



Anders Organiseren in de Centra voor Ambulante Revalidatie Vlaanderen (CAR)

Onderzoeksrapport PWO-project CAR 2.0
(1 februari 2025 – 31 januari 2026)



Referentie naar dit rapport: Baten, E.; Langedock, T; Wyverkens, E. & Van Hootegem, G. (2026). *Anders Organiseren in de Centra voor Ambulante Revalidatie Vlaanderen (CAR)*. Hogeschool West-Vlaanderen.

Project CAR 2.0 (looptijd 1 februari 2025 – 31 januari 2026) kwam tot stand dankzij PWO-middelen van Howest en cofinanciering vanuit de Federatie CAR.

Projectteam: Elke Baten (Howest), Tine Langedock (Howest), Prof. dr. Geert Van Hootegem (KU Leuven)

Deelnemers aan het ontwerptraject: Kristof Carpentier, Ilse De Cooman, Nadia Dewit, Delphine Dewulf, Ilse Dries, Tinne Drossaert, Anneleen Santens, Sophie Tessier, Nick Van Hamme, Sarah Van Walleggem, Bart Volders, Steven Wellekens

Stuurgroep: Steven Wellekens (CAR), Nick Van Hamme (CAR), Pieter Vanvolsem (CAR), Jo Gommers (Kohesi), Hans Crampe (AZ Oudenaarde), Jo De Grave (zelfstandige), Ruben Willems (UGent), Greetje Desnerck (Howest), Randy Lamiere (Howest), Elia Wyverkens (Howest), Geert Van Hootegem (KU Leuven)

Contact: elke.baten@howest.be



Dankwoord



Dit rapport is het resultaat van een traject, uitgevoerd door Mensenmaat Howest in nauwe samenwerking met de Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie. De oorspronkelijke ambitie was om zicht te krijgen op een mogelijk 'beproefd organisatiemodel' voor de CAR-sector. Al snel werd echter duidelijk dat de realiteit daarvoor te complex en divers is. Centra verschillen sterk in schaalgrootte, regionale context en populatienoden. Daardoor is elk huidig organisatiemodel in zekere zin 'beproefd' binnen zijn eigen specifieke context. Toewerken naar één uniform model voor de volledige sector is dan ook niet wenselijk. Variatie in organisatievormen kan net noodzakelijk zijn om centra voldoende ruimte te geven om in te spelen op verschillen in populatie, regionale samenwerking, beschikbare expertise en lokale zorgnoden.

De focus van het onderzoek verschoof daarom naar het in kaart brengen van de huidige organisatievormen: wat daarin sterk is, welke verschillen er bestaan tussen centra, en waar eventuele opportuniteiten liggen om anders te organiseren, indien dat wenselijk of noodzakelijk zou zijn. Dit gebeurde via een uitgebreide bevraging, die een rijk en genuanceerd beeld opleverde. Daaruit kwamen vele gelijkenissen naar voren, maar ook opmerkelijke verschillen, ondanks een gedeeld regelgevend en financieringskader.

De analyse bracht bovendien fundamentele uitdagingen aan het licht. Zo bleek er sprake van een soort "Babylonische spraakverwarring" rond verschillende begrippen. Ook kwamen verschillen in registratiewijzen naar voren, net als categorieën die niet altijd aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Deze verschillen in taalgebruik en interpretatie maakten duidelijk hoe belangrijk een gedeeld begrippenkader is.

In de tweede fase van het onderzoek werd een participatief ontwerptraject opgezet. Samen met een representatieve groep uit de sector werd stapsgewijs gewerkt aan een gedeeld begrippenkader en aan het identificeren van mogelijke hefboomen voor kwaliteit van zorg en werkbaarheid. Het gedeelde begrippenkader groeide daarbij geleidelijk doorheen het co-creatieve proces. Het resultaat is geen "one-size-fits-all"-model, maar een analytische blauwdruk die centra kan ondersteunen bij het maken van bewuste en onderbouwde organisatiekeuzes.



De realisatie van dit rapport was enkel mogelijk dankzij de bijdrage van velen. Een oprechte dank gaat uit naar alle centra die de tijd en inspanning hebben geleverd om de uitgebreide bevraging zorgvuldig in te vullen, en in het bijzonder naar de deelnemers van het ontwerptraject. Hun openheid, kritische reflecties en bereidheid om de eigen organisatiepraktijk transparant in vraag te stellen, waren van onschatbare waarde voor de diepgang van dit onderzoek.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar professor Geert Van Hoetegem voor het delen van zijn expertise in Innovatieve Arbeidsorganisatie en voor het faciliteren van het ontwerptraject. Daarnaast danken we de leden van de stuurgroep voor hun strategische inzichten en constructieve feedback.

Tot slot danken we Howest voor de financiering met PWO-middelen en de Federatie CAR voor de cofinanciering. Hun vertrouwen en ondersteuning maakten dit project mogelijk. Ook een oprechte dank aan Tine Langedock, Elia Wyverkens en Sarah Daniels voor hun ondersteuning, vertrouwen en betrokkenheid vanuit Mensenmaat Howest gedurende het traject.

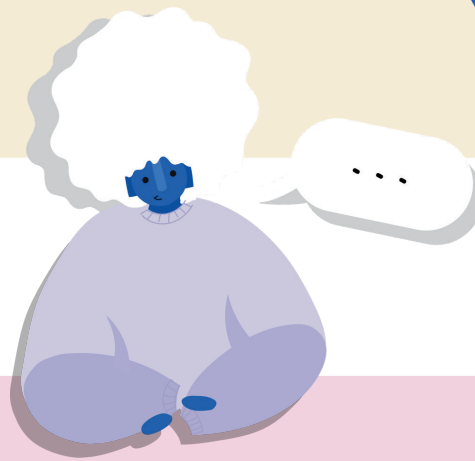
We hopen dat dit rapport niet alleen een waardevolle bijdrage levert aan de sectorbrede dialoog over de toekomst van de CAR's, maar ook concrete handvatten biedt aan individuele centra om hun organisatie bewust, onderbouwd en toekomstgericht verder vorm te geven.

