van hulpverlening in een sluitend continuüm nadelig kan werken. Hulpverlening moet de kans bieden om op eigen benen te staan, waar de blijvende connectie met ruimere en andere contexten belangrijk is. "Breken met hulpverlening krijgt dan een positieve invulling, als kans tot verandering" (Naert et al., 2017, p.15).

Daarnaast benadrukken de medewerkers dat gedurende verschillende fasen van het traject bruggen moeten worden gebouwd, waarbij de medewerker fungeert als een betrouwbare ankerfiguur. Verschillende auteurs beamen het belang van deze vertrouwenspersoon, zeker wanneer transities voorbereid worden. Hij of zij dient de kinderen en jongeren te begeleiden en daarvoor voldoende tijd te nemen (Tobon et al., 2015; Naert et al., 2017). Volgens Tobon en collega's zijn de kernaspecten in deze interactie: "gehechtheid en verbondenheid, consistentie in contact, vertrouwen en flexibiliteit en betrokkenheid" (2015, p.3).

6.1.5.2 Brug maken: binnen de K/k-diensten, met betrokken partners en naar buiten vs. opstopping in het GGZ-landschap

Het vormen van een brug binnen de K/k-dienst vermindert volgens de medewerkers de weerstand en vergroot de motivatie van en de afstemming op het kind, de jongere en zijn of haar context. Ook de brug maken met andere partners, op verschillende momenten in het traject, is volgens de medewerkers belangrijk om gedeelde zorg en verantwoordelijkheid te verwezenlijken.

Daarbij is het volgens de participanten noodzakelijk om het bredere hersteltraject in acht te nemen. Aandacht voor vriendschapsrelaties, schooltrajecten en vrije tijd zijn zowel voor de medewerkers als in de literatuur nodig (Tobon et al., 2014; 2015; Refaeli et al., 2016; Naert et al., 2017). Daarnaast is het toeleiden naar vrijetijdsbesteding en/of laagdrempelige instanties zoals bijvoorbeeld een Overkophuis volgens hen werkzaam. Ook de literatuur benadrukt in het kader van de continuïteit andere levensgebieden en externe partners bij het traject te betrekken. In deze bijzondere kwetsbare groep is er immers sprake van (dreigende) breuken op verschillende vlakken (Parker et al., 2011; Tobon et al., 2015; HBSC, 2018; Naert et al., 2019; Theberath et al., 2022).

Volgens de medewerkers moet men bij het afronden van het traject bij de K/k-diensten bruggen slaan naar andere partners. De literatuur benadrukt dat vervolgzorg direct aan externe partners moet worden gebonden (Aga et al., 2017). Freeman en zijn collega's noemen dit 'management continuïteit' (2007; Tobon et al., 2015).

De medewerkers wijzen echter op een 'verstopping' in het zorglandschap. Lange wachtlijsten en een gebrek aan doorverwijsmogelijkheden belemmeren een naadloze overgang tussen de verschillende hulp instanties. Ook diverse auteurs benadrukken de uitdaging van lange wachtlijsten en problemen bij toeleiding en vervolgzorg als nefast voor de zorgcontinuïteit (Singh, 2015; Gureje & Oladeji, 2017; Patel et al., 2018; Carbonell et al., 2020). Naert (2017) voegt toe dat hulpverlening vaak op grenzen stuit, waarbij hulpzoekenden soms lang moeten wachten op passende hulp en meerdere hulpverleners betrokken zijn zonder dat de effectiviteit of efficiëntie wordt gegarandeerd, vooral wanneer kinderen en jongeren specialistische benaderingen vereisen. Dit benadrukt opnieuw het belang van samenwerking, afstemming en flexibiliteit om de zorgcontinuïteit te verzekeren.

Toch benadrukt de literatuur dat zorgcontinuïteit primair gaat over 'vasthouden'. Wanneer doorverwijzing aan de orde is, moeten professionals rekening houden met de persoonlijke, unieke, relationele verbinding met de cliënt (Singh & Tuomainen, 2015). Een goede overgang is hierbij meer dan alleen een administratieve taak. Het vereist coördinatie, doelgerichtheid en een planmatige aanpak waarbij de patiënt centraal moet staan (Singh & Tuomainen, 2015). Daarnaast zijn te snelle of te frequente doorverwijzingen, waardoor er geen echte band kan worden opgebouwd, valkuilen in de zorgtransmissie (Naert et al., 2019).

6.1.5.3 Een brug na 18 jaar vs. een strikte afscheiding in een grijze zone

Volgens de medewerkers is het ook werkzaam om na te denken over de naderende volwassenheid en hierover in dialoog te gaan met andere voorzieningen. Door een gebrek aan mandaat, middelen en

ruimte om als medewerker binnen een kinder- en jeugdpsychiatrische dienst iets te betekenen voor jongeren in de transitieleeftijd komt de medewerkers in een grijze zone terecht. Nazorg in deze doelgroep hangt immers volledig af van de goodwill van de hulpverlener. Ook Signorini en collega's kaarten aan hoe er een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen diensten voor kinderen en/of adolescenten en volwassenen. Een vastgelegde leeftijd vormt de overgang tussen het aanbod (2017).

6.1.6 Infrastructuur

De medewerkers benadrukken dat voldoende infrastructuur essentieel is voor effectieve zorgtransmissie. Helaas vormen in bepaalde voorzieningen het beperkte aantal ruimtes en een verouderde infrastructuur voor obstakels. Dit leidt volgens de medewerkers niet alleen tot frustratie, maar beperkt ook de mogelijkheid om met kinderen en jongeren te werken. Carbonell et al. en Dudley bevestigen deze bevindingen in hun onderzoek en beschrijven eveneens beperkte ruimte en infrastructuur als hindernissen voor de continuïteit van de zorgverlening (2020; 2022).

6.1.7 De impact van de intensifiëringsmaatregel

In alle bevroegde voorzieningen heeft de toewijzing van de middelen ertoe geleid dat er meer nagedacht wordt over de zorgtransmissie, de eigen werking en het aanbod voor, tijdens en na de zorgtrajecten. Bovendien is er binnen de drie voorzieningen een grote variatie in hoe en waarvoor de middelen worden gebruikt. Daarbij rapporteren de participanten dat er nu meer aandacht is voor- en na trajecten, heropnamevermijding en- verkorting en het verkennen van ambulante pistes en wordt er eerder minder 'zuiver' in functie van opname gedacht.

Toch bemerkten de medewerkers de dualiteit van de impact van deze intensifiëringsmaatregel. Aan de éne kant bieden ze meer energie en ruimte om de werkzame factoren vorm te geven. Aan de andere kant brengen ze ook een verhoogde werkdruk, verantwoording en registratie met zich mee. Preventief werken in derdelijns instellingen blijkt ook niet vanzelfsprekend te zijn volgens de medewerkers. Dit wordt besproken in het luik 'financiering, beleid en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg' in sectie 5.4.2.2. .

Binnen het zorgtransmissieverhaal van Tilia heeft de intensifiëring ook impact op een van de centrale partners, Het Overkophuis Sint-Niklaas. Een deel van de intensifiëringsmaatregelen van Tilia wordt immers geïnvesteerd om de zorgtransmissie medewerkers ook als onthaalmedewerkers binnen het Overkophuis in te zetten. Enerzijds zorgt dit voor een taboedoorbrekend effect waarbij mentaal welzijn besproken kan worden. Anderzijds brengt dit op sommige momenten ook een bepaalde 'zwaarte' met zich mee. In het Overkop-verhaal wordt duidelijk dat samenwerking, afstemming en het bouwen van bruggen tussen verschillende hulpverleningsinstanties van groot belang zijn voor de continuïteit van de zorgverlening en het verbreden van het netwerk van de jongere.

6.2 Aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek

Uit de resultaten blijkt dat zorgtransmissie voor verschillende uitdagingen staat met, volgens de medewerkers behoeftes op diverse domeinen die besproken werd in: 'Wat hebben de medewerkers in de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten nodig om (nog beter) zorgtransmissie te realiseren?'. Deze behoeftes vormen de basis voor een optimalisatie van de zorgtransmissie en hebben betrekking op zowel praktijkgerichte aspecten als bredere beleidsaanbevelingen. In wat volgt worden deze kort samengevat.

Praktijk

Om zorgtransmissie voor kinderen en jongeren vorm te geven is het belangrijk om nog meer samenwerking, communicatie en betrokkenheid van zowel de natuurlijke als de professionele partners in het hulpverleningstraject op te zetten. Het is cruciaal om continu ruimte te creëren voor (casus)besprekingen, het bevorderen van bekendmaking en afstemming, goede doorverwijsmogelijkheden en het waarborgen van een soepele informatieoverdracht. Binnen dit alles moeten de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten bekeken worden als partners die mee inschuiven in het bredere zorg- en hulpverleningstraject.

Daarbij dient de praktijk het toe te laten om snel en flexibel op aanmeldingen te reageren en moet er actief en afgestemd nagedacht worden over de overgangperiode naar de volwassenheid. Tenslotte is er behoefte aan voldoende tijd, ruimte, vertrouwen, een duidelijk mandaat en infrastructuur om met de werkzame factoren in de zorgtransmissie aan de slag te gaan om continuïteit in de zorgverlening te kunnen waarborgen.

Beleid

In het kader van de zorgcontinuïteit dient volgens de praktijk het beleid de geestelijke gezondheidszorg blijvend te financieren.

In de Belgische context is de verhoogde personeelsomkadering vanuit de eerste intensifiëringsmaatregel een stap in deze richting. Toch pleiten niet alleen de bevraagde medewerkers, maar ook wetenschappelijk onderzoek voor een voortdurende investering op verschillende domeinen in de geestelijke jeugdgezondheid (Signorini et al., 2017). De GGZ moet blijvend bovenaan de politieke agenda geplaatst worden opdat voldoende "financiële middelen voor de planning, ontwikkeling en evaluatie van de diensten kunnen worden gegarandeerd" (Carbonell et al., 2020, p. 11; Signorini et al., 2017; Dudley et al. 2022). Zo kan continuïteit worden gewaarborgd.

Een belangrijke aanbeveling binnen deze financiering is een blijvende focus op de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Deze financiering moet het toelaten ruimte te voorzien om expertise vanuit de GGZ-sector vroegtijdig in te zetten binnen de eerste en tweedelijns hulpverlening. Door deze expertise sneller, beter en toegankelijker in de vroegste stadia van de hulpverlening zetten, kan men sneller en directer hulp bieden en kan er preventief worden gewerkt.

Tenslotte is er dringend behoefte aan een beleid dat actief rekening houdt met de transitieleeftijd en de coördinatie hiervan tussen de K/k-diensten en andere betrokken partijen in de hulpverlening.

6.3 Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Kinderen en jongeren

Deze masterproef stond uitgebreid stil bij het verhaal van de zorgtransmissie-medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren. Dit is echter maar één invalshoek. Ook de stem van het kind, de jongere en zijn natuurlijke context dient gehoord te worden.

Het kan waardevol zijn om vervolgonderzoek te doen naar hun perspectief en in het bijzonder in relatie tot de recent geïmplementeerde intensifiëringsmaatregel. De combinatie van deze bevraging en bovenstaande onderzoeksresultaten kan bijdragen tot een beter begrip van zorgcontinuïteit en hoe dit te implementeren.

Intersectorale partners

Aangezien zorgtransmissie een gedeeld verhaal is, kan het waardevol zijn om de partners van de K/k-diensten in een vervolgonderzoek te bevragen. Binnen deze masterproef is immers slechts één partner, het Overkophuis Sint-Niklaas, bevraagd.

Ook het verkennen van de behoeften, de valkuilen en de werkzame factoren en dit niet alleen in het kader van de recent ingevoerde intensifiëringsmaatregel, kan bijdragen tot een verdere ontwikkeling van een gedeeld zorgtransmissieverhaal in de Oost-Vlaamse geestelijke gezondheidszorg.

Medewerkers (zorgtransmissie)

Dit onderzoek bevroeg uitsluitend medewerkers aan de slag binnen de intensifiëringsmaatregel. Toch werken niet enkel deze medewerkers met kwetsbare kinderen en jongeren. Het kan interessant zijn om te onderzoeken hoe ook andere medewerkers aan de slag gaan met zorgtransmissie en wat zij als werkzaam of belemmerend ervaren.

Na verloop van tijd

Een aanvullend onderzoek dat na verloop van tijd de werkzame factoren met betrekking tot de middelen opnieuw in kaart brengt kan waardevol zijn. Het kan verder inzicht verschaffen in de manier waarop de middelen worden ingezet en de moeilijkheden die de voorzieningen ervaren.

Tenslotte kunnen nog een aantal andere beperkingen binnen dit onderzoek geformuleerd worden.

Generaliseerbaarheid

Er dient rekening gehouden te worden met de mogelijks beperkte generaliseerbaarheid van deze onderzoeksresultaten naar andere settingen en doelgroepen. Zo werd binnen dit onderzoek slechts een steekproef genomen van de medewerkers zorgtransmissie uit drie Oost-Vlaamse K/k-diensten en focust het onderzoek primair op de zorgtransmissie binnen de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. Een generalisatie van deze werkzame factoren, valkuilen of vereisten moet in deze optiek kritisch bekeken worden.

Thematische analyse

Daarnaast maakte dit onderzoek gebruik van een thematische analyse binnen de dataverwerking. Deze analyse poogde een beeld te schetsen van wat volgens de medewerkers essentieel en werkzaam is.

Toch zijn er in kader van de rapportage codes geschrappt, wat ervoor zorgt dat bepaalde zaken niet in de databeschrijving verwerkt zijn.

Discussie en conclusie zonder de geassocieerde masterproef

In de discussie en conclusie van deze masterproef werden de resultaten van het onderzoek niet samengelegd met deze van de geassocieerde masterproef van Karen Vercampt. Dit omdat elk onderzoek doorheen het proces stelselmatig divergeerde en andere aspecten beklemtoonde.

Wel kwamen de onderzoekers in samenwerking met de zes Oost-Vlaamse K/k-diensten tot een tool.