“
*Wat is ontworpen, kan
ook anders ontworpen
worden.*¹
”

Elke Baten
Projectleider CAR 2.0

¹ Sfirtsis, M. (2025). De illusie van zorgschaarste: Van capaciteitscrisis naar het ontwerpen van een levend zorg-ecosysteem. TIAS School for Business and Society.

Inhoudstafel



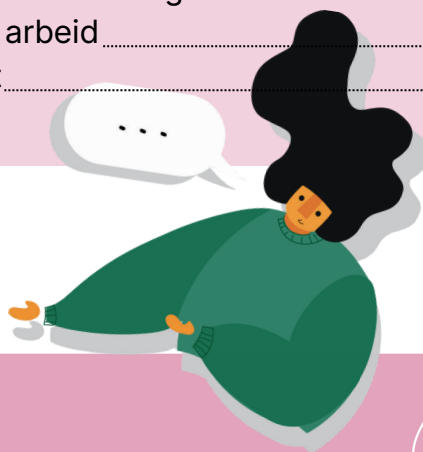
Inleiding	1
Deel 1: Analyse van de huidige organisatie in de CAR's ('as-is')	4
1. Methode.....	4
1.1. Procedure en beschrijving van de bevraging.....	4
1.2. Deelnemende centra	6
1.3. Data-analyse.....	8
2. Resultaten.....	8
2.1. Aanmeldingen en doelgroepen	8
2.2. Personeelskenmerken	11
2.3. Sociotechnische analyse.....	12
3. Synthese.....	29
Deel 2: Ontwerp van scenario's en denkkaders ('to-be')	31
1. Theoretisch kader: Moderne Sociotechniek als basis voor herontwerp.....	31
2. Methode van het ontwerptraject.....	38
3. Resultaten	40
3.1. Missie, visie, strategie	41
3.2. Prestatie-eisen	42
3.3. Primair proces/waardetoevoegend proces.....	43
3.4. Van macro- naar micro-ontwerp.....	50
Deel 3: Reflecties en beleidsaanbevelingen	51
1. Belangrijkste inzichten uit het onderzoek.....	51
2. Beleidsaanbevelingen.....	52
3. Slotbeschouwing.....	57
Bijlagen	58



Lijst Figuren en Tabellen



Figuur 1. Verdeling deelnemende CAR's over Vlaamse provincies	6
Figuur 2. Mate van samenwerking met organisaties in de regio	7
Figuur 3. Leeftijdsverdeling en geslachtsverdeling aanmeldingen	9
Figuur 4. Aanmeldingsklachten	10
Figuur 5. Doelgroepen	11
Figuur 6. Personeelssamenstelling	12
Figuur 7. Organisatie van het primair proces	13
Figuur 8. Verdeling teamtypes en teamgrootte	16
Figuur 9. Verzuim- en verloopcijfers	19
Figuur 10. Vacatureduur per personeelscategorie	20
Figuur 11. Instroom, doorstroom en wachtlijst	21
Figuur 12. Volledige trajectduur	22
Figuur 13. Duur onderzoeksfase per doelgroep	23
Figuur 14. Duur behandelfase per doelgroep	24
Figuur 15. Verband capaciteit zorgpersoneel in aantal VTE met theoretische doorstroom	27
Figuur 16. Relatie met geleverde prestaties - capaciteit zorgpersoneel in VTE (links), maximale facturatiecapaciteit (rechts)	27
Figuur 17. Toename van communicatielijnen naarmate teamgrootte toeneemt (Wet van Brooks)	32
Figuur 18. De ontwerpsequens van Innovatieve Arbeidsorganisatie	34
Figuur 19. Illustratief voorbeeld: het proces van afwassen: van functioneel naar ordergebaseerd	35
Figuur 20. Integrale kijk op organisaties	37
Figuur 21. Overzicht van het participatieve ontwerptraject en de opeenvolgende ontwerpdagen	40
Tabel 1. Exploratieve verbanden tussen organisatiedesign en kwaliteit van de organisatie/kwaliteit van de arbeid	26
Tabel 2. Deelnemers aan het ontwerptraject	38



Inleiding²

Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) zijn **gespecialiseerde ambulante revalidatievoorzieningen** binnen het Vlaamse zorglandschap. In Vlaanderen zijn momenteel 42 CAR's actief. Zij bevinden zich vandaag in een context van belangrijke beleidsmatige en organisatorische transitie. De CAR's ontstonden rond de jaren 1970 binnen het kader van de federale wet op de sociale reclassering van minder-validen. Hun oorspronkelijke opdracht bestond uit het bevorderen van maatschappelijke re-integratie voor mensen met een beperking, in het bijzonder via arbeid. Later kwamen de CAR's onder de federale bevoegdheid van het RIZIV, dat hun werking structureerde via **conventies waarin doelgroepen, zorgvormen en financiering gedetailleerd werden vastgelegd**. De regelgeving was daarbij sterk **medisch georiënteerd**, waarbij arbeidsgeschiktheid een belangrijk uitgangspunt vormde.

Sinds 2014, en meer uitgesproken sinds 2019, werden de CAR's geregionaliseerd en onder Vlaamse bevoegdheid geplaatst. In dat kader positioneerden de centra zich binnen het **decreet geestelijke gezondheidszorg**, en niet onder het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Deze keuze sluit aan bij hun bredere visie op ontwikkelingsproblemen, die niet steeds binnen een uitsluitend handicapgerichte benadering te vatten zijn. Ondanks de regionalisering bleven de federale conventies grotendeels behouden. **De huidige structuur en financieringslogica zijn dus nog steeds gestoeld op historische uitgangspunten, terwijl de context waarin CAR's vandaag functioneren sterk geëvolueerd is.**

Dit geldt niet alleen voor de financieringsmechanismen, maar **ook voor de samenstelling van de personeelskaders binnen de CAR's**.