6.3 Een tool: de zorgtransmissiereflex

Naast de initiële vraag naar een overzicht van de implementatie van de intensifiëringsmaatregel binnen de Oost-Vlaamse K/k-diensten én het extraheren van werkzame factoren door middel van een kwalitatieve bevraging, vroeg RADAR ook naar een praktisch hulpmiddel ter reflectie over zorgtransmissie.

Dit leidde tot een werkinstrument om over de werkzame factoren van de zorgtransmissie zowel binnen de eigen dienst als tussen de andere diensten te reflecteren. Daarnaast kan deze tool helpen om de zorgtransmissie binnen de diensten in beeld te brengen en vanuit een kritisch standpunt blijvend vorm te geven. Samen met de betrokken medewerkers en de werkgroep intensifiëring werd de 'zorgtransmissiereflex' opgesteld. De opzet, de uitwerking en de tool zelf vallen buiten het bestek van deze masterproef, maar werden als bijlage opgenomen. Zie bijlage 12.

7. Algemene conclusie

Na bevraging van de zorgtransmissiemedewerkers uit drie Oost-Vlaamse K/k-diensten, komen vijf belangrijke en werkzame aspecten naar voor: samenwerking, afstemming, flexibiliteit, wachttijd omzetten in werktijd en vasthoudend bruggen bouwen.

Hieruit volgt dat de zorgtransmissie niet beperkt blijft tot binnen de muren van de K/k-dienst. Het is een gezamenlijk verhaal waarbij verschillende partners in zowel de natuurlijke als de professionele context de zorg moeten dragen. Volgens de medewerkers speelt de zorgtransmissiemedewerker in deze gedeelde zorg en verantwoordelijkheid de rol van katalysator.

Toch zijn er, volgens de participanten, binnen bovengenoemde werkzame factoren valkuilen die de zorgtransmissie bemoeilijken en de gedeelde zorg onder druk zetten. Zij vinden dat de verschillende domeinen verder moeten worden uitgebouwd en pleiten vooral voor voldoende tijd, ruimte, vertrouwen en mandaat om met de zorgtransmissie aan de slag te gaan, zeker in het kader van de recent geïmplementeerde overheidsmaatregel binnen de K/k-diensten.

Daarbij benadrukken de participanten de noodzaak van voldoende blijvende financiering en ondersteunend beleid vanuit de overheid. Dit beleid moet het toelaten de werkzame factoren verder uit te bouwen en dient blijvend oog te hebben voor preventieve geestelijke gezondheidszorg. Het kan ervoor zorgen dat zowel binnen als tussen de verschillende voorzieningen bruggen worden gebouwd op verscheidene momenten van het zorgtraject.

8. Referentielijst

- Aga, N., Rowaert, S., Wuyts, Y., & Vanderplasschen, W. (2017). Historiek en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. In S. De Pauw, S., Vandeveld, S., Van Damme, L., Claes, C., & Vanderplasschen, W. (Reds.), *Orthopedagogische werkvelden in beweging: recente evoluties en veranderingen in Vlaanderen* (pp. 270- 320). Garant
- Artikel 107: Hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.* (z.d.). Vlaanderen: agentschap zorg en gezondheid. Geraadpleegd op 16 maart 2023, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/artikel-107-hervorming-van-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- Carbonell, Á., Pérez- Navarro, J., & Mestre, M. (2020). Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health & Social Care in The Community*, 28(5), 1366–1379. <https://doi.org/10.1111/hsc.12968>
- Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (COMGGKJ). (2021). *Zorgcontinuïteit door zorgtransmissie: voorstel voor een transversaal model door bijzondere complexe, co-morbide doelgroepen GGZ ki/jo*. Geraadpleegd op 30 april 2023, van https://www.psy0-18.be/images/COMGGKJ_20210310_bijl04nl.pdf
- De Ruyscher, C., & Rowaert, S. (2022). Personen met ernstige psychische problemen. In .De Pauw, S., Claes, C., Vandeveld, S., De Schauwer, E., & Vanderplasschen, W. (Reds.), *Orthopedagogiek als handelingswetenschap* (pp. 410- 437). Owl Press.
- Dudley, L., Mamdoo, P., Naidoo, S., & Muzigaba, M. (2022). Towards a harmonised framework for developing quality of care indicators for global health: a scoping review of existing conceptual and methodological practices. *BMJ Health & Care Informatics*, 29(1). <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2021-100469>
- Ettekal, A., & Mahoney, J. L. (2017). Ecological Systems Theory. *The SAGE Encyclopedia of Out-of-School Learning*. <https://doi.org/10.4135/9781483385198.n94>
- Federale overheidssdienst (2021). *Blikvanger gezondheidszorg: geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 28 april 2023, van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/blikvanger_gezondheidszorg_ggz_nl.pdf
- Gids: Naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.* (2015). Belgisch staatsblad federale regering. Geraadpleegd op 11 december 2021, van https://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GIDS-KJ_definitief_20150330.pdf

- Guthrie, B., Saultz, J., Freeman, G., & Haggerty, J. (2008). Continuity of care matters. *British Medical Journal*, 337(aug07 1), 548–549. <https://doi.org/10.1136/bmj.a867>
- Heaton, J., Corden, A., & Parker, G. (2012). 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *International Journal of Integrated Care*, 12(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.794>
- Howitt, D. (2008). Thematic analysis. In G. Van Hove (Red.), *Qualitative research for educational sciences* (pp. 234- 255). Pearson
- Hoge Gezondheidsraad. (2019). *Participatie van kinderen en jongeren binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg* (Nr. 9458). Geraadpleegd op 30 april 2023, van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20190710_hgr_9458_participatie_vweb.pdf
- Naert, J., Gesquiere, M., & Van Havere, T. (2017). Naar een integrale jeugdhulp in Vlaanderen. In S. De Pauw, S., Vandevelde, S., Van Damme, L., Claes, C., & Vanderplasschen, W. (Reds.), *Orthopedagogische werkvelden in beweging: recente evoluties en veranderingen in Vlaanderen* (pp. 17- 67). Garant
- Naert, J., Roets, G., Roose, R., & Vanderplasschen, W. (2019). Fight, freeze or flee: Exploring youngsters' strategies in dealing with youth care interventions. *Qualitative Social Work*, 19(5–6), 1147–1164. <https://doi.org/10.1177/1473325019882078>
- Naert, J., Roose, R., Rapp, R., & Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 75, 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.027>
- Naert, J., Stevens, C., Roose, R., & Vanderplasschen, W. (2017). Continuïteit in het hulpverleningstraject: Interpretatief onderzoek naar de beleving van jongeren in de jeugdhulp. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, Jaargang 56, nr. 3/4, pp. 55-70
- Naert, J., (2019). *A life world perspectieve on continuity of care in youth services* [dissertatie, Universiteit Gent]. Biblio UGent. Geraadpleegd op 4 april 2022, van <http://hdl.handle.net/1854/LU-8616013>
- Netwerkovereenkomst RADAR (2018). RADAR: netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen. Geraadpleegd op 4 april 2022, van https://www.radar.be/site/assets/files/1785/netwerkovereenkomst_radar_201805.pdf

- Nowell, L., Norris, J. M., White, D. L., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health & Social Care in The Community*, 19(6), 576–601. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01001.x>
- Poncé, A. (2021). *FOD: Intensifiëring K-diensten- projectoproep liaisonteams*. Health Belgium. Geraadpleegd op 7 december 2021, van <https://www.health.belgium.be/nl/organisatie-en-financiering-van-de-geestelijke-gezondheidszorg-belgie>
- Refaeli, T., Mangold, K., Zeira, A., & Köngeter, S. (2016). Continuity and Discontinuity in the Transition from Care to Adulthood. *British Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw016>
- Sofaer, S. (1999). Qualitative methods: what are they and why use them? *PubMed* (5 Pt 2), 1101–1118. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10591275>
- Tobon, J. I., Reid, G. J., & Brown, J. B. (2015). Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives. *Community Mental Health Journal*, 51(8), 921–930. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9873-5>
- Tobon, J. I., Reid, G. J., & Goffin, R. D. (2014). Continuity of care in children's mental health: Development of a measure. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(5), 668–686. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0518-0>
- Vandeurzen, J. (2012). *Beleidsbrief welzijn, volksgezondheid en gezin: beleidsprioriteiten 2012- 2013* (Nr. 1). Vlaams Parlement. Geraadpleegd op 20 april 2023, van <https://www.jovandeurzen.be/storage/ringleader/jo-vandeurzen/beleidsbrief-welzijn-volksgezondheid-en-gezin-2012-2013.pdf>
- Van Hove, G. (2014). *Qualitative research for educational sciences* (2de editie). Pearson.
- Wat is netwerk Radar?* (2022). RADAR: netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen. Geraadpleegd op 10 december 2021, van <https://www.radar.be/netwerk-radar/>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013 - 2020* [Online boek]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

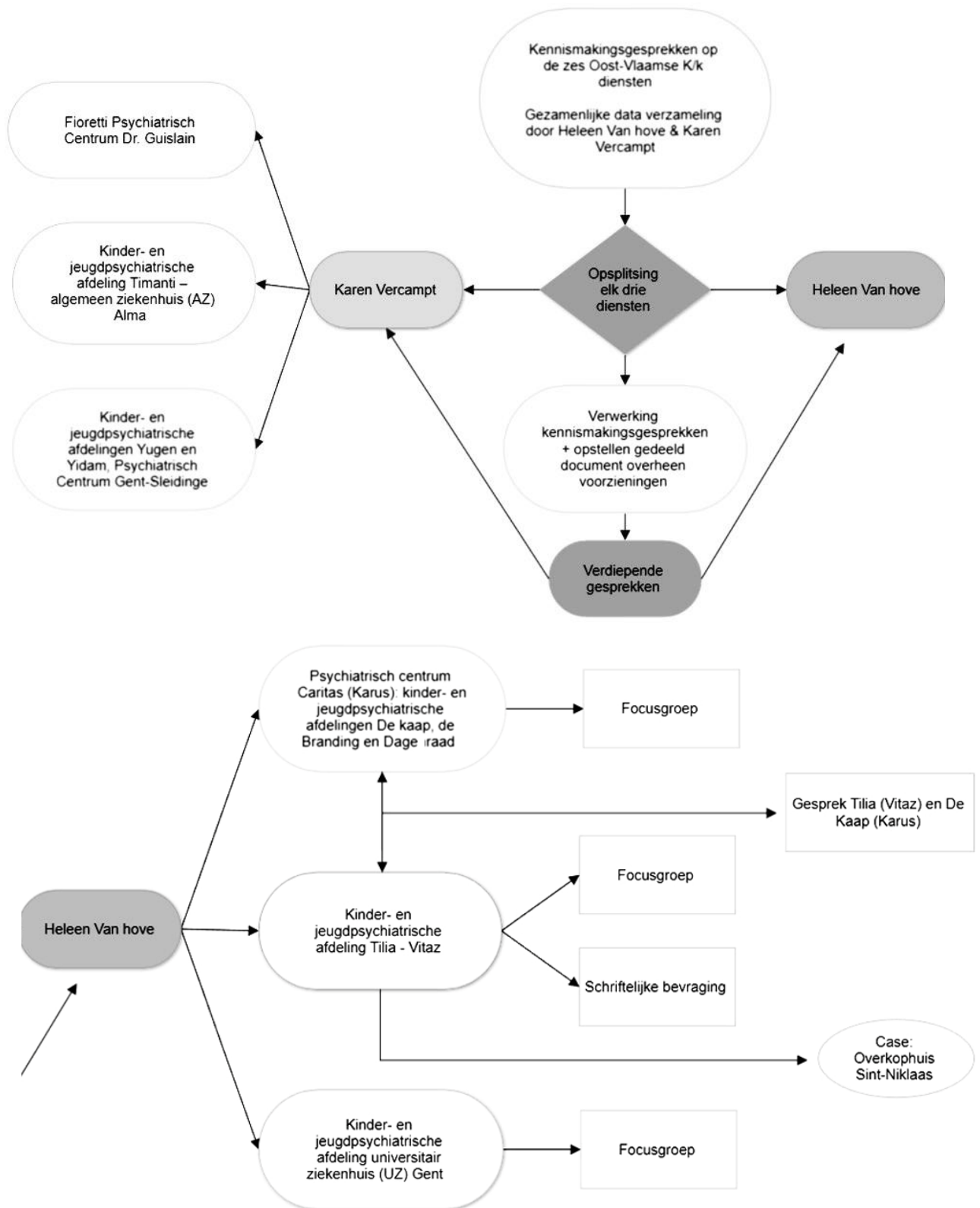
9. Bijlages

Bijlage 1: Lijst met gebruikte afkortingen

Afkortingenlijst

Afkorting	Definitie
AZ	Algemeen Ziekenhuis
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centrum Voor Leerlingenbegeleiding
COMGGKJ	Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidszorgbeleid voor kinderen en jongere
FOD	Federale overheidsdienst
For-K	Forensische kinder- en jeugdpsychiatrie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
K (grote K)	Volledige hospitalisatie zijnde dag en nacht diensten
k (kleine k)	Dag of nacht hospitalisatie
K/k-diensten	Kinder- en jeugdpsychiatrische diensten
MFC	Multifunctionele centra
OCJ	Ondersteuningscentrum jeugdzorg
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VTE	Voltijds equivalente medewerkers
WHO	World Health Organisation

Bijlage 2: Verdeling en data verzameling binnen de zes Oost-Vlaamse K/k-diensten



Bijlage 3: De ratio en overzicht van de toegekende VTE's in de Oost-Vlaamse K/k-diensten

De ratio van de investering in maatregel I omvatte:

1 voltijds equivalente medewerker (VTE) per acht K- bedden of FOR -K bedden (voltijds) of k-nacht plaatsen (deeltijd) en 1,36 VTE per acht k-dagplaatsen (deeltijds). Voor één VTE bieden we, in het kader van deze maatregel, 75.000 euro inclusief werkingskosten. (Poncé, 2021, p. 2)

Een overzicht van het aantal VTE per voorziening en afdeling en het totaal aantal toegekende VTE, is terug te vinden in tabel 1, gebaseerd op de cijfergegevens vrijgegeven in een Exceldocument van RADAR.

Tabel 1

Toegekende voltijds equivalente medewerkers (VTE) per Oost-Vlaamse K/k-dienst

Oost-Vlaamse K/k diensten	Toegekend aantal VTE
Fioretti Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain	2,64
Karus: De branding, Dageraad en De kaap, JOVO	6,27
Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling UZ Gent	4,80
Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Tilia Vitaz	4,60
Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Timanti AZ Alma	2,04
Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen Yugen en Yidam, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge	2,68
Totaal aantal VTE	23,03 VTE

Bron: RADAR, Excel-document, 7 oktober 2022

Bijlage 4: Bevraging van het aantal VTE per dienst en afdeling in cijfers

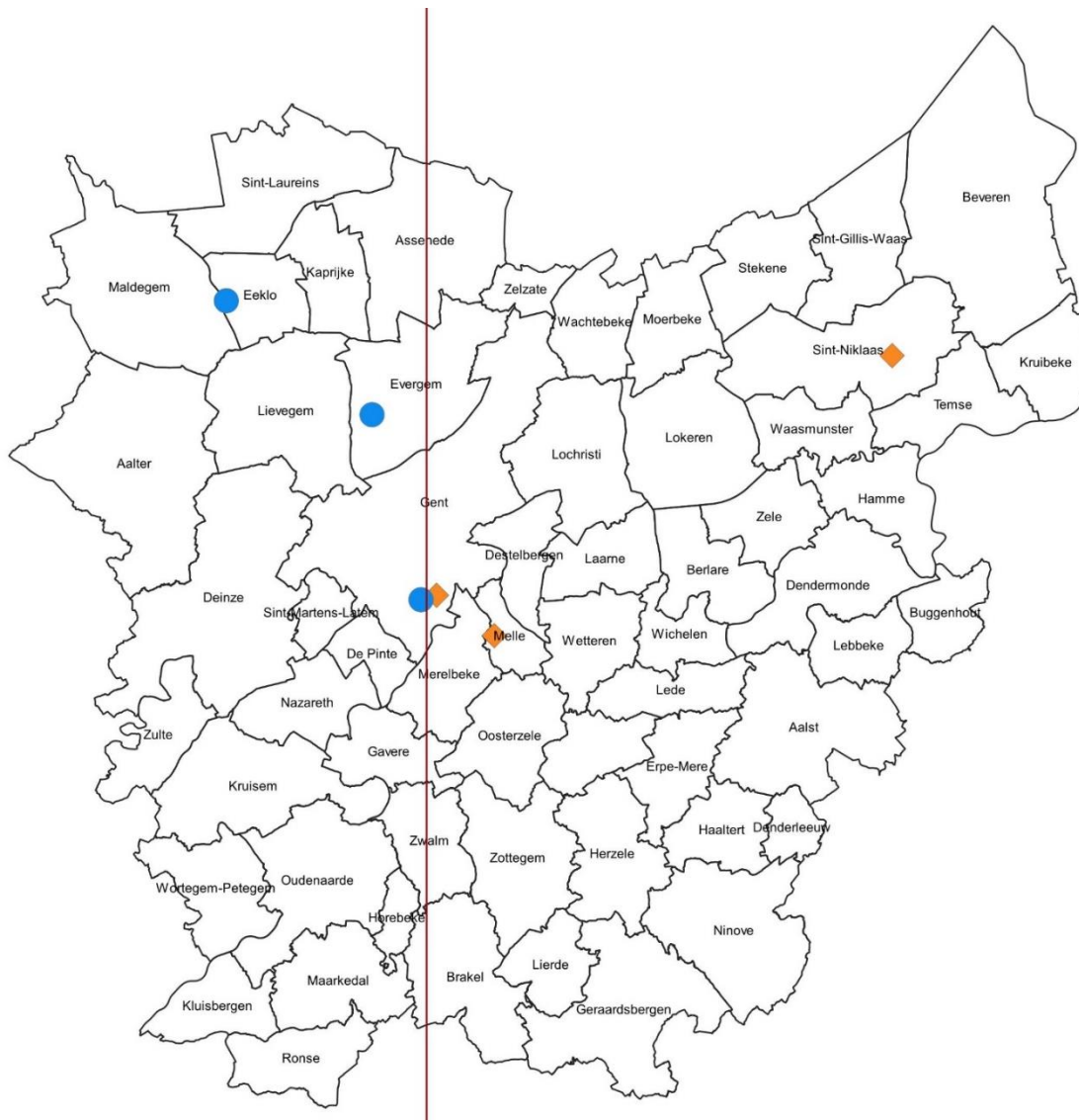
Tabel 2

Bevraging van het aantal VTE per dienst en afdeling in cijfers

Karus: De Kaap, de branding en Dageraad		K/k-dienst UZ Gent		Tilia Vitaz	
De Kaap	0,7	Leefgroepwerking	0,5	Totale afdeling	4,6
	0,8	afdelingsbreed			
	0,9	Dagziekenhuis	0,8		
De branding	0,2	jonge kind			
		Leefgroep kind	0,9		
Dageraad	0,5	Leefgroep ado	0,9		
Jovo	/				
Totaal aantal bevroagde VTE: 10,8 VTE					

Bron: RADAR, Excel-bestand, 7 oktober 2022

Bijlage 5: De bevroegde Oost-Vlaamse K/k-diensten



Legende

Oranje vierkanten: Bevraging Oost-Vlaamse K/k-diensten Heleen Van hove

Blauwe bollen: Bevraging Oost-Vlaamse K/k-diensten Karen Vercamp

Bijlage 6: Toekenning en implementatie binnen de drie Oost-Vlaamse K/k-diensten

Karus: De Kaap, de Branding en Dageraad

In totaal kreeg Karus in kader van de intensifiëringsmaatregel 6,27 VTE. Vier van deze VTE's werden aan De Kaap toegekend, één VTE werd aan de Branding toegekend en Dageraad en Jovo kregen beide een halftijds equivalente medewerker.

In De Kaap werd een vast team van zorgtransmissiemedewerkers aangesteld in vier leefgroepen. Twee medewerkers werden gekoppeld aan een vaste leefgroep en twee andere collega's werden parallel ingezet overheen twee leefgroepen. In de Branding werden de middelen verdeeld over het gehele team. Dit wil zeggen alle teamleden een stukje zorgtransmissie kunnen opnemen. In Dageraad werd de keuze gemaakt om de middelen toe te kennen aan de werknemers van de leefgroep. Jovo wordt niet opgenomen in dit onderzoek.

Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Tilia: Vitaz

Tilia kreeg in totaal 4,60 VTE. Deze middelen werden verdeeld en geïntegreerd overheen de volledige werking. Dit maakt dat de middelen binnen elke afdeling, elk team en elke discipline bekeken en verdeeld kunnen worden.

Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling van het UZ Gent

UZ Gent afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie kreeg in totaal 4,77 VTE. Bij de toekenning van de middelen werd bewust gekozen om deze te verdelen overheen vier deelwerkingen van de dienst en aan een vast aantal personeelsleden.

Bijlage 7: Overzicht van de kennismakingsgesprekken: gedeelde dataverzameling Heleen Van hove en Karen Vercampt

Tabel 3

Overzicht van kennismakingsgesprekken: gedeelde data verzameling Heleen Van hove en Karen Vercampt

Voorziening	Data	Hoeveel n=	Hoe bevroegd
PC Gent Sleidinge: Yugen en Yidam	26/07/2022	5	semigestructureerde vragenlijst
<i>K/k-dienst UZ Gent</i>	26/07/2022	1	semigestructureerde vragenlijst
Fioretti – PC dr. Guislain	26/07/2022	1	semigestructureerde vragenlijst
<i>Karus: De Kaap</i>	09/08/2022	4	semigestructureerde vragenlijst
<i>Tilia: Vitaz</i>	09/09/ 2022	1	semigestructureerde vragenlijst
Timanti – AZ Alma	16/09/2022	3	semigestructureerde vragenlijst
Totaal bevraging kennismakingsgesprekken: n= 15			

Bijlage 8: Verdiepende gesprekken in kader van deze masterproef

Tabel 4

Overzicht van de verdiepende gesprekken: Heleen Van hove

Voorziening	Data	Hoeveel n=	Hoe bevroegd
Tilia: Vitaz	26/09/2022	40	Schriftelijke bevraging o.b.v. semigestructureerde vragenlijst
Tilia: Vitaz	13/12/2022	9	Semigestructureerde vragenlijst
Gesprek tussen Tilia (Vitaz) en De Kaap (Karus)	12/01/2023	11	Geen actieve vragen gesteld, mee gevolgd en geluisterd (wel opname gemaakt en IC)
K/k-dienst UZ Gent	23/02/2023	4	semigestructureerde vragenlijst
De branding, Dageraad (Karus)	20/03/2023	2	semigestructureerde vragenlijst
Totaal aantal personen mondeling bevroegd		n = 17	Opmerking: met uitzondering van degene die al bij het kennismakingsgesprek aanwezig waren
Totaal aantal personen schriftelijk bevroegd		n = 40	

Bijlage 9: Interviewleidraad kennismakingsgesprekken

- Algemene informatie
 - Naam
 - (Specifieke) functie
 - Datum tewerkstelling
 - Met hoeveel VTE wordt gewerkt binnen de voorziening? Hoeveel hiervan zijn in kader van zorgtransmissie?

- Zorgtransmissie
 - *Karen en Heleen: definiëren van de term 'zorgtransmissie'*
 - Waarvoor worden de zorgtransmissiemiddelen binnen uw organisatie ingezet?
 - (Hoe) is uw job verbonden aan zorgtransmissie?
 - Met welke andere actoren binnen de organisatie werk je nauw samen i.k.v. zorgtransmissie en hoe worden de taken onderling verdeeld?
 - Welke impact heeft uw job op de zorgtransmissie in de voorziening?
 - Welke impact heeft dit op de organisatie? De andere hulpverleners? De cliënt en zijn context?
 - Wat beschouwt u zelf onder de term zorgtransmissie? Zou u dit anders formuleren?
 - Wat is er veranderd in de werking op vlak van zorgtransmissie sinds de middelen intensifiëring?
 - Bv. Op vlak van opnameduur, wachtlijsten, heropnames,...? Bv. T.a.v. kinderen/ jongeren, familie, professioneel netwerk?
 - Kan u hier voorbeelden van geven?

- Werkzame factoren inzake zorgtransmissie
 - *Karen en Heleen: overlopen de eerste gevonden factoren uit de literatuur*
 - Wat vindt u van deze factoren? Bent u er mee akkoord? Heeft u toevoegingen? Andere feedback?
 - Zijn er andere factoren die in uw job/ voorziening naar voren komen die niet in deze eerste lijst staan?
 - Op welke werkzame factor zet uw job/ voorziening het meeste in?

- Factoren binnen de voorziening/ job
 - Welke elementen komen in uw zorgtransmissie het sterkst naar voor?
 - Wat is in uw job/ de voorziening de grootste valkuil inzake zorgtransmissie? Waar loopt het fout?
 - Wat denkt u dat uw organisatie nodig heeft om nog beter zorgtransmissie te garanderen?
 - Hoe wordt er binnen de voorziening/ binnen uw job ingezet op trajecten voordat de effectieve zorg wordt opgestart? En tijdens de opname?
 - Hoe wordt er binnen de voorziening/ binnen uw job ingezet op voortgezette zorg?
 - Kan u concrete voorbeelden/ toepassingen/ verhalen/ casussen/ geven over zorgtransmissie binnen uw job/ voorziening?

- Andere vragen
 - Hoe ervaart u het contact met andere voorzieningen (tot nu toe)? (e.g. andere K/k-diensten, jeugdzorg, etc.)
 - Op vlak van informatie-uitwisseling?
 - Op vlak van samenwerking?
 - Op welke moeilijkheden botst u/ de voorziening in dit contact?
 - Hoe wordt het netwerk RADAR tot nu toe betrokken binnen jullie voorziening?
 - Worden de extra middel inzake continuïteit ervaren als een hulpmiddel of als een extra moeilijkheid binnen de voorziening?

- Hoe worden de middelen tot nu toe ingezet?
- Is er een betrachting om de middelen in de toekomst anders in te zetten?
- Hebben de medewerkers zorgtransmissie hier inspraak in?
- Hoe worden de zorgtransmissiemiddelen binnen de organisatie opgevolgd/geëvalueerd?

Definiëring term zorgtransmissie (ter vervanging van het begrip 'zorgcontinuïteit')

In literatuur wordt voor de term 'zorgcontinuïteit' verschillende definities aangekaart door uiteenlopende auteurs. Hierbij gaat het vaak, net zoals de Vlaamse regering het definieert, over: "*De voortzetting zonder onderbreking van het traject in de jeugdzorg, te realiseren door samenwerking tussen verschillende jeugdzorgaanbieders in jeugdzorg en casemanagement.*". Hierbinnen wordt een onderscheid gemaakt tussen de begrippen 'zorgtoeleiding' en 'zorgtransmissie'. De term 'transmissie' wordt daarbij teruggebracht tot 'nazorg'. Toch definiëren en interpreteren wij in ons onderzoeksproces de term ruimer dan een vlotte en efficiënte samenwerking tussen verscheidene diensten en wordt met de term 'zorgtransmissie' bedoeld op het hele aspect van zorgcontinuïteit. 'Transmissie' slaat binnen dit onderzoeksproces op zowel de 'voorzorg' (vooraleer een effectieve opname en/ of dienstverlening wordt opgestart), als 'inreach' (het traject binnen de opname zelf) als 'nazorg' (wanneer de effectieve opname eigenlijk werd afgerond). Het gaat over de overdracht, flexibel inspelen op, inschuiven en uitschuiven. Het gaat over een in-, door-en uitstroom waar zeker ook de preventieve kant niet mag vergeten worden. De term omvat dus ook het inzetten op het vermijden van opname, de zorg zo kort mogelijk houden én het zo goed als mogelijk vasthouden om een heropname of herval te voorkomen.