De personeelsomkadering per centrum is vandaag in belangrijke mate gebaseerd op historische beslissingen uit de jaren 1990 en werd nadien grotendeels bevroren. De verdeling van functies en disciplines (bijvoorbeeld de verhouding tussen directie, psychologen en paramedici) is daarbij niet systematisch afgestemd op de actuele zorgnoden of organisatievereisten, maar weerspiegelt eerder de historische groei van individuele centra. Dit leidt ertoe dat, ondanks een gedeeld regelgevend kader, CAR's onderling sterk verschillen in hun personele samenstelling en beschikbare ondersteunende functies. **Deze historisch gegroeide verschillen hebben een impact op de manier waarop centra hun werking organiseren en dragen bij aan de variatie in organisatiemodellen die vandaag in de sector wordt vastgesteld.**

² Website Federatie CAR; persoonlijke communicatie Federatie CAR.



Tegelijk is de **maatschappelijke en zorginhoudelijke context fundamenteel veranderd**. Cliënten stellen complexere hulpvragen, samenwerken in netwerken is essentieel geworden en de verwachtingen ten aanzien van wendbaarheid, autonomie en ondernemerschap nemen toe.

Binnen het huidige regelgevende kader richten CAR's zich voornamelijk op kinderen en jongeren met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, zoals gedefinieerd in de DSM-5 en voor jonge kinderen binnen de DC:0-5-classificatie, evenals op personen met gehoorstoornissen en niet-aangeboren hersenletsel. Tegelijk evolueert het beleidskader richting een bredere benadering van ernstig psychische zorgnoden en participatieproblemen, in het kader van het integratietraject CAR-CGG tegen 2028. In dat traject werkt de Vlaamse overheid toe naar **één gemeenschappelijk regelgevend kader voor de CAR's en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)** tegen 2028³. CGG's bieden ambulante psychologische en psychiatrische hulp aan mensen met ernstige psychische problemen en zijn historisch gegroeid en gefinancierd binnen een Vlaamse beleidscontext. Zij worden gefinancierd via een enveloppemodel, wat sterk contrasteert met de prestatiefinanciering van de CAR's. Binnen het nieuwe beleidskader wordt van de centra (CAR's en CGG's) verwacht dat zij zich 'beproefd' organiseren. De strikte conventies komen daarbij onder druk te staan. Samen met de omgevingsontwikkelingen van de voorbije decennia vormt dit een momentum om te onderzoeken in welke mate de huidige arbeidsorganisatie van de CAR's nog aangepast is aan de uitdagingen van vandaag, en of zij voldoende toekomstbestendig is om in te spelen op de ontwikkelingen van morgen.

Onderzoeksopdracht

Dit rapport vertrekt expliciet vanuit een sociotechnisch perspectief (Van Hoetegem & Sels, 2025⁴) en focust op de volgende onderzoeksvraag:

Hoe kunnen CAR's zich zo passend mogelijk organiseren om:

- 1. Hun inhoudelijke expertise beter te ontsluiten**
- 2. Met blijvende aandacht voor**
 - Kwaliteit van zorg voor de zorggebruiker
 - En werkbaar werk voor de medewerker
- 3. En klaar te zijn voor de toekomst door wendbaar te kunnen inspelen op maatschappelijke veranderingen**

³ <https://www.departementzorg.be/nl/naar-een-gemeenschappelijk-overheidskader-voor-car-en-cgg>

⁴ Van Hoetegem, G., & Sels, C. (2025). Archipelagos: De kunst van het organisatiedesign. OWL Press.



Met deze vraagstelling wendde de Federatie CAR zich tot het wetenschappelijk platform van SIG vzw, de vormingspartner van de Federatie CAR.

De onderzoeksvraag werd verder uitgewerkt en opgenomen door een projectteam van Mensenmaat Howest. Dankzij financiering vanuit PWO-middelen van Howest, met cofinanciering vanuit de Federatie CAR kon een onderzoeks- en ontwerptraject worden opgezet dat liep van 1 februari 2025 tot 31 januari 2026.

Het centrale doel van dit traject was tweeledig. Enerzijds werden de huidige manier(en) van organiseren ('as-is') in kaart gebracht. Anderzijds werden, via ontwerpworkshops, mogelijke denkkaders en scenario's ontwikkeld voor een toekomstgerichte ('to-be') arbeidsorganisatie.

Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit twee grote delen, elk met een eigen methodologische invalshoek.

Een eerste deel biedt een **systematische, datagedreven analyse van de huidige organisatiewijze in de CAR's**, met aandacht voor sterktes en pijnpunten.

Het tweede deel verkent in co-creatie met de sector **mogelijke toekomstscenario's en ontwerpprincipes voor een toekomstbestendige arbeidsorganisatie, met expliciete focus op zowel kwaliteit van zorg voor de zorggebruiker als werkbaar werk voor de medewerker.**

Deel 1: Analyse van de huidige organisatie in de CAR's ('as-is')

In dit eerste deel wordt de arbeidsorganisatie van de CAR's in kaart gebracht vanuit een **sociotechnisch perspectief**. Eerst wordt een beschrijving gegeven van de zorggebruikers en worden de personeelskenmerken geschetst. Vervolgens worden kenmerken van de arbeidsorganisatie, de kwaliteit van de arbeid en de kwaliteit van de organisatie afzonderlijk beschreven. Tot slot worden deze elementen exploratief met elkaar in verband gebracht.

1. Methode

1.1. Procedure en beschrijving van de bevraging

Om zicht te krijgen op hoe de CAR's zich vandaag organiseren, werd in juni 2025 een schriftelijke bevraging verspreid onder alle CAR's in Vlaanderen (N = 42). De bevraging werd volledig ingevuld door 31 centra (73.8%) en gedeeltelijk ingevuld door 7 centra (16.7%), waarbij de voltooiingspercentages varieerden tussen 23% en 48%. Drie centra (7.1%) namen niet deel.