Werkzame factoren inzake zorgtransmissie: een eerste overzicht

Indicatoren die zorgtransmissie op macroniveau beïnvloeden

- Beschikbaarheid van voorzieningen in GGZ en het gebruik hiervan
- Wetgeving, gebruikersverenigingen en beleid omtrent GGZ
- Middelen GGZ
- Beschikbaarheid/inhoud van een concreet plan omtrent voorzieningen in de GGZ
- Aantal bedden (GGZ) per 100 000 mensen in de populatie
- Ondersteunende huisvesting
- Werknemers
 - Aantal
 - Opleiding
 - Training/bijscholingen
 - Beleid rond personeel

Indicatoren die zorgtransmissie op organisatorisch vlak beïnvloeden

- Multidisciplinaire teams
- Anti-stigma beweging
- Zorgintegratie/ ontvangst van zorgcoördinatie
- Wachtijd
- Gemiddelde duur verblijf
- Gemiddelde duur behandeling
- Tijd sinds laatste afspraak/behandeling
- Opvolging incidenten (hoe, wanneer, ...)
- De mate van afzondering en dwangmaatregelen
- Psychosociale interventies
- Symptoomreductie
- Polyfarmacie + monitoring medicatie

- Opvolging na behandeling binnen de zeven dagen
- Continuïteit van zorgplan
- Gebruik van peer supportdiensten
- Belang van flexibele praktijken waarbij continuïteit gezien wordt als een proces en waar telkenmale opnieuw wordt omgegaan met nieuwe of vooraf ongekende situaties
- Praktijken die aansluiten op de ritmes van jongeren in kwetsbare situaties: het belang van timing bij het 'intervenieren bij jongeren'
- Stelt het belang van praktijken en zorgverleners die focussen/ vertrekken vanuit een leefwereld-oriëntatie
- Belang van praktijken die aandacht hebben voor de relatie tussen jongeren en jeugdhulpverleners
- De juiste informatie geven op belangrijke/ problematische/ cruciale momenten is van belang
- Vermijden van te veel transities tussen verschillende zorgsystemen en zorghulpverleners

Indicatoren die zorgtransmissie op individueel vlak beïnvloeden

- Vrijwilligheid opname
- Is de behandeling die de persoon krijgt, ook dat wat hij/zij nodig heeft?
- Opinie gebruiker over behandeling
- Tevredenheid met dienstverlening
- Patiëntbetrokkenheid in zorgplan
- Engagement
 - Zorggebruiker
 - Zorgverstrekker
- Ankerfiguren
 - Familie/netwerk activeren en includeren
 - Personeel dat soms 'buiten de lijnen' durft treden
- Quality of life van de gebruiker

Bijlage 10: Interviewleiddraad casestudie: Het Overkophuis Sint-Niklaas

- Algemene informatie
 - Namen
 - (Specifieke) functie(s)
 - Informatie over de voorziening
 - Hoe is het Overkophuis ontstaan? Vanuit welke middelen?
 - Wat is de doelgroep?
 - Hoe ziet de werking er uit?
 - Wat is de visie?
 - Met welke partners/ andere actoren werkt het Overkophuis samen i.k.v. zorgtransmissie en hoe worden de taken onderling verdeeld?
- Intensifiëeringsmiddelen binnen de voorziening
 - Hoe werd de keuze gemaakt om de middelen omtrent intensifiëring in te zetten binnen het Overkophuis?
 - Hoe worden/werden deze extra middelen omtrent intensifiëring geïmplementeerd?
- Impact van de middelen op de organisatie
 - Waarvoor worden de zorgtransmissiemiddelen binnen uw organisatie ingezet?
 - Is er iets veranderd binnen de werking sinds de intensifiëring?
 - Wat brengen deze extra middelen teweeg/ met zich mee? Wat brengt de aanwezigheid van een 3^{de} lijnshulpverlening teweeg binnen de werking?
 - Welk effect heeft dit op (het handelen van) de onthaalmedewerkers?
 - Welke impact heeft dit op de organisatie? De andere hulpverleners? Het hulpverleningslandschap?
 - Worden de extra middel inzake continuïteit ervaren als een hulpmiddel of als een extra moeilijkheid binnen de voorziening?
- Impact van de middelen op de jongeren: zorgtransmissie
 - Is er een impact op de jongeren?
 - Kan een impact waargenomen worden? Wat zien jullie gebeuren binnen het Overkophuis?
 - Kan u hier een casus/voorbeeld van geven?
 - Werken de middelen binnen het overkop-huis (her)opname vermijdend? Kan hier een verschil in waargenomen worden?
 - Is er een impact op 'zorgtransmissie' in het traject van de jongeren binnen jullie voorziening sinds de toekenning?
 - Voor- tijdens- na (een mogelijke) opname vanuit het derde-lijns-hulplandschap?
- Werkzame factoren inzake zorgtransmissie
 - Wat zijn werkzame factoren inzake zorgtransmissie binnen het Overkophuis?
 - Op welke werkzame factor zet het Overkophuis het meeste in?
 - Wat vinden jullie van deze factoren? Bent u er mee akkoord? Zijn er toevoegingen? Andere feedback?
 - Zijn er andere factoren die in uw job/ voorziening naar voren komen die niet in deze eerste lijst staan?
- Andere vragen
 - Hoe ervaart u het contact met andere voorzieningen (tot nu toe)? (e.g. andere K/k-diensten, jeugdzorg, etc.)
 - Op vlak van informatie-uitwisseling?
 - Op vlak van samenwerking?
 - Op welke moeilijkheden botst u/ de voorziening in dit contact?
 - Hoe worden de zorgtransmissiemiddelen binnen de organisatie opgevolgd/ geëvalueerd?

Bijlage 11: Informed Consent

INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij dat ik, als participant aan een masterproefonderzoek aan de Vakgroep Orthopedagogiek onder leiding van Heleen Van hove en Karen Vercampt van de Universiteit Gent, begeleid door prof. Stijn Vandeveldde (UGent) en Toon Langerlaert (RADAR)

- (1) de uitleg over de aard van de vragen en de taken die tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden, heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen;
- (2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek;
- (3) de toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op vertrouwelijke wijze te bewaren en te verwerken en anoniem te rapporteren;
- (4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden;
- (5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten op geen enkele manier negatieve gevolgen heeft voor mij;
- (6) weet dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn;
- (7) geef toestemming dat mijn data gebruikt worden voor verder analyse door andere onderzoekers na volledige anonimisering;
- (8) weet dat UGent de verantwoordelijke eenheid is m.b.t. persoonsgegevens verzameld tijdens het onderzoek. Ik weet dat de data protection officer me meer informatie kan verschaffen over de bescherming van mijn persoonlijke informatie. Contact: Hanne Elsen (privacy@ugent.be).

Gelezen en goedgekeurd op (datum),

Handtekening van de participant

Bijlage 12: De zorgtransmissiereflex: een tool

Het tot stand komen van de tool

Op 21 april 2023 werd samen met Karen Vercampt een overleg georganiseerd in de Oude Abdij te Drongen. Op dit moment vond een bespreking van de eerste versie van de tool plaats, gebaseerd op de tot dan toe verkregen onderzoeksresultaten. Medewerkers vanuit de zes Oost-Vlaamse K/k-voorzieningen waren op dit overleg vertegenwoordigd.

Hoewel de tool lijkt los te staan van de inhoud van deze masterproef, was het een belangrijk element binnen het onderzoeksproces. Het werkinstrument zorgde er voor dat iets aan alle medewerkers die veel tijd en energie hebben vrijgemaakt voor dit onderzoek, kan worden teruggegeven.

Daarnaast draagt de tool bij om over zorgtransmissie en continuïteit van zorg binnen en tussen verschillende diensten te reflecteren. Het geeft een aanzet om stil te staan bij de eigen invulling en samenwerking in een psychiatrisch en/of geestelijk gezondheidszorgtraject van de kinderen en jongeren binnen Oost-Vlaanderen.

Het design en inspiratiebron van de 'zorgtransmissiereflex'

In samenspraak met Karen Vercampt werd het memoQ onderzoek van onder meer prof. dr. Michel Vandebroeck als een ruw-werkinstrument voor het opstellen van de eigen reflectie-tool gebruikt. Dit gebeurde binnen een volledig andere context, met andere thema's, reflectievragen, invullingen en waarbij de focus vooral op reflectie in plaats van evaluatie ligt.

Binnen de tool is duidelijk aangegeven dat deze geïnspireerd werd op het memoQ onderzoek. De onderzoekers bedanken prof. dr. Vandebroeck voor zijn consent.



Zorgtransmissiereflex

Binnen de Oost-Vlaamse Kinder- en jeugdpsychiatrische diensten



Netwerk Geestelijke Gezondheid
Kinderen en Jongeren Oost-Vlaanderen

Zorgtransmissiereflex

In onderstaand document wordt de zorgtransmissiereflex besproken. Dit is een reflextool opgesteld in kader van twee masterproeven binnen de opleiding: Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies vanuit de Universiteit van Gent, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Onderzoek leiding

De promotor van de masterproeven is prof dr. Stijn Vandeveldde. Ook dr. Filip Morisse en Toon Langerhaert, netwerk coördinator bij RADAR, ondersteunden dit proces en de totstandkoming van de tool.

Master studenten

Heleen Van hove en Karen Vercampt

Klankbord

In volgende reflextool werden gegevens vanuit de Oost-Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische diensten verzameld. De zes diensten die dit landschap tekenen, zijn vertegenwoordigd:

- Fioretti Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain
- Karus: De kaap, de Branding en Dageraad
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling UZ Gent
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Tilia Vitaz
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling Timanti AZ Alma
- Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen Yugen en Yidam, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge

En de werkgroep intensifiëring o.l.v. RADAR

Voor wie

Deze tool is initieel opgesteld voor zorgtransmissiemedewerkers en intensifiëring binnen de Oost-Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening. Toch kunnen ook directieleden en ander begeleidend en ondersteunend personeel, betrokken bij continuïteit van zorg, met dit instrument aan de slag.

Vorm en model gebaseerd op: het MemoQ-onderzoek

© 2016 Kind en Gezin – UGent – KU Leuven

Declercq, B., Janssen, J., Daems, M., Hulpia, H., Van Cleynenbreugel, C., Laevers, F. & Vandenbroeck, M. (2016). Handleiding van het zelfevaluatie-instrument. Brussel – Gent – Leuven: Kind & Gezin – UGent – KU Leuven.

Beste lezer,

Beste medewerker inzake zorgtransmissie

Beste verantwoordelijke, coördinator, directielid...

Inspiratiebron

Het belang van wat jullie doen is van onschatbare waarde. Laat deze tool dan ook een inspiratiebron zijn om binnen het eigen kader voldoende reflectief en veerkrachtig te blijven nadenken over continuïteit van zorg en alles wat daar mee te maken heeft.

Nadenken over zorgtrajecten

Laat deze tool een hulp zijn om blijvend na te denken over de zorgtrajecten van de kinderen, de jongeren en de contexten waar je mee werkt.

Een reflex

Zodat we van continuïteit van zorg, met oog op de werkzame factoren, de aanwezige praktijkvoorbeelden en reflectievragen inzake zorgtransmissie, een reflex kunnen maken.

Inhoudstafel

1. Masterproef: zorgtransmissie en intensifiëring in de Oost-Vlaams Kinder- en jeugdpsychiatrische diensten	6
1.1 Intensifiëring binnen de Oost-Vlaamse K/k-diensten.....	6
2. Overzicht zorgtransmissiereflex.....	6
2.1 Definiëring van de term: ‘zorgtransmissie’ (ter vervanging van het begrip ‘zorgcontinuïteit)	6
2.2 Hoe is deze reflex opgesteld?	7
2.3 De vijf thema’s: de inhoud van deze reflex.....	7
2.4 Voor wie is dit instrument?.....	9
2.5 Wat is het doel van dit instrument?	9
2.6 Waarom zou je dit instrument gebruiken?.....	9
2.7 Wat zijn de uitgangspunten van deze tool?.....	9
2.7.1 Reflectorisch	9
2.7.2 Samen.....	10
2.7.3 Flexibel	10
2.8 Hoe gebruik je deze zorgtransmissiereflex?	10
2.9 Moet ik het hele instrument gebruiken of kan ik ook starten met één thema?	11
2.10 Hoeveel tijd moet ik voorzien voor de reflex?	11
2.11 Wie betrek ik bij de zorgtransmissiereflex?.....	11
2.12 Wanneer is het reflecteren afgerond?.....	11
3. VOORBEELDFORMULIER	12
4. De zorgtransmissiereflex: de thema’s, de reflectievragen en het invulsjabloon.....	13
4.1 Toegankelijkheid	13
Toegankelijkheid: uitleg thema.....	13
Toegankelijkheid: reflectievragen.....	15
Toegankelijkheid: invulsjabloon.....	16
4.2 Samenwerking.....	17
Samenwerking: uitleg thema	17
Samenwerking: reflectievragen	18
Samenwerking: invulsjabloon	20
4.3 Transparantie	21
Transparantie: uitleg thema	21
Transparantie: reflectievragen.....	23
Transparantie: invulsjabloon	24
4.4 Ondersteuning op maat	25
Ondersteuning op maat: uitleg thema	25

Ondersteuning op maat: reflectievragen.....	27
Ondersteuning op maat: invulsjabloon	29
4.5 Participatie	30
Participatie: uitleg thema.....	30
Participatie: reflectievragen.....	30
Participatie: invulsjabloon.....	33
Practices	34
Bijlage: overzicht werkzame factoren inzake zorgtransmissie	35

1. Masterproef: zorgtransmissie en intensifiëring in de Oost-Vlaamse Kinder- en jeugdpsychiatrische diensten

1.1 Intensifiëring binnen de Oost-Vlaamse K/k-diensten

Op 27 april 2021 kregen alle kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen in België het positieve nieuws dat er door de federale overheid een bijkomende en blijvende investering wordt gedaan voor kinderen en jongeren met psychische problemen.