De vragenlijst bestond uit **acht onderdelen**: algemene kenmerken, regionale samenwerking, aanmeldings- en wachtlijstbeleid, personeel- en organisatiekenmerken, subsidies en prestaties, algemene gegevens over cliënten, wachttijden en trajectduur en teams en medewerkers. De focus lag steeds op gegevens uit het jaar 2024. De bevraging bevatte zowel gesloten meerkeuzevragen als open vragen, met ruimte voor toelichting. De geschatte invultijd bedroeg ongeveer drie uur. In Bijlage 1 kan de volledige vragenlijst gevonden worden.

De vragenlijst werd verspreid via Qualtrics en ingevuld door personen in beleidsverantwoordelijke of coördinerende functies, zoals directies of teamcoördinatoren. Het betreft dus een **zelfrapportage van centrumgegevens en organisatiestructuur**.

Voorafgaand aan de bevraging werden de deelnemende centra geïnformeerd over het doel, de opzet en de praktische modaliteiten van het onderzoek. Deelname gebeurde op vrijwillige basis. Door de bevraging in te vullen, gaven de centra hun **geïnformeerde toestemming** voor het gebruik van de aangeleverde gegevens binnen de doelstellingen van dit sectorbrede onderzoek. In de rapportering zijn de resultaten **geanonimiseerd** weergegeven, zodat individuele centra niet te herleiden zijn.

De vragenlijst werd door de onderzoekers opgesteld op basis van verschillende bronnen: eerdere wetenschappelijke bevragingen rond arbeidsorganisatie in de



zorg⁵, literatuur over het in kaart brengen van organisatiekenmerken⁶ en de jaarverslagen van verschillende CAR's. De formulering van de vragen en antwoordcategorieën werd vervolgens verfijnd op basis van gesprekken met twee CAR-directies. Ondanks deze voorbereidende fase bleek het **niet altijd eenvoudig om de dagelijkse organisatorische realiteit adequaat te vatten** in een gestandaardiseerde schriftelijke bevraging. Uit de open antwoorden bleek dat bepaalde begrippen niet steeds eenduidig werden geïnterpreteerd en dat sommige vragen verschillend werden begrepen door respondenten. Waar relevant wordt dit in de bespreking van de resultaten toegelicht en genuanceerd.

De aangeleverde gegevens brengen bovendien enkele **belangrijke methodologische aandachtspunten** met zich mee. Ten eerste zijn de gegevens gebaseerd op **geaggregeerde centrumgegevens** uit XLT⁷, en niet op data op het niveau van individuele cliënten. Centra rapporteerden dus gemiddelden en totalen op centrumniveau (bijvoorbeeld gemiddelde trajectduur, totaal aantal aanmeldingen). Dit impliceert een zekere reductie van informatie bij de dataverzameling, maar was een bewuste praktische keuze.

Ten tweede betekent dit dat **extreme waarden binnen centra (bv. kinderen die uitzonderlijk lang wachten) niet afzonderlijk zichtbaar zijn** in de dataset en als het ware 'verdwijnen' in de gerapporteerde gemiddelden. Bovendien betreft het globale gemiddelde over de centra een gemiddelde van centrumgemiddelden en dus geen naar cliëntenaantallen gewogen gemiddelde.

Ten derde werden **niet alle vragen door alle deelnemende CAR's beantwoord**. In de analyses wordt daarom telkens gewerkt met de beschikbare data, waarbij het aantal respondenten (n) expliciet wordt vermeld.

De **analyses hebben een beschrijvend en exploratief karakter** en beogen geen statistische representativiteit. Ze geven inzicht in verschillen tussen organisaties, maar laten geen uitspraken toe over de spreiding van wachttijden binnen centra of over het aandeel kinderen dat (veel) langer wacht dan het centrumgemiddelde. Tegelijk vormen ze een belangrijke basis voor reflectie over de huidige organisatiewijze in CAR's en voor het ontwerpluk in het tweede deel van dit rapport.

⁵Teppers, E., Van Hootegem, G., & Vermeerbergen, L. (2022). Covid-19 en innovatief organiseren in woonzorgcentra: Kan de arbeidsorganisatie verschillen in besmettingen, hospitalisaties en sterfgevallen van Covid-19 verklaren? (SWVG-Rapport 78). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin/ HIVA – Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving & Faculteit der Managementwetenschappen, Radboud Universiteit.

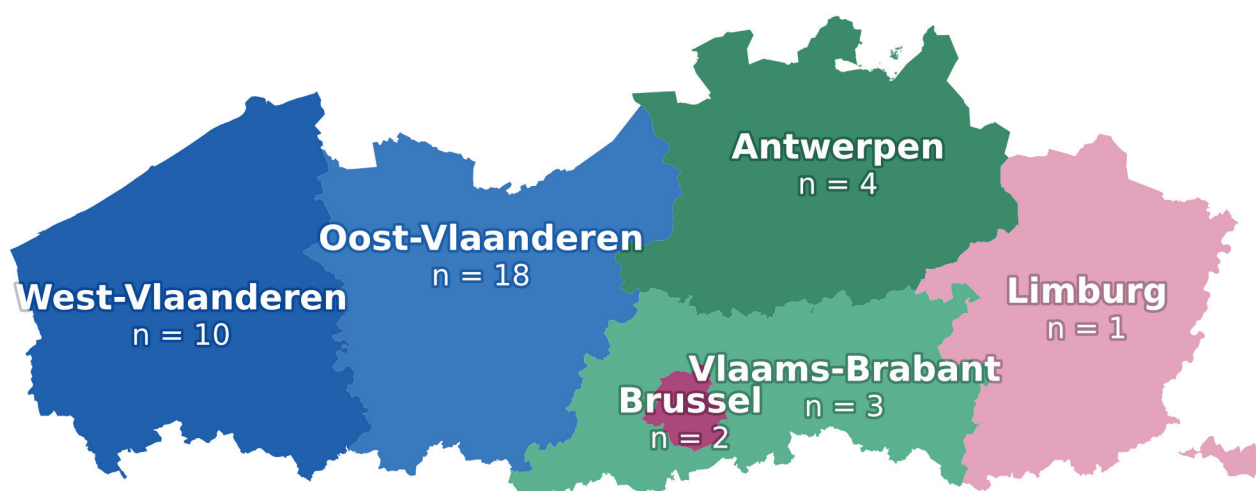
⁶Van Hootegem, G., Huys, R., & Maes, G. (2014). Meten en veranderen: Instrumenten bij het nieuwe organiseren. Acco.

⁷Rapportering vanuit Caremanager, specifieke software die gebruikt wordt in de CAR's.

1.2. Deelnemende centra

Regionale spreiding en vestigingen. Figuur 1 geeft de spreiding weer van de 38 deelnemende CAR's over de Vlaamse provincies. Het merendeel van de centra (n = 33; 86.8%) bestaat uit één vestiging. Twee CAR's (5.3%) beschikken over twee vestigingen en nog eens twee centra (5.3%) hebben drie vestigingen. Eén centrum (2.6%) telt 4 vestigingen.

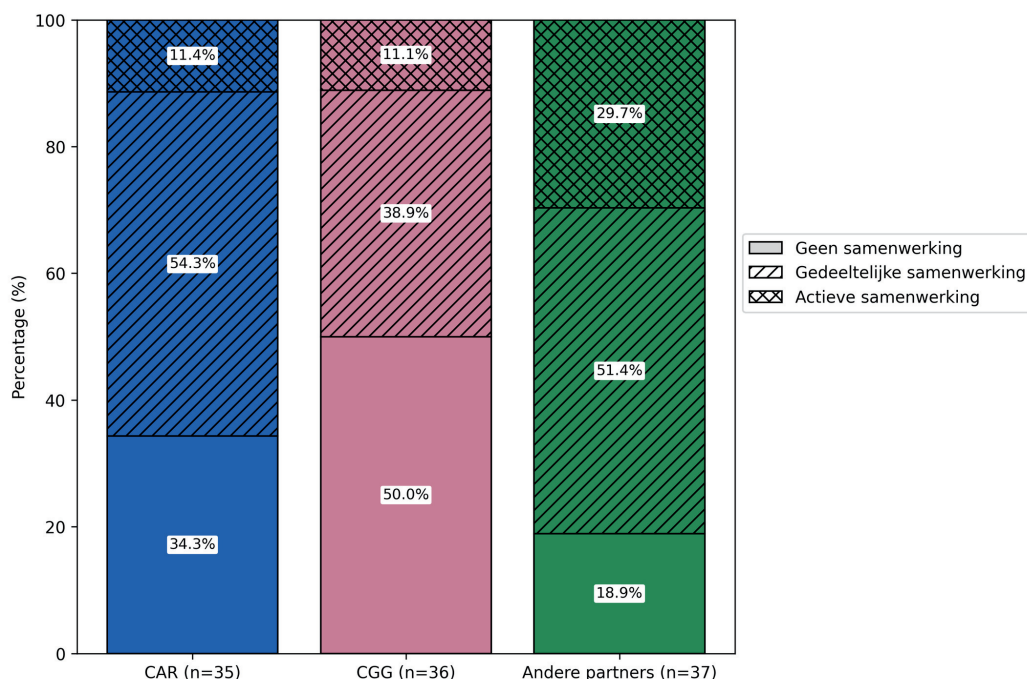
Figuur 1. Verdeling deelnemende CAR's (hoofdzetel) over Vlaamse provincies (N = 38)



Schaalgroottes. Meer dan de helft van de deelnemende CAR's (57.9%; n = 22) maakt organisatorisch deel uit van een groter geheel, terwijl 42.1% (n = 16) als zelfstandige organisatie functioneert. Uit de open antwoorden blijkt dat deze organisatorische inbedding uiteenlopende vormen aanneemt. Sommige CAR's maken deel uit van bredere zorggroepen (zoals DIGOR), grotere vzw-structuren, mutualiteitsgebonden netwerken (vb. CM) of geïntegreerde zorgclusters waarin verschillende zorgvormen (zoals MFC of BuBaO) gecombineerd worden.

Samenwerking met regionale partners. Om de regionale context waarin CAR's functioneren beter te begrijpen, werd gepeild naar de aanwezigheid van andere zorgorganisaties binnen een straal van 20 km en naar de mate van samenwerking met deze partners. Figuur 2 toont de gerapporteerde mate van samenwerking met verschillende types organisaties, uitgedrukt als percentage van de centra met minstens één partner binnen een straal van 20 km.

Figuur 2. Mate van samenwerking met organisaties in de regio (straal van 20 km) - % van centra met minstens één partner in de buurt



Het aantal andere **CAR's** in een straal van 20 km varieert van geen (n = 3; 7.9%) tot meer dan vier naburige CAR's (n = 8; 21.1%). De meest voorkomende situatie is de aanwezigheid van twee naburige CAR's (n = 15, 39.5%). Daarnaast rapporteren telkens vier CAR's (10.5%) respectievelijk één, drie of vier naburige CAR's binnen een straal van 20 km. Van de 35 centra met minstens één CAR in de buurt geven vier centra aan actief samen te werken (11.4%), negentien centra (54.3%) rapporteren gedeeltelijke samenwerking en twaalf centra (34.3%) geven aan niet samen te werken met het/de CAR('s) in de regio. Wanneer er (gedeeltelijk) wordt samengewerkt (n = 23), gebeurt dit voornamelijk op informele basis (n = 22; 95.7%). De samenwerking richt zich vooral op regio- en doelgroep-afspraken en wederzijdse doorverwijzing.