De investering houdt in dat er extra wordt ingezet op een optimale zorgcontinuïteit voor deze kinderen, jongeren en hun context. Zij kennen op dit moment immers te vaak problemen in de toeleiding naar eender welke gepaste zorg. Daarnaast kan men vaak onvoldoende intensief, flexibel of op maat werken met alle kinderen en jongeren die een (vervolg)behandeling krijgen via de k(dag of nacht) of K(dag en nacht)-dienst.

De bijkomende investering gaat concreet over 23 extra voltijds equivalente (VTE) medewerkers, tewerkgesteld bij zes ziekenhuizen in Oost-Vlaanderen, allen partners van RADAR. De betrokken diensten willen van bij de start laten onderzoeken of het extra personeel effectief leidt tot een verbeterde zorgcontinuïteit voor deze kinderen, jongeren en hun context. Het onderzoek start met het gezamenlijk bepalen van de gepaste criteria via o.a. wetenschappelijke literatuur en overleg met de betrokken partners om zo te achterhalen welke werkzame factoren er zijn voor en inzake zorgcontinuïteit. (T. Langeroot, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2021)

2. Overzicht zorgtransmissiereflex

2.1 Definiëring van de term: 'zorgtransmissie' (ter vervanging van het begrip 'zorgcontinuïteit')

In literatuur wordt voor de term 'zorgcontinuïteit' verschillende definities aangekaart door uiteenlopende auteurs. Hierbij gaat het vaak, net zoals de Vlaamse regering het definieert, over: "*De voortzetting zonder onderbreking van het traject in de jeugdzorg, te realiseren door samenwerking tussen verschillende jeugdzorgaanbieders in jeugdzorg en casemanagement.*". Hierbinnen wordt een onderscheid gemaakt tussen de begrippen 'zorgtoeleiding' en 'zorgtransmissie'. De term 'transmissie' wordt daarbij teruggebracht tot 'nazorg'.

Toch definiëren en interpreteren Karen Vercampt en Heleen Van hove in dit onderzoeksproces de term ruimer dan een vlotte en efficiënte samenwerking tussen verscheidene diensten en wordt met de term 'zorgtransmissie' bedoeld op het hele aspect van de zorgcontinuïteit. 'Transmissie' slaat binnen dit onderzoek zowel op de 'voorzorg' (vooraleer een effectieve opname en/ of dienstverlening binnen de K/k-diensten wordt opgestart), als 'inreach' (het traject binnen de K/k-diensten zelf) als 'nazorg' (wanneer het traject binnen de K/k-diensten werd afgerond).

Het begrip gaat over overdracht, flexibel inspelen op en inschuiven en uitschuiven. Daarbij mag de in, door-en uitstroom en de preventieve kant van de zorgverlening niet vergeten worden. De term omvat inzetten op opnamevermijding en de zorg zo kort als mogelijk én zo goed als mogelijk vasthouden om herhaal of een heropname te voorkomen.

2.2 Hoe is deze reflex opgesteld?

Thema's

De inhoud van deze tool bestaat uit thema's. Elk thema is een essentieel onderdeel van zorgtransmissie. Er wordt beschreven wat met elk thema bedoeld wordt en hoe deze naar voren kwam binnen de literatuur en de gesprekken van de masterproeven.

Reflecties

Bij elke thema zijn er bijpassende reflectievragen opgesteld. Deze vragen werden gezamenlijk vastgelegd op een algemeen overlegmoment waar medewerkers van alle betrokken diensten aanwezig waren (21/04/2023).

Practices

Binnen deze tool worden ook noemenswaardige “practices” geformuleerd. Deze kunnen dienen als inspiratiebron voor verschillende K/k-diensten.

Bijlage

Als bijlage staat een overzicht van de werkzame factoren inzake zorgtransmissie. Deze factoren werden gedestilleerd uit de literatuurstudie van de masterproeven, de kennismakingsgesprekken en de verdiepende gesprekken met de zorgtransmissiemedewerkers overheen de zes K/k-diensten.

2.3 De vijf thema's: de inhoud van deze reflex

Deze reflex bestaat, net zoals hierboven aangegeven, uit verschillende thema's. In totaal werden vijf thema's geselecteerd. Elk thema omvat een ander aspect van de zorgtransmissie binnen de Oost-Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen.

Deze thema's zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, gesprekken met de zorgtransmissiemedewerkers en op een rapport van de werkgroep zorgcontinuïteit door het comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (COMGGKJ).

De vijf thema's zijn met elkaar verweven. Wanneer je met een bepaalde dimensie aan de slag gaat binnen de zorgtransmissie, heeft dit ook een invloed op en/of is deze verweven met de andere thema's.

Toegankelijkheid

Beschikbaarheid, begrijpbaarheid en laagdrempelig voor de ouders/ context/ andere voorzieningen

Veilige en toegankelijke omgeving creëren

Tijd krijgen

Samenwerking

(Zorg)netwerk uitbouwen (netwerk blijvend activeren)

Samen zoeken i.p.v. 'overnemen': werkrelatie en vertrouwen opbouwen met de jongere en verbinding leggen

Contact met andere partners

School als belangrijke factor

Aanspreekpunt kunnen zijn

Transparantie

Informatie geven op het nodig moment en op voorhand goed informeren van verschillende partners

De jongere en zijn context goed informeren zodat zij bewuste keuzes kunnen maken.

Wees betrouwbaar: zeg wat je doet en doe wat je zegt

Wederkerige transparantie naar collega's en directieleden

Participatie

Patiënten participatie

Inspraak en opinie (in het zorgplan)

Inspraak hebben als medewerker zorgtransmissie

Afstemmen in team (een klankbord hebben)

Luisteren en in achtting nemen van wat gezegd wordt

Ondersteuning op maat

Afstemmen op de noden van de betrokken jongere

De mogelijkheid hebben om in de leefwereld van de jongere aan de slag te gaan

Goede zorg = minst ingrijpende, nodige zorg (wat is nodig?)

Werken op het ritme van de jongere

2.4 Voor wie is dit instrument?

Ben je een speler in de zorgtransmissie voor kinderen en jongeren binnen het kinder- en jeugdpsychiatrische landschap? Dan is dit instrument voor jou. Van (dienst)verantwoordelijke(n) tot medewerker(s): iedereen kan met dit instrument aan de slag (individueel of in team).

2.5 Wat is het doel van dit instrument?

Met dit instrument reflecteer je over de zorgtransmissie in jouw voorziening. Door met deze tool aan de slag te gaan:

- Ben je in staat de zorgtransmissie binnen jouw functie en dienst in kaart te brengen;
- Krijg je zicht op wat jouw rol is in de realisatie van zorgtransmissie;
- Weet je wat de sterktes zijn in jouw manier van werken;
- Leer je waar er kansen liggen tot verbetering;
- Ontdek je waar je blinde vlekken liggen;
- Kan je acties opzetten om de zorgtransmissie in jouw dienst en functie te verbeteren.

2.6 Waarom zou je dit instrument gebruiken?

Het instrument vertrekt vanuit de praktijk en literatuur en omvat verschillende aspecten van de zorgtransmissie binnen het Oost-Vlaamse K/k-dienst landschap.

Deze tool doet je stilstaan bij je manier van werken en het effect daarvan op de kinderen, de jongeren, de ouders en de andere diensten waar je mee werkt. Het ondersteunt je in je professionele rol om (samen met collega's) verder te bouwen aan zorgtransmissie. Zo draagt het instrument ertoe bij dat van zorgtransmissie een reflex kan worden gemaakt.

Het instrument is bedoeld om in de praktijk mee aan de slag te gaan. Je kan jouw bevindingen op basis van het instrument gebruiken om in gesprek te gaan met bv. je verantwoordelijke, directielid en/of het ruimere team.

2.7 Wat zijn de uitgangspunten van deze tool?

Het instrument zorgt ervoor dat je kan reflecteren over de zorgtransmissie in jouw voorziening. Het omvat drie centrale uitgangspunten:

- Reflectorisch
- Samen
- Flexibel

2.7.1 Reflectorisch

Elk thema bevat reflectievragen op drie dimensies

1. Een dimensie die zich focust op de periode vanaf aanmelding
2. Een dimensie die zich focust op het traject in de K-/k-dienst zelf
3. Een dimensie die zich focust op het vervolgtraject

Met telkens oog voor het micro-, meso-, en macroniveau, de professionele context, het natuurlijk netwerk en het kind of de jongere zelf.

2.7.2 Samen

Deze tool kan zowel individueel als in teamverband worden gebruikt. Het is waardevol om gezamenlijk te brainstormen over de aanpak van een traject. Als individu weet je soms niet goed waarmee te beginnen, of is je manier van werken een bepaald automatisme geworden, wat een blijvende kritische blik op je eigen werk bemoeilijkt.

Daarom kan het nuttig zijn om in gesprek te gaan met een collega, een leidinggevende of binnen het team zelf. Door gezamenlijk te reflecteren op de vragen, kunnen nieuwe inzichten of ideeën ontstaan. Als er meerdere personen betrokken zijn bij een traject, is het raadzaam om deze reflectie gezamenlijk te doen. Uiteraard is het ook mogelijk om deze tool individueel te gebruiken of als een opstapje naar gesprekken met andere betrokkenen bij het zorgtraject. Hierbij kan gedacht worden aan intersectoraal overleg met andere K-/k-diensten, voorzieningen voor Bijzondere Jeugdhulp, scholen, en natuurlijk met de jongere en zijn of haar natuurlijke netwerk.

2.7.3 Flexibel

De zorgtransmissiereflex is flexibel. Je beslist zelf met welke thema's je aan de slag gaat, op welke dimensies je focust en of je oog hebt voor het micro-, meso-, en macroniveau. Afhankelijk van waar de jongere zich bevindt in zijn of haar traject, zullen bepaalde thema's meer aan bod komen dan andere. Je kan de reflex dus volledig afstemmen op het unieke traject van de jongere en op de stukken waarbinnen je eventueel vastloopt.

2.8 Hoe gebruik je deze zorgtransmissiereflex?

Je gebruikt deze reflex door het thema te selecteren waarmee je aan de slag wil gaan en na te denken over de bijhorende reflectievragen. In totaal zijn er vier stappen:



Stap 1: verken

Lees het thema en de reflectievragen en selecteer met welke vraag je aan de slag wil gaan.



Stap 2: reflecteer

Vul per reflectievraag het reflectiekader in. In dit kader wordt er ruimte voorzien om een eigen indicatie op te stellen.



Stap 3: actieplan

Formuleer wat nog kan verbeterd worden in de toekomst en wat dient vastgehouden te worden. Schrijf daarvoor concrete acties op.



Stap 4: bespreek

Bespreek de vragen in je team, met je medecollega's, je verantwoordelijke(n), andere diensten en andere partners binnen het natuurlijke en de professionele context. Bespreek ook wat de ouders, het natuurlijk netwerk en de professionele partners hierin kunnen betekenen.

2.9 Moet ik het hele instrument gebruiken of kan ik ook starten met één thema?

Je hebt de vrijheid om te kiezen op welke thema's je wilt reflecteren. Je kunt zelf beslissen wanneer je met een bepaald thema aan de slag gaat. Je hoeft dus niet alle thema's bij een reflectiemoment te overlopen. Soms kan het juist waardevol zijn om diepgaand te reflecteren op één specifiek thema. Het reflecteren over dit thema kan namelijk positieve gevolgen hebben of nieuwe inzichten opleveren voor de andere thema's.

2.10 Hoeveel tijd moet ik voorzien voor de reflex?

De hoeveelheid tijd die je spendeert aan het reflecteren, hangt volledig van jou af. Je bepaalt zelf (of in team) over welke thema's je wil reflecteren en hoeveel tijd je hieraan besteedt. Afhankelijk van het aantal reflectievragen zal je hier meer of minder tijd voor nodig hebben. Deze tool kan gebruikt worden tijdens een teamvergadering, maar evengoed op een teamdag of een (extern) overlegmoment.

2.11 Wie betrek ik bij de zorgtransmissiereflex?

Je kan als medewerker zelfstandig, of met (een deel van) het team werken met de tool. Als je alleen aan de slag gaat met de reflectievragen, raden we wel aan om achteraf met iemand binnen het team in gesprek te gaan over je reflecties. Zorg hier voor een veilige, warme en open sfeer waarin jullie open met elkaar kunnen (en durven) spreken. Zo komt er ruimte om van elkaar te leren en om (samen) te groeien.

Verder kan het ook nuttig zijn om via deze tool samen met externe partners, de jongere en/of zijn of haar natuurlijk netwerk in gesprek te gaan. Hoe ruimer je dit trekt, hoe meer de zorgtransmissie verwezenlijkt kan worden.

2.12 Wanneer is het reflecteren afgerond?

Reflecteren stopt niet wanneer je één (of meerdere) thema's hebt overlopen. Dit is iets wat je moet blijven onderhouden.

- Elk traject is immers uniek, wat regelmatig reflecteren over zorgtransmissie essentieel maakt.
- Ook het team kan veranderen, waardoor nieuwe input en andere manieren van werken ervoor zorgen dat moet worden nagedacht over het traject en het eigen handelen.
- Ook de zorgvragen (en zorgzwaarte) kan veranderen doorheen de tijd. Een reflectie over je manier van werken kan dan aangewezen zijn.

Daarom is het belangrijk om van tijd tot tijd te reflecteren rond deze verschillende thema's.

3. VOORBEELDFORMULIER



Stap 1: verken - lees het thema en de reflectievragen per domein en vul de reflectie vraag in:

Reflectievraag: BIJVOORBEELD “In welke mate werden alle partners gecontacteerd?” (Thema: samenwerking, dimensie: voor opname)

Reflectieruimte

Ik contacteerde reeds de betrokken ambulante psycholoog (naam) van het CGG en de leerkracht op school X. Daarnaast belde ik reeds met de logopediste en de directieleden van de school.