Voor **CGG's** zien we een iets breder spreidingspatroon. Twee CGG's binnen 20 km is het meest voorkomend (n = 14; 36.8%), gevolgd door één CGG (n = 12; 31.6%) en drie CGG's (n = 5, 13.2%). Twee CAR's (5.3%) bevinden zich in een regio zonder CGG binnen een straal van 20 km, terwijl vier CAR's (10.5%) vier CGG's in de nabijheid hebben en één CAR (2.6%) meer dan vier. Van de 36 CAR's met minstens één CGG in de buurt rapporteert 11.1% actieve samenwerking en 38.9% gedeeltelijke samenwerking, terwijl 50% geen samenwerking aangeeft. Wanneer (gedeeltelijk) wordt samengewerkt (n = 18), gebeurt dit hoofdzakelijk informeel (n = 16; 88.9%). De samenwerking focust vooral op doorverwijzing en casusoverleg, aangevuld met occasionele projectmatige initiatieven.



Wat betreft **andere relevante zorgpartners** binnen een straal van 20 km (zoals CLB, OOC, COS...), bevindt het merendeel van de CAR's zich in een omgeving met twee andere zorgpartners (n = 17; 44.7%). Daarnaast rapporteren zeven CAR's (18.4%) drie zorgpartners en eveneens zeven CAR's (18.4%) vier zorgpartners. Een beperkter aandeel bevindt zich in een regio met één zorgpartner (n = 6; 15.8%), terwijl één CAR (2.6%) aangeeft dat er geen andere relevante zorgpartners binnen 20 km aanwezig zijn. Van de 37 centra met minstens één zorgpartner in de buurt geeft 29.7% aan actief samen te werken en 51.4% gedeeltelijk samen te werken, terwijl 18.9% geen samenwerking rapporteert. Het grootste deel van de samenwerking verloopt informeel (75.9%), al geeft 24.1% aan ook formele afspraken te hebben. De samenwerking richt zich hoofdzakelijk op casusoverleg, doorverwijzing en netwerkstemming, aangevuld met deelname aan gezamenlijke projecten of werkgroepen.

Globaal gezien blijkt samenwerking het meest frequent met andere zorgpartners (zoals CLB en OOC), gevolgd door naburige CAR's, en in mindere mate met CGG's. In alle gevallen verloopt samenwerking overwegend informeel.

1.3. Data-analyse

De gegevens die tijdens dit onderzoek werden verzameld, werden vanuit Qualtrics geëxporteerd naar Excel. In een eerste stap werd de dataset gecontroleerd op foutieve, onvolledige en inconsistente gegevens. Bij onduidelijkheden of twijfel over bepaalde antwoorden werd contact opgenomen met de betrokken respondent met het oog op verificatie en eventuele correctie.

Na dit proces van datacleaning werd de opgeschoonde dataset geïmporteerd in IBM SPSS Statistics (versie 31). De statistische analyses werden uitgevoerd in SPSS en hadden voornamelijk een beschrijvend karakter (frequenties, gemiddelden, spreiding). Voor het opmaken en visueel verfijnen van de figuren werd gebruik gemaakt van artificiële intelligentie.

2. Resultaten

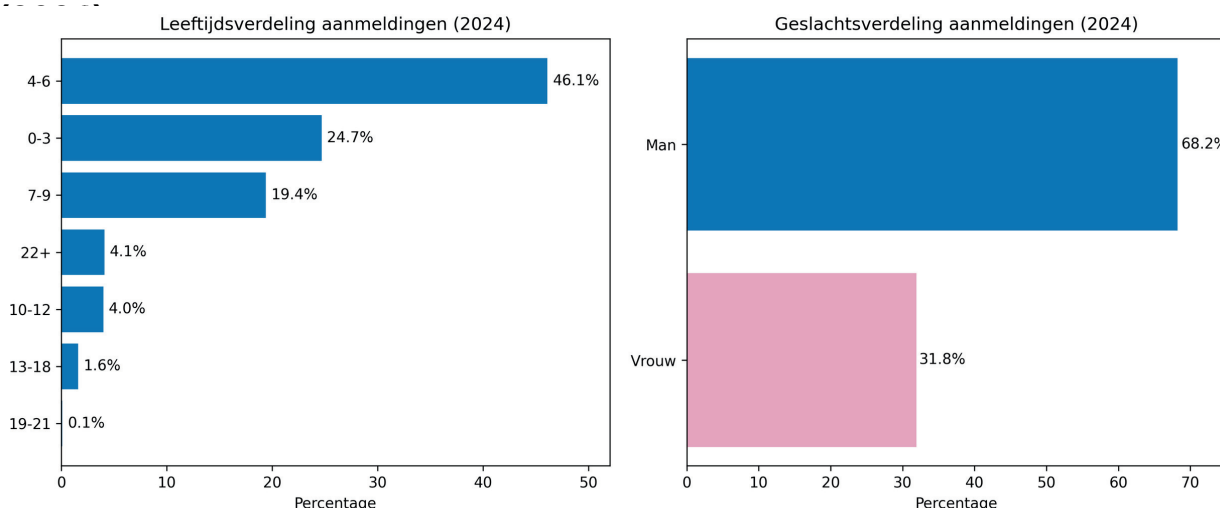
2.1. Aanmeldingen en doelgroepen

Om de doelgroep van de deelnemende CAR's beter te begrijpen, werden kenmerken van de instroom in kaart gebracht. Het gaat hierbij om aanmeldingen in 2024 (N = 6207 in 35 centra), niet om actieve behandeltrajecten, aangezien er doorgaans een wachttijd is tussen aanmelding en opstart van diagnostiek of behandeling (zie verder).

Verwijzers. Cliënten komen bij het CAR terecht via diverse verwijzers. De vijf meest voorkomende verwijzers zijn: **CLB** (39.69%), **arts-specialisten** (12.82%), **scholen** (12.82%), **eigen initiatief van ouders/cliënten** (10.03%) en **Centra voor Ontwikkelingsstoornissen** (COS; 7.50%). Het relatief hoge aandeel “eigen initiatief van ouders/cliënten” dient voorzichtig geïnterpreteerd te worden, aangezien volgens de regelgeving een professionele verwijzer vereist is. Dit wijst mogelijk op verschillen in registratiepraktijken tussen centra, bijvoorbeeld in de manier waarop het eerste contact of de aanleiding tot aanmelding wordt geregistreerd.