Stap 2: reflecteer - vul per reflectievraag het reflectiekader in

	Dit doe ik nooit	Dit heb ik nog niet gedaan	Dit deed ik nog niet, maar het staat gepland	Dit deed ik, maar niet grondig	Dit heb ik al volledig in acht genomen/ gedaan
Kruis het vakje aan dat van toepassing is				X	
Schrijf op waarom je dit vakje kiest o.b.v. observaties, anekdotes, uitspraken, voorbeelden	<i>Ik contacteerde nog niemand in het natuurlijke netwerk in de dichte of nabije familie van de persoon.</i>				
Wat heb jij/ hebben jullie nodig hebben om dit te verwezenlijken?	<i>Correcte contactgegevens</i>				



Stap 3: actieplan- Schrijf concrete acties op in kader van deze reflectievraag: wat kunnen we vasthouden? Wat kan nog verbeterd worden in de toekomst? Welke kansen liggen er nog? Noteer wat je gaat doen om de doelstelling te bereiken en hoe je dit in team kan verdelen: wie doet wat wanneer?

Ik spreek het onthaal aan om de juiste contactgegevens te verzamelen. Ik neem contact op met de nabije omgeving (e.g. de ouders, dichte familieleden) en plan een gesprek in tegen eind volgende maand (datum). Daarin tracht ik nog meer informatie te bekomen over (naam kind/ jongere) en bespreek ik de mogelijke opties.



Stap 4: Bespreek- Bespreek de vragen in je team, met je medecollega's, je verantwoordelijke(n), andere diensten en andere partners binnen het natuurlijke en de professionele context. Bespreek ook wat de ouders, het natuurlijk netwerk en de professionele partners hierin kunnen betekenen.

4. De zorgtransmissiereflex: de thema's, de reflectievragen en het invulsjabloon

4.1 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid: uitleg thema

Toegankelijkheid in de hulpverlening gaat over bieden van ondersteuning en hulp op het nodige moment. Dit omvat diverse aspecten, zoals de beschikbaarheid, begrijpbaarheid, betaalbaarheid, en bereikbaarheid van de hulpverlening en de mate waarin de hulpverlening een veilige en toegankelijke omgeving biedt.

Hieronder staan enkele belangrijke aspecten van toegankelijkheid in de hulpverlening:

1. **Bereikbaarheid:** Dit gaat onder meer over de locatie en de vervoersmogelijkheden naar de hulpverlening. Is de dienst makkelijk bereikbaar (met het openbaar vervoer)? Zijn er obstakels op vlak van bereikbaarheid die de toegang tot hulpverlening kunnen belemmeren?
2. **Financiële toegankelijkheid:** Dit verwijst naar de betaalbaarheid van de hulpverlening en gaat o.a. over kosten van de (residentiële) opname, medicatie etc. en de mogelijkheid tot financiële ondersteuning.
3. **Culturele en taalkundige toegankelijkheid:** Dit gaat o.a. over de mate waarin de hulpverlening rekening houdt met de culturele achtergrond, taal en specifieke behoeften van de jongere en zijn/haar context. Hier kan rekening mee gehouden worden door een tolkdienst te voorzien om informatie te vertalen en begrijpbare communicatie mogelijk te maken. Verder is het ook belangrijk dat er ruimte is voor culturele sensitiviteit binnen een traject.
4. **Wachttijden en beschikbaarheid:** Dit verwijst naar de wachttijd voordat ondersteuning wordt gegeven. Lange wachttijden kunnen de toegang tot geschikte zorg vertragen waardoor er, met name in crisissituaties, niet tijdig kan worden gereageerd op de ondersteuningsbehoefte van de jongere en/of de omgeving.
5. **Informatie:** Toegankelijkheid draait ook om de beschikbaarheid van informatie over de (mogelijke) hulpverleningsdiensten. Dit betekent dat mensen op de hoogte moeten zijn van beschikbare diensten voor ondersteuning en hoe ze daar toegang tot kunnen krijgen.

Het waarborgen van een goede toegankelijkheid is van cruciaal belang om ervoor te zorgen dat alle mensen die ondersteuning nodig hebben, deze op een effectieve en tijdige manier kunnen ontvangen. Om dit te realiseren, is het essentieel om bewust te zijn van mogelijke barrières die jongeren kunnen ervaren bij het zoeken naar passende hulp. Op deze manier kan voor iedereen gelijke kansen en passende hulp geboden worden.

Reflecteer op dit thema door middel van onderstaande reflectievragen. Probeer daarbij na te denken over de professionele en de niet professionele context:

De professionele context zijn alle professionele hulpverleningspartners die betrokken zijn in het zorgtraject van het kind of de jongere. Deze kunnen zich bevinden in de rechtsreeks of de niet rechtsreeks toegankelijke hulp.

De niet-professionele context omvat het natuurlijke netwerk van het kind of de jongere. Daartoe behoren o.a. ouders, familieleden, vrienden, leerkrachten en betrokken anderen (bijvoorbeeld in vrijetijdsinitiatieven).

Verruim je reflectie door bij elke reflectievraag ook even na te denken over verschillende niveaus:

Het microniveau gaat over de directe relationele verhouding tussen de hulpverlener, het kind, de jongere en zijn of haar context.

Het mesoniveau gaat over de inhoud en organisatie van de zorg rond het kind en de jongere. Dit omvat ook de samenwerking met en/of de afstemming tussen verschillende zorgverleningspartners.

Het macroniveau gaat over de beslissingen en/ of organisatie van netwerken, regio's en de overheid en de impact daarvan op het hulpverleningstraject.

Toegankelijkheid: reflectievragen

Professionele context

Voor

- Wie kan aanmelden?
- Zijn er patiënten brochures/ website/ rondleidingen beschikbaar?
- Is het duidelijk voor (eerdere) hulpverlening hoe we bereikbaar zijn?
- Hoe staat het met onze wachtlijst? Zijn we toegankelijk op vlak van wachtlijst?

Tijdens

- Hoe zorgen we voor een veilige omgeving die het toetreden van een (nieuwe) personeel toegankelijk maakt? (Vb. Agressie, grote groep, genoeg personeel)
- Hoe ondersteunen we medewerkers?
- Zijn externe/ vroegere hulpverleners beschikbaar? Kunnen zij ons makkelijk bereiken voor vragen?
- Wat maakt een voorziening toegankelijk? (Open vs. gesloten voorziening)

Na

- Staat de jongere open voor (na)zorg?
- Is de zorg nog toegankelijk wanneer de jongere een mindere ervaring had met (vorige) hulpverlening?
- Is er een vast aanspreekpunt voor de hulpverleners die betrokken zijn? Voor school?
- Hoe kunnen we onze financiële middelen flexibel inzetten?
- Hoe zetten we de middelen van intensifiëring in? Welke grenzen hangen hier aan?

Niet-professionele context

Voor

- Is het duidelijk hoe we bereikbaar zijn voor de jongere en het natuurlijk netwerk?
- Kunnen jongeren zelf aanmelden? Kan iedere jongere aanmelden?
- Is de zorgvraag relevant voor onze afdeling?
- Zijn er patiënten brochures/ website/ rondleidingen beschikbaar die op een laagdrempelige manier uitleg bieden?

Tijdens

- Hoe zorgen we voor een veilige omgeving die het toetreden van een (nieuwe) jongere toegankelijk maakt? (Vb. Agressie, grote groep, genoeg personeel)
- Hoe gaan we aan de slag met de jongere tijdens dit traject?
- Hoe zorgen we dat de jongere alle verwachtingen begrijpt?
- Zijn ouders beschikbaar? Kunnen we de context mee betrekken?
- Is er ruimte om ouders/ jongeren te ontvangen op de afdeling?

Na

- Is er een vast aanspreekpunt voor de jongere en zijn context?



Stap 1: verken - lees het thema en de reflectievragen per domein en vul de reflectie vraag in:

Reflectievraag:

Reflectieruimte

.....

.....

.....



Stap 2: reflecteer - vul per reflectievraag het reflectiekader in

Ruimte om eigen indicatie op te stellen	...	...	...	...	...
<u>Voorbeeld</u> indicatie om reflectiekader in te vullen	Bv. Dit doe ik nooit	Bv. Dit heb ik nog niet gedaan	Bv. Dit deed ik nog niet, maar het staat gepland	Bv. Dit deed ik, maar niet grondig	Bv. Dit heb ik al volledig in acht genomen/ gedaan
Kruis het vakje aan dat van toepassing is					
Schrijf op waarom je dit vakje kiest o.b.v. observaties, uitspraken, voorbeelden					
Wat heb jij/ hebben jullie nodig hebben om dit te verwezenlijken?					



Stap 3: actieplan- Schrijf concrete acties op in kader van deze reflectievraag: wat kunnen we vasthouden? Wat kan nog verbeterd worden in de toekomst? Welke kansen liggen er nog? Noteer wat je gaat doen om de doelstelling te bereiken en hoe je dit in team kan verdelen: wie doet wat wanneer?

.....

.....

.....



Stap 4: Bespreek- Bespreek de vragen in je team, met je medecollega's, je verantwoordelijke(n), andere diensten en andere partners binnen het natuurlijke en de professionele context. Bespreek ook wat de ouders, het natuurlijk netwerk en de professionele partners hierin kunnen betekenen.

4.2 Samenwerking

Samenwerking: uitleg thema

Samenwerking kan zowel op cliëntniveau als op intersectoraal niveau gezien worden. Dat dit een werkzame en essentiële component is in continuïteit van zorg wordt zowel door de bevroegde medewerkers als door de literatuur gestipuleerd. Het omvat verschillende onderdelen:

1. Samenwerking houdt het uitbouwen van (zorg)netwerken in waarbij op een transdisciplinaire manier gedeelde zorg wordt mogelijk gemaakt. Dit betekent ook dat het netwerk blijvend geactiveerd wordt en op verschillende (cruciale) momenten in het traject van de jongere het netwerk stevig blijft uitgebouwd.
2. Deze samenwerking houdt 'samen zoeken' in, in plaats van overnemen. Elke betrokken actor in het proces, hetzij in de professionele of de natuurlijke context, dient daarbij gehoord te worden. Dit wordt verder besproken binnen het thema 'participatie'
3. Contact leggen met andere partners is in deze samenwerking belangrijk. Daartoe behoort ook het leggen van contact met of tussen partners die nog niet betrokken zijn, maar een belangrijke impact kunnen hebben op het kind of de jongere. Out-of-the box denken en ook laagdrempelige samenwerkingspartners zoals vrijetijdsbestedingen of andere voorzieningen daarbij betrekken is belangrijk.
4. Binnen samenwerking is ook afstemming en overleg met de school, zorgleerkrachten of directieleden belangrijk. Hetzij voor, tijdens of na het traject binnen de K/k-diensten. De school is een belangrijke partner om gedeelde zorg in een samenwerkingsverband tot stand te laten komen.
5. Tenslotte houdt samenwerking ook 'het zijn van een aanspreekpunt' in. Dit valt te linken aan het thema 'transparantie'. Dit gaat onder meer over openlijke, eerlijke communicatie en informatieoverdracht naar verschillende betrokken partners binnen het natuurlijke en/of de professionele context op diverse (cruciale) momenten.

Reflecteer op dit thema door middel van onderstaande reflectievragen. Probeer daarbij na te denken over de professionele en de niet professionele context:

De professionele context zijn alle professionele hulpverleningspartners die betrokken zijn in het zorgtraject van het kind of de jongere. Deze kunnen zich bevinden in de rechtsreeks of de niet rechtsreeks toegankelijke hulp.

De niet-professionele context omvat het natuurlijke netwerk van het kind of de jongere. Daartoe behoren o.a. ouders, familieleden, vrienden, leerkrachten en betrokken anderen (bijvoorbeeld in vrijetijdsinitiatieven).

Verruim je reflectie door bij elke reflectievraag ook even na te denken over verschillende niveaus:

Het microniveau gaat over de directe relationele verhouding tussen de hulpverlener, het kind, de jongere en zijn of haar context.

Het mesoniveau gaat over de inhoud en organisatie van de zorg rond het kind en de jongere. Dit omvat ook de samenwerking met en/of de afstemming tussen verschillende zorgverleningspartners.

Het macroniveau gaat over de beslissingen en/ of organisatie van netwerken, regio's en de overheid en de impact daarvan op het hulpverleningstraject.

Samenwerking: reflectievragen

Professionele context

Voor

- Wie is er al betrokken in de casus?
 - Huisarts, diagnostiek, therapeut, psycholoog, ...
 - School, CLB, gezinsondersteuning, familiehelp, ...
- Wat is er al aanwezig vanuit bv. School, financiële, maatschappelijke, huisvesting, jeugdhulp, jongeren welzijn, jeugdrechtbank
- Moet het netwerk verruimd worden? Op welke manier kunnen we hiermee aan de slag?
- Welke partners kunnen we contacteren om het netwerk te verruimen ifv opname?

Tijdens

- Op welke manier de reeds betrokken hulpverlening betrekken tijdens het traject?
- Welke diensten kunnen we al contacteren ifv nazorg?
- Welke meldingen kunnen al gebeuren ifv nazorg?

Na

- Hoe beschikbaar ben je nog voor andere diensten, ouders na het einde van traject?
- Kan er meegegaan worden met de jongeren naar ambulante hulpverlening/ voorzieningen/ andere hulpverlening ifv nazorg?

Niet-professionele context

Voor

- Wie is er betrokken/ kan er iets betekenen?
- Wat is de hulpvraag?
- Zijn er belangrijke vrienden, ouders, figuren van steun in de omgeving?
- Wie heeft er naast de jongere ook ondersteuning nodig?
- Zijn er vrijetijdsbestedingen/ plekken die belangrijk zijn voor de jongere?
- In welke mate is er ruimte voor broers en zussen?
- Worden de kinderen en jongeren voldoende actief betrokken via communicatie en context?

Tijdens

- Wie kan/ wil wat betekenen?
- Hoe komen we tot een gedeeld zorgplan met de jongere en de context?
- Hoe spelen we in op een mogelijk veranderende hulpvraag?
- In welke mate is er ruimte voor broers en zussen?
- Worden de kinderen en jongeren voldoende actief betrokken via communicatie en context?

Na

- Hoe bereiden we samen met de jongere en de context het afronden van het traject voor? Wat hebben zij nodig?
- Wie is betrokken/ kan er iets betekenen?
- Wat is de hulpvraag?

- Zijn er belangrijke vrienden, ouders, figuren van steun in de omgeving?
- Wie heeft er naast de jongere ook ondersteuning nodig? Zijn er vrijetijdsbestedingen/plekken die belangrijk zijn voor de jongere?
- Wie kan/ wil wat betekenen?
- In welke mate is er ruimte voor broers en zussen?



Stap 1: verken - lees het thema en de reflectievragen per domein en vul de reflectie vraag in:

Reflectievraag:

Reflectieruimte

.....

.....

.....



Stap 2: reflecteer - vul per reflectievraag het reflectiekader in

Ruimte om eigen indicatie op te stellen	...	...	...	...	...
<u>Voorbeeld</u> indicatie om reflectiekader in te vullen	Bv. Dit doe ik nooit	Bv. Dit heb ik nog niet gedaan	Bv. Dit deed ik nog niet, maar het staat gepland	Bv. Dit deed ik, maar niet grondig	Bv. Dit heb ik al volledig in acht genomen/ gedaan
Kruis het vakje aan dat van toepassing is					
Schrijf op waarom je dit vakje kiest o.b.v. observaties, uitspraken, voorbeelden					
Wat heb jij/ hebben jullie nodig hebben om dit te verwezenlijken?					



Stap 3: actieplan- Schrijf concrete acties op in kader van deze reflectievraag: wat kunnen we vasthouden? Wat kan nog verbeterd worden in de toekomst? Welke kansen liggen er nog? Noteer wat je gaat doen om de doelstelling te bereiken en hoe je dit in team kan verdelen: wie doet wat wanneer?

.....

.....

.....



Stap 4: Bespreek- Bespreek de vragen in je team, met je medecollega's, je verantwoordelijke(n), andere diensten en andere partners binnen het natuurlijke en de professionele context. Bespreek ook wat de ouders, het natuurlijk netwerk en de professionele partners hierin kunnen betekenen.

4.3 Transparantie

Transparantie: uitleg thema

Transparantie in de hulpverlening gaat onder meer over openheid, duidelijkheid en het delen van relevante informatie, zowel naar andere betrokken hulpverleners als naar de jongere en zijn/haar context en binnen het team. Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener open communiceert over verschillende aspecten van de hulpverlening zoals de wachttijd, beschikbare behandelingsopties, manier van werken, Bovendien is het essentieel dat deze communicatie tijdig plaatsvindt, zodat alle betrokkenen te allen tijde op de hoogte zijn van de voortgang van het traject. Dit biedt iedereen ook de gelegenheid om weloverwogen keuzes te maken.

Hieronder staan enkele belangrijke aspecten van transparantie in de hulpverlening:

1. **Informatieverstrekking:** Als hulpverlener is het belangrijk om op een zorgvuldige manier relevante informatie te voorzien aan alle betrokken partijen. Dit gaat onder andere over uitleg rond diagnostiek, de mogelijkheden in het traject en welke stappen reeds ondernomen zijn in het traject. Hierbij is het wel belangrijk om het beroepsgeheim in het achterhoofd te houden. Daarnaast is het belangrijk dat andere hulpverleners, ouders en de jongere zelf op de hoogte gebracht worden van hoe de persoonlijke informatie wordt verzameld, gebruikt en beschermd. Door transparant te zijn op vlak van informatie kunnen alle betrokken partijen geïnformeerde beslissingen nemen rond het traject.
2. **Begrijpelijke communicatie:** Naast het overbrengen van relevante informatie, is het eveneens van belang dat deze informatie op een begrijpelijke manier gecommuniceerd wordt. Dit omvat het gebruik van eenvoudige taal, zodat alle betrokken partijen de verstrekte informatie kunnen begrijpen, waarbij het gebruik van vakjargon zoveel als mogelijk vermeden wordt.
3. **Openheid over grenzen en beperkingen:** Als hulpverlener moet je eerlijk zijn over de mogelijkheden en grenzen van het traject op de afdeling. Hierbij kan het ondersteunend zijn om in het traject aanvullende hulp in te schakelen (vb. ambulante therapeut). Indien een doorverwijzing nuttig lijkt, is het relevant om dit ook goed te kaderen naar de jongere en de context. Daarnaast is het belangrijk om betrouwbaar te zijn. Dit betekent dat je als hulpverlener zegt wat je doet, en ook doet wat je zegt.

Transparantie bevordert een open en vertrouwensvolle relatie tussen hulpverleners, de jongere, de context en andere betrokkenen. Bovendien stelt het individuen in staat om geïnformeerde keuzes te maken inzake het zorgtraject en draagt transparantie bij aan het bevorderen van autonomie en het versterken van de therapeutische relatie.

Reflecteer op dit thema door middel van onderstaande reflectievragen. Probeer daarbij na te denken over de professionele en de niet professionele context:

De professionele context zijn alle professionele hulpverleningspartners die betrokken zijn in het zorgtraject van het kind of de jongere. Deze kunnen zich bevinden in de rechtsreeks of de niet rechtsreeks toegankelijke hulp.

De niet-professionele context omvat het natuurlijke netwerk van het kind of de jongere. Daartoe behoren o.a. ouders, familieleden, vrienden, leerkrachten en betrokken anderen (bijvoorbeeld in vrijetijdsinitiatieven).

Verruim je reflectie door bij elke reflectievraag ook even na te denken over verschillende niveaus:

Het microniveau gaat over de directe relationele verhouding tussen de hulpverlener, het kind, de jongere en zijn of haar context.

Het mesoniveau gaat over de inhoud en organisatie van de zorg rond het kind en de jongere. Dit omvat ook de samenwerking met en/of de afstemming tussen verschillende zorgverleningspartners.

Het macroniveau gaat over de beslissingen en/ of organisatie van netwerken, regio's en de overheid en de impact daarvan op het hulpverleningstraject.

Transparantie: reflectievragen

Professionele context

Voor

- Ben ik voldoende transparant?
- Is het duidelijk voor mijzelf wat ik wel/ niet kan opnemen? Heb ik hier transparant over gecommuniceerd?
- Hoe kunnen we afbakenen welke zaken we opnemen als dienst?
- Was ik transparant over de doelgroep?
- Wie geef ik welke informatie?
- Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid?

Tijdens

- Ben ik voldoende transparant over het traject? Waar we mee bezig zijn?
- Wie geef ik welke informatie?
- Hoe zit het met mijn beroepsgeheim? Ben ik hier transparant in?
- Is de jongere op de hoogte van mijn gedeeld beroepsgeheim?
- Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid?

Na

- Ben ik voldoende transparant rond wat we als werking nog kunnen aanbieden?
- Wie geef ik welke informatie?
- Hoe zorg ik voor een warme overdracht met oog op mijn beroepsgeheim?
- Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid?

Niet- professionele context

Voor

- Weet de jongere dat hij/ zij is aangemeld?
- Is het voor ons duidelijk waar de jongere terecht kan na opname?
- Is er een minimale behandelvraag bij de jongere zelf?
- Hebben we de jongere voldoende geïnformeerd over de werking?
- Wie geef ik welke informatie?
- Zijn ouders geïnformeerd over de verwachtingen/ betrokkenheid van hen tijdens opname?
- Hebben we brochures meegegeven?
- Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid?

Tijdens

- Wie geef ik welke informatie? Wat kan ik van informatie geven aan ouders?
- Hoe vaak contacteer ik ouders om updates te geven rond het traject?
- Hoe betrek ik de jongere hierin?
- Hoe ben ik transparant naar de jongere toe?
- Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid?

Na

- Ben ik voldoende transparant rond wat we als werking nog kunnen aanbieden?
- Wie geef ik welke informatie?
- Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid?



Stap 1: verken - lees het thema en de reflectievragen per domein en vul de reflectie vraag in:

Reflectievraag:

Reflectieruimte

.....

.....

.....



Stap 2: reflecteer - vul per reflectievraag het reflectiekader in

Ruimte om eigen indicatie op te stellen	...	...	...	...	...
<u>Voorbeeld</u> indicatie om reflectiekader in te vullen	Bv. Dit doe ik nooit	Bv. Dit heb ik nog niet gedaan	Bv. Dit deed ik nog niet, maar het staat gepland	Bv. Dit deed ik, maar niet grondig	Bv. Dit heb ik al volledig in acht genomen/ gedaan
Kruis het vakje aan dat van toepassing is					
Schrijf op waarom je dit vakje kiest o.b.v. observaties, uitspraken, voorbeelden					
Wat heb jij/ hebben jullie nodig hebben om dit te verwezenlijken?					



Stap 3: actieplan- Schrijf concrete acties op in kader van deze reflectievraag: wat kunnen we vasthouden? Wat kan nog verbeterd worden in de toekomst? Welke kansen liggen er nog? Noteer wat je gaat doen om de doelstelling te bereiken en hoe je dit in team kan verdelen: wie doet wat wanneer?

.....

.....

.....



Stap 4: Bespreek- Bespreek de vragen in je team, met je medecollega's, je verantwoordelijke(n), andere diensten en andere partners binnen het natuurlijke en de professionele context. Bespreek ook wat de ouders, het natuurlijk netwerk en de professionele partners hierin kunnen betekenen.

4.4 Ondersteuning op maat

Ondersteuning op maat: uitleg thema

Ondersteuning op maat in de hulpverlening verwijst naar het afstemmen van de ondersteuning op de noden van de betrokken jongere (en zijn/haar context). Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener flexibel is en zich richt op het begrijpen van de situatie van de jongere om op deze manier gepaste ondersteuning te bieden. Daarnaast is het noodzakelijk om in/met de leefwereld van de jongere aan de slag te gaan en te werken op het ritme van de jongere. Ondersteuning op maat wordt omschreven als het bieden van de minst ingrijpende, nodige zorg.

Hieronder staan enkele belangrijke aspecten van ondersteuning op maat in de hulpverlening:

1. **Individuele behoeften en voorkeuren:** Om ondersteuning op maat te bieden, moet er rekening gehouden worden met de individuele behoeften, voorkeuren en de doelen van de jongere. Om dit te kunnen realiseren is het belangrijk dat de hulpverlener de tijd en ruimte neemt om de jongere te leren kennen.
2. **Flexibiliteit en aanpassingsvermogen:** Dit betekent dat de hulpverlener flexibel is in het aanbieden van verschillende manieren van ondersteuning en op zoek gaat naar welke ondersteuningswijzen aansluiten bij de noden en hulpvraag van de jongere. Hierbij wordt er rekening gehouden met de mogelijks veranderende noden doorheen het traject.
3. **Holistische benadering:** Ondersteuning op maat speelt in op de noden van de jongere. Hierbij is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat deze noden zich op meerdere domeinen kunnen uiten, waarbij er dus op verschillende levensdomeinen ondersteuning moet geboden worden. Het houdt rekening met de fysieke, emotionele, sociale en culturele ontwikkeling van de jongere en neemt deze domeinen mee in de geboden ondersteuning.
4. **Continue evaluatie en aanpassing:** Ondersteuning op maat moet regelmatig geëvalueerd worden, waarbij er ruimte is om te kijken naar de voortgang van het hulpverleningstraject en de eventuele veranderende noden. Op deze manier kan de ondersteuning indien nodig aangepast worden. Dit zorgt ervoor dat de ondersteuning blijft aansluiten bij de behoeftes en doelen van de jongere.

Ondersteuning op maat streeft ernaar om zo goed mogelijke ondersteuning te bieden door deze af te stemmen op de individuele noden en omstandigheden van de jongere.

Reflecteer op dit thema door middel van onderstaande reflectievragen. Probeer daarbij na te denken over de professionele en de niet professionele context:

De professionele context zijn alle professionele hulpverleningspartners die betrokken zijn in het zorgtraject van het kind of de jongere. Deze kunnen zich bevinden in de rechtsreeks of de niet rechtsreeks toegankelijke hulp.

De niet-professionele context omvat het natuurlijke netwerk van het kind of de jongere. Daartoe behoren o.a. ouders, familieleden, vrienden, leerkrachten en betrokken anderen (bijvoorbeeld in vrijetijdsinitiatieven).

Verruim je reflectie door bij elke reflectievraag ook even na te denken over verschillende niveaus:

Het microniveau gaat over de directe relationele verhouding tussen de hulpverlener, het kind, de jongere en zijn of haar context.

Het mesoniveau gaat over de inhoud en organisatie van de zorg rond het kind en de jongere. Dit omvat ook de samenwerking met en/of de afstemming tussen verschillende zorgverleningspartners.

Het macroniveau gaat over de beslissingen en/ of organisatie van netwerken, regio's en de overheid en de impact daarvan op het hulpverleningstraject.

Ondersteuning op maat: reflectievragen

Professionele context

Voor

- Wat zijn de noden van de betrokken hulpverlening? School?
- In welke mate werd er al een professioneel hulpverlenersnetwerk geïnstalleerd?
- Wat is de minst ingrijpende zorg? En wat is hiervoor nodig?
- Hoe verhouden we ons tot het spanningsveld op maat werken tegenover het afbakenen (bv. In kader van de wachtlijsten)
- In welke mate zijn we kritisch voor het reeds opgestelde behandelplan?
- Met wie werd het behandelplan opgesteld? Wiens 'ervaring' werd hierin meegenomen?

Tijdens

- Op welke manier zijn we met de verschillende noden van de jongere aan de slag?
- Hoe vaak worden de noden en plan van aanpak herbekeken op bv. een teamvergadering?
- Wat is de hulpvraag?
- In welke mate was er oog voor krachten in andere hulpverlening?
- Is het hulpverlenersaanbod nog voldoende aangepast aan de hulpvraag?
- Wordt het 'behandelplan' tijdig geëvalueerd/ herbekeken?
- Hoe werd het behandelplan afgestemd met andere hulpverleningspartners?
- Hoe wordt er afgestemd met school? Welke aanpassingen zijn mogelijk?