Geslacht en leeftijd. Zoals weergegeven in Figuur 3 bestaat de instroom hoofdzakelijk uit jonge kinderen. Van de aanmeldingen waren 68.2% jongens en 31.8% meisjes. Wat leeftijd betreft situeert het grootste deel van de aanmeldingen zich in de categorie 4-6 jaar (46.1%), gevolgd door 0-3 jaar (24.7%) en 7-9 jaar (19.4%). Oudere leeftijdsgroepen komen minder vaak voor: 22 jaar of ouder (4.1%), 10-12 jaar (4%), 13-18 jaar (1.6%) en 19-21 jaar (0.1%). Deze verdeling hangt samen met de doelgroepafspraken binnen de CAR-sector: niet alle centra beschikken over een revalidatieovereenkomst voor alle doelgroepen. Volwassen cliënten situeren zich voornamelijk binnen de doelgroep Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH).

Figuur 3. Leeftijdverdeling en geslachtsverdeling aanmeldingen in CAR's

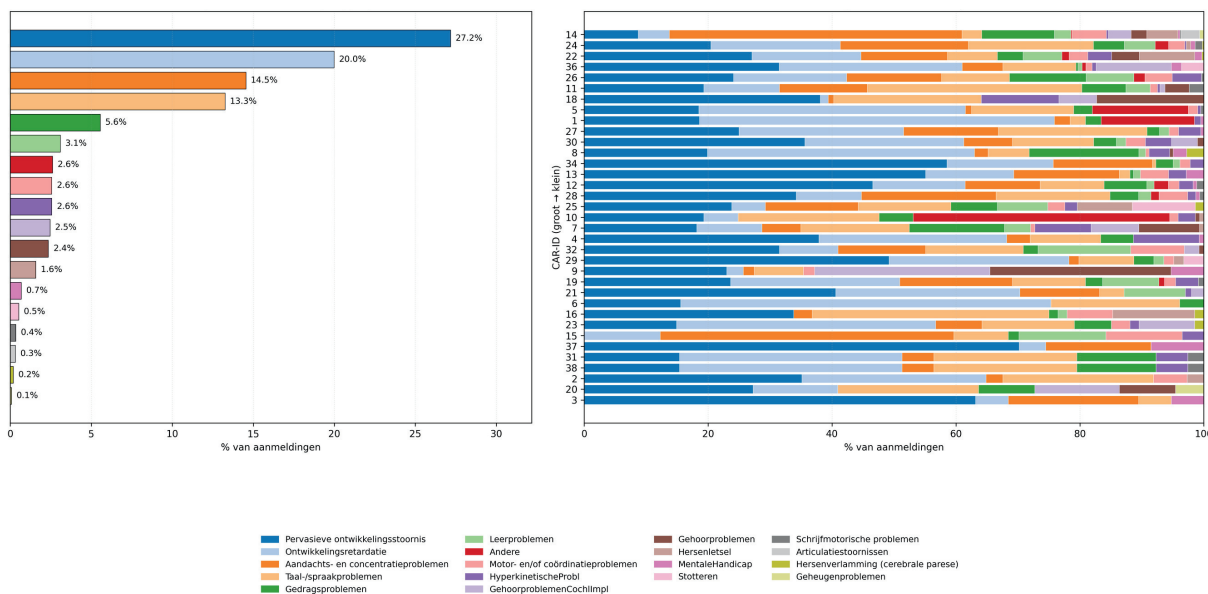


Aanmeldingsklachten. Cliënten worden om uiteenlopende redenen aangemeld. CAR's registreren de aanmeldingsklacht in vaste categorieën. Omdat in de praktijk vaak meerdere klachten van toepassing zijn maar voor registratie één categorie moet worden gekozen, dienen de cijfers met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Figuur 4 (linkergedeelte) toont de geaggregeerde verdeling van de aanmeldingsklachten in 2024. De vier meest voorkomende categorieën zijn pervasieve ontwikkelingsstoornis (27.2%), ontwikkelingsretardatie (20%), aandachts- en concentratieproblemen (14.5%) en taal-/spraakproblemen (13.3%).

De verdeling verschilt echter sterk tussen centra (Figuur 4 - rechtergedeelte), in lijn met de doelgroepspecifieke revalidatieovereenkomsten. Sommige CAR's focussen op ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen, waar pervasieve ontwikkelingsstoornissen en taal-/spraakproblemen domineren, terwijl andere centra - bijvoorbeeld met Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) als doelgroep - relatief meer hersenletsel en gehoorproblemen registreren. Grotere centra vertonen doorgaans een bredere casemix, terwijl kleinere centra vaker één of twee dominante categorieën hebben.

Figuur 4. Aanmeldingsklachten in CAR's (2024) - links: geaggregeerd; rechts: per CAR