Na

- Welke ondersteuning is (nog) nodig? Wat kunnen wij hier nog in betekenen?
- Wat kunnen andere hulpverleners en school betekenen om de noden op te vangen?
- Hoe kunnen we het bestaande aanbod (zo veel als mogelijk) op maat maken voor de voorziening? (Is hier tijd voor, zijn er middelen, ...)
- Wat kunnen andere partners betekenen in het vervolgtraject van de jongere?
- Is er de mogelijkheid om financieel op maat te werken?
- Hoe gaan we om met het stigma rond 'de psychiatrie' in de maatschappij? Hoe gaan we hiermee om in een traject?

Niet-professionele context

Voor

- Zijn wij de juiste hulpverlening voor het kind?
- Hebben we voldoende nagedacht over wat we kunnen bieden aan een kind?
- Kunnen we bieden wat de jongere nodig heeft of werden bepaalde stappen overgeslaan?
- Wat is de minst ingrijpende zorg? En wat is hiervoor nodig?
- Ben ik op huisbezoek geweest en wat waren obstakels?
- Was mijn blik voldoende ruim?
- Wat is de zorgvraag van de jongere?
- Hoe betrekken we de interesses, waarden en normen van de jongere in het zorgplan?
- Ben ik naar school geweest? Naar hobby's? Naar voorzieningen?
- Kennen wij de noden van de ouders? Kennen de ouders de noden ook van het kind?
- Wat doen de ouders nu al in de ondersteuning op maat? Hoe kunnen wij hen hier in ondersteuning.

- In welke mate kunnen we in voorzorg bv. al een traject opstarten om in te spelen op de noden?

Tijdens

- Op welke manier zijn we met de verschillende noden van de jongere aan de slag
- Hoe respecteren we het tempo van de jongere?
- Heb ik de hulpvraag voldoende uitgeklaard tijdens de opname?
- Hoe werd het behandelplan afgestemd met de jongere en diens natuurlijke context (vb. Ouders). In welke mate was er ruimte voor de noden van het gezin?
- Worden de ouders en de jongere betrokken wanneer het behandelingsplan herbekeken wordt? Wordt hun mening hierrond meegenomen?
- In welke mate was er oog voor krachten in het gezin?
- Is er voldoende met de ouders gewerkt?
- Hoe kunnen we de ouders/ het natuurlijk netwerk optimaal betrekken en toch oog hebben voor hun grenzen? Vb. Kunnen we verwachten dat ze elke dag op bezoek komen?
- Wat kunnen we van ouders/ het natuurlijk netwerk verwachten?
- Wat met ouders die zelf een zorgtraject lopen?
- Voldoende contact geweest met nazorg? Partners? Eerdere hulpverlening?
- Op tijd nagedacht over nazorg? Met de jongere?
- Is er de mogelijkheid om een gedeeld zorgtraject te lopen tussen ouders (PAAZ) en hun kind (K-/k-dienst)? Hoe zien we dit?

Na

- Hoe kunnen we het bestaande aanbod (zo veel als mogelijk) op maat maken voor de jongeren en de ouders? (Is hier tijd voor, zijn er middelen, ...)
- Is er nog contact geweest met de jongere/ het gezin?
 - Hebben we gebeld?
 - Aan huis geweest?
 - Uitgenodigd bij ons?
- Netwerktafel met natuurlijke omgeving organiseren?
- Wat met de wens om nog eens op dezelfde plaats in opname te komen?
- Hoe gaan we om met 'de psychiatrie wordt een thuis'?



Stap 1: verken - lees het thema en de reflectievragen per domein en vul de reflectie vraag in:

Reflectievraag:

Reflectieruimte

.....

.....

.....



Stap 2: reflecteer - vul per reflectievraag het reflectiekader in

Ruimte om eigen indicatie op te stellen	...	...	...	...	...
<u>Voorbeeld</u> indicatie om reflectiekader in te vullen	Bv. Dit doe ik nooit	Bv. Dit heb ik nog niet gedaan	Bv. Dit deed ik nog niet, maar het staat gepland	Bv. Dit deed ik, maar niet grondig	Bv. Dit heb ik al volledig in acht genomen/ gedaan
Kruis het vakje aan dat van toepassing is					
Schrijf op waarom je dit vakje kiest o.b.v. observaties, uitspraken, voorbeelden					
Wat heb jij/ hebben jullie nodig hebben om dit te verwezenlijken?					



Stap 3: actieplan- Schrijf concrete acties op in kader van deze reflectievraag: wat kunnen we vasthouden? Wat kan nog verbeterd worden in de toekomst? Welke kansen liggen er nog? Noteer wat je gaat doen om de doelstelling te bereiken en hoe je dit in team kan verdelen: wie doet wat wanneer?

.....

.....

.....



Stap 4: Bespreek- Bespreek de vragen in je team, met je medecollega's, je verantwoordelijke(n), andere diensten en andere partners binnen het natuurlijke en de professionele context. Bespreek ook wat de ouders, het natuurlijk netwerk en de professionele partners hierin kunnen betekenen.

4.5 Participatie

Participatie: uitleg thema

Participatie in het zorgverleningstraject omvat verschillende aspecten. Zowel in de literatuur als in het masterproefonderzoek wordt in continuïteit van zorg participatie centraal gezet. Dit zowel bij de cliënt, de natuurlijke context en de professionele betrokken partners. Met deze participatie moet rekening gehouden worden op verschillende momenten doorheen het traject van de kinderen en de jongeren. Dit zowel voor- tijdens- als na het traject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten.

1. Patiënten participatie houdt in dat de kinderen en jongeren zoveel als mogelijk betrokken worden in de zorgverlening. Daarbij is het belangrijk om hen te zien als co-construerende partners in het proces.
2. Inspraak en opinie: daarbij is het essentieel om de stem en het perspectief mee te nemen. Is het kind of de jongere betrokken in de zorg en in het zorgplan? Hoe en op welke manier wordt regie gegeven aan de jongere in zijn zorgtraject?
3. Daarnaast dient ook de zorgtransmissiemedewerker een mandaat te hebben in het zorgtraject. Welke inspraak hebben zij in het vormgeven van het proces binnen de K/k-diensten? Laat de organisatie en het beleid binnen de voorzieningen toe op maat in te spelen? Hebben de medewerkers de mogelijkheid om hun eigen klemtoon te leggen in het proces?
4. Binnen deze participatie is het belangrijk dat de zorg niet alleen gedragen wordt. Het gehele team waarbinnen de medewerker aan de slag gaat dient hun steentje bij te dragen in het traject. Het hebben van een klankbord waar onderlinge taakverdeling en afstemmingsmomenten kunnen plaatsvinden, is belangrijk.
5. Tenslotte dient zowel bij de kinderen, de jongeren, de natuurlijke en professioneel betrokken context geluisterd te worden naar wat gezegd wordt. Luisteren naar de noden en deze vorm geven binnen de zorgtransmissie, ademt continuïteit.

Reflecteer op dit thema door middel van onderstaande reflectievragen. Probeer daarbij na te denken over de professionele en de niet professionele context:

De professionele context zijn alle professionele hulpverleningspartners die betrokken zijn in het zorgtraject van het kind of de jongere. Deze kunnen zich bevinden in de rechtsreeks of de niet rechtsreeks toegankelijke hulp.

De niet-professionele context omvat het natuurlijke netwerk van het kind of de jongere. Daartoe behoren o.a. ouders, familieleden, vrienden, leerkrachten en betrokken anderen (bijvoorbeeld in vrijetijdsinitiatieven).

Verruim je reflectie door bij elke reflectievraag ook even na te denken over verschillende niveaus:

Het microniveau gaat over de directe relationele verhouding tussen de hulpverlener, het kind, de jongere en zijn of haar context.

Het mesoniveau gaat over de inhoud en organisatie van de zorg rond het kind en de jongere. Dit omvat ook de samenwerking met en/of de afstemming tussen verschillende zorgverleningspartners.

Het macroniveau gaat over de beslissingen en/ of organisatie van netwerken, regio's en de overheid en de impact daarvan op het hulpverleningstraject.

Participatie: reflectievragen

Professionele context

Voor

- Welke vroegere hulpverlening werd reeds in kaart gebracht en werden hun noden/zorgen bevraagd?
- In welke mate wil/kan eerdere hulpverlening betrokken blijven?
- Zijn de verwachtingen (en doelstellingen van het traject) duidelijk voor alle partijen?

Tijdens

- Inspraak van de andere hulpverleningspartners in het programma?
- Inspraak van eigen team?
- In welke mate wordt ambulante hulpverlening of andere hulpverleningspartners betrokken tijdens de opname?
- Hoe worden ambulante/andere hulpverleningspartners meegenomen doorheen het traject (vb. Uitgenodigd op afdeling tijdens een bespreking)?
- Zijn de verwachtingen (en doelstellingen van het traject) duidelijk voor alle partijen?

Na

- Op welke manier is de hulpverlening betrokken bij nazorg?
- Wie heeft nog extra ondersteuning nodig van het netwerk van professionele partners?
- Hoe werd de nazorg betrokken bij de afronding?
- In welke mate zijn de doelstellingen duidelijk gemaakt?
- Hoe werden de nazorg partners (of andere externe partners) betrokken bij het opstellen van doelstellingen in functie van het nazorgtraject?
- Zijn de verwachtingen (en doelstellingen van het traject) duidelijk voor alle partijen?
- Hoe kunnen wij, als afdeling, nog betrokken blijven?

Niet-professionele context

Voor

- Is de hulpvraag in kaart gebracht?
- Is er voldoende informatie gegeven aan de jongere en de context?
- In welke mate krijgt de jongere (en de context) inspraak in het traject?
- Is er contact geweest met school?
- Brengen we de jongere (en de context) op de hoogte van de stand van zaken in het traject?

Tijdens

- Hoe creëren we voldoende fora waar jongeren hun inbreng kunnen hebben in functie van het traject?
- Is er samengezeten met de jongere?
- Wat als er iets niet lukt- gevolgen?
- Heb ik als outreacher voldoende overlegmomenten?
- Hoe geven we mogelijkheden aan de jongere om te groeien en mee beslissingen te nemen inzake het traject op de afdeling?
- Brengen we de jongere (en de context) op de hoogte van de stand van zaken in het traject?

Na

- Brengen we de jongere (en de context) op de hoogte van de stand van zaken in het traject?

- Waar liggen nog mogelijkheden om (langer) betrokken te blijven in het nazorgtraject?
- In wat kan er participatie zijn?
- Waarover kan er participatie zijn?



Stap 1: verken - lees het thema en de reflectievragen per domein en vul de reflectie vraag in:

Reflectievraag:

Reflectieruimte

.....

.....

.....



Stap 2: reflecteer - vul per reflectievraag het reflectiekader in

Ruimte om eigen indicatie op te stellen	...	...	...	...	...
<u>Voorbeeld</u> indicatie om reflectiekader in te vullen	Bv. Dit doe ik nooit	Bv. Dit heb ik nog niet gedaan	Bv. Dit deed ik nog niet, maar het staat gepland	Bv. Dit deed ik, maar niet grondig	Bv. Dit heb ik al volledig in acht genomen/ gedaan
Kruis het vakje aan dat van toepassing is					
Schrijf op waarom je dit vakje kiest o.b.v. observaties, uitspraken, voorbeelden					
Wat heb jij/ hebben jullie nodig hebben om dit te verwezenlijken?					



Stap 3: actieplan- Schrijf concrete acties op in kader van deze reflectievraag: wat kunnen we vasthouden? Wat kan nog verbeterd worden in de toekomst? Welke kansen liggen er nog? Noteer wat je gaat doen om de doelstelling te bereiken en hoe je dit in team kan verdelen: wie doet wat wanneer?

.....

.....

.....



Stap 4: Bespreek- Bespreek de vragen in je team, met je medecollega's, je verantwoordelijke(n), andere diensten en andere partners binnen het natuurlijke en de professionele context. Bespreek ook wat de ouders, het natuurlijk netwerk en de professionele partners hierin kunnen betekenen.

Practices

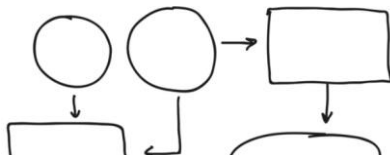
De connectie behouden

Alle diensten erkennen het belang van zorgtransmissie en het bereikbaar blijven voor jongeren en hun context, zelfs maanden of jaren nadat de opname afgerond werd. Een manier om hierop in te spelen is door terugkomenten te voorzien voor (ex) jongeren (en hun context). Dit kan bijvoorbeeld een ontmoetingscafé zijn tijdens de schoolvakanties of een jaarlijkse reüniedag. Op deze manier krijgen jongeren de kans om informeel op bezoek te komen. Bovendien wordt hiermee ook aangegeven dat de dienst nog steeds beschikbaar is.



Een flowchart

Een andere manier om de vinger aan de pols te houden inzake zorgtransmissie is door het opstellen van een flowchart van de continuïteit binnen de voorziening. Op deze manier heb je als dienst een overzicht van waar je mee bezig bent. Tegelijk is dit ook een handig hulpmiddel voor medewerkers om op terug te grijpen.



Een klankbord over de zorgtransmissie

Continue bijsturing en opvolging van het zorgtransmissietraject binnen de eigen K/k-dienst is belangrijk. De aanwezigheid van een klankbord waar ruimte en tijd is voor interne afstemming met en tussen mede zorgtransmissie-medewerkers en het team binnen de eigen dienst kan het zorgtransmissieproces versterken. In dit klankbord moet er ruimte zijn om de structuur en de vormgeving van continuïteit van zorg te bekijken en kunnen casussen, registratie of vlakvullen besproken worden.



Netwerkverbreding van het kind of de jongere

Alle bevroagde diensten geven aan dat het werkzaam is om een connectie te maken met de 'buitenwereld'. Daarbij staat netwerkverbreding van het kind en/of de jongere centraal. Het is een verrijking om in de trajecten de connectie te leggen met verschillende voorzieningen en instanties. Dit omvat niet alleen professionele voorzieningen, maar ook vrijetijdsbesteding- en/of laagdrempelige instanties, zoals bijvoorbeeld een Overkophuis.



Bijlage: overzicht werkzame factoren inzake zorgtransmissie
Deze bijlage wordt na het indienen van beide masterproeven opgesteld.