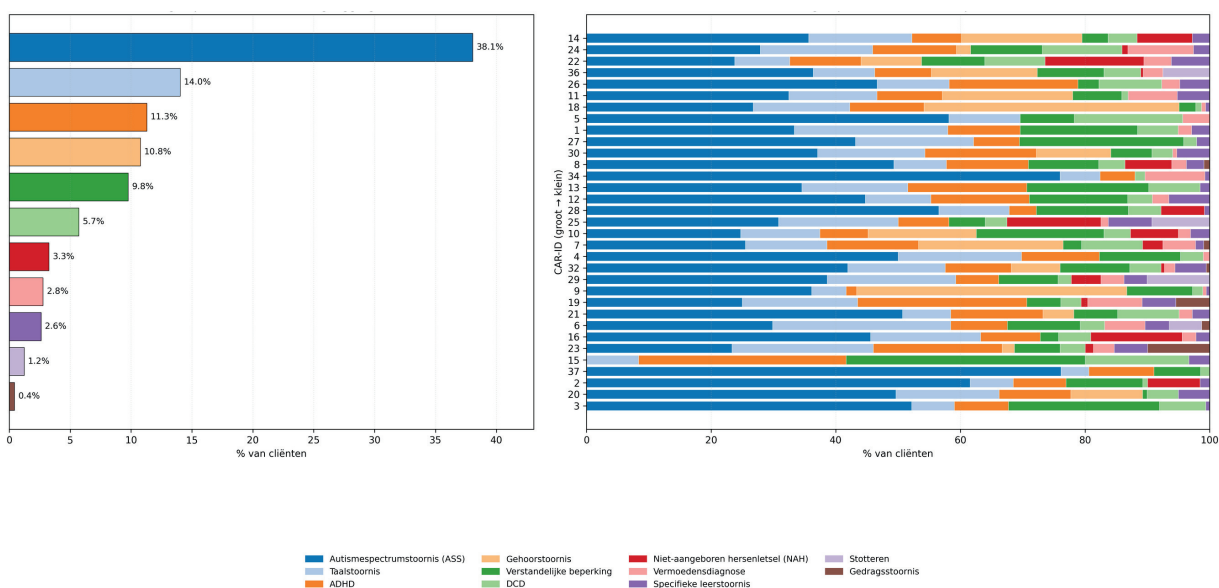


Doelgroepen. Na de onderzoeksfase, waarin multidisciplinaire diagnostiek plaatsvindt, worden cliënten geregistreerd binnen een definitieve doelgroep. Ook hier moet één hoofdcategorie worden gekozen, hoewel in de praktijk vaak sprake is van comorbiditeit. Dit impliceert opnieuw dat **de cijfers een vereenvoudigde weergave vormen van de klinische realiteit**. Figuur 5 vat deze cijfers samen (links geaggregeerd, rechts per CAR).

Geaggregeerd over alle deelnemende centra is autismespectrumstoornis (ASS) veruit de grootste doelgroep (42.7%). Daarna volgen taalstoornis (15.7%), ADHD (12.7%), verstandelijke beperking (10.9%), gehoorstoornis (10.8%) en DCD (6.4%).

Wanneer op centrumniveau wordt gekeken, is ASS de dominante doelgroep in 87.9% van de centra waarvoor gegevens beschikbaar zijn. In een beperkter aantal centra zijn gehoorstoornis (6.1%), verstandelijke beperking (3%) of ADHD (3%) de grootste doelgroep. **Ook hier varieert het aandeel per doelgroep sterk tussen centra. Grotere centra vertonen doorgaans een bredere casemix, terwijl kleinere centra vaker één à twee doelgroepen hebben die primeren. Dit patroon sluit aan bij de eerder vastgestelde verschillen in aanmeldingsklachten.**

Figuur 5. Doelgroepen CAR's (2024) - links: geaggregeerd; rechts: per CAR

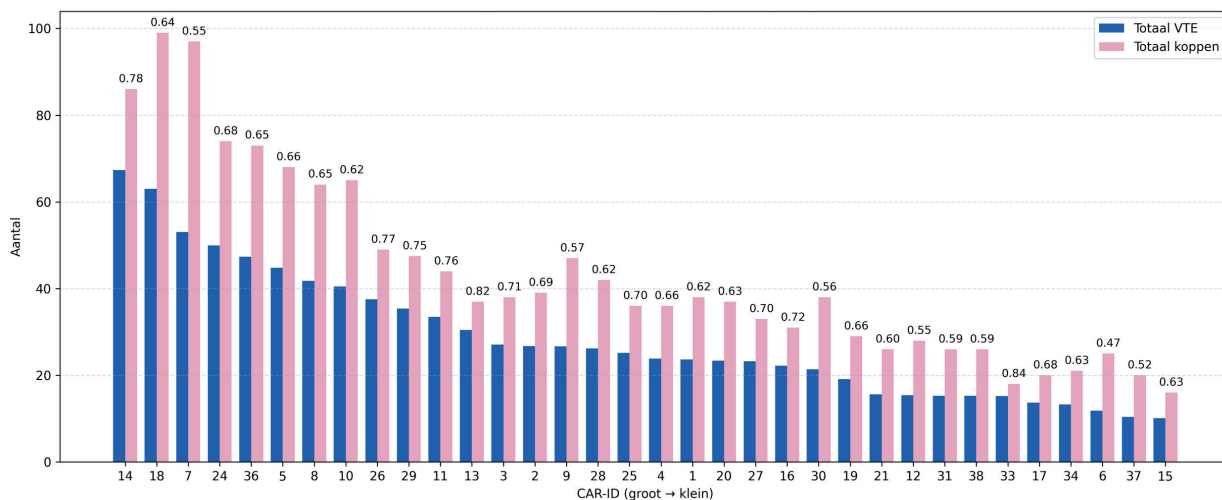


2.2. Personeelskenmerken

Figuur 6 toont per CAR het totaal aantal voltijdsequivalenten (VTE) en het totaal aantal koppen (unieke medewerkers). Boven elke balk staat de gemiddelde tewerkstellingsbreuk, berekend als het totaal aantal VTE gedeeld door het aantal koppen. Deze ratio geeft aan in welke mate functies voltijds dan wel deeltijds worden ingevuld.

De personeelsomvang varieert sterk tussen centra. Het gemiddeld totaal aantal VTE bedraagt 28.5 (min. 10.1; max. 67.3), terwijl het gemiddeld aantal koppen 43.3 bedraagt (min. 16; max. 99). Dit wijst op **aanzienlijke schaalverschillen binnen de sector.**

Figuur 6. Personeelssamenstelling per CAR



In alle centra is de personeelsequipe in overeenstemming met de regelgeving multidisciplinair samengesteld. Voor het zorgpersoneel bedragen de gemiddelde aantallen per centrum (VTE/koppen): medisch personeel (0.63/3.02); psychologisch personeel (master; 4.19/5.93); psychosociaal personeel (bachelor; 1.89/2.91); paramedisch personeel (vb. kinesist, logopedist, ergotherapeut; 15.44/21.62). Voor het niet-zorgpersoneel bedragen de gemiddelde aantallen per centrum: ondersteunend personeel (3.18/4.90), middenkader (1.05/1.91) en directie (0.95/1.05).

2.3. Sociotechnische analyse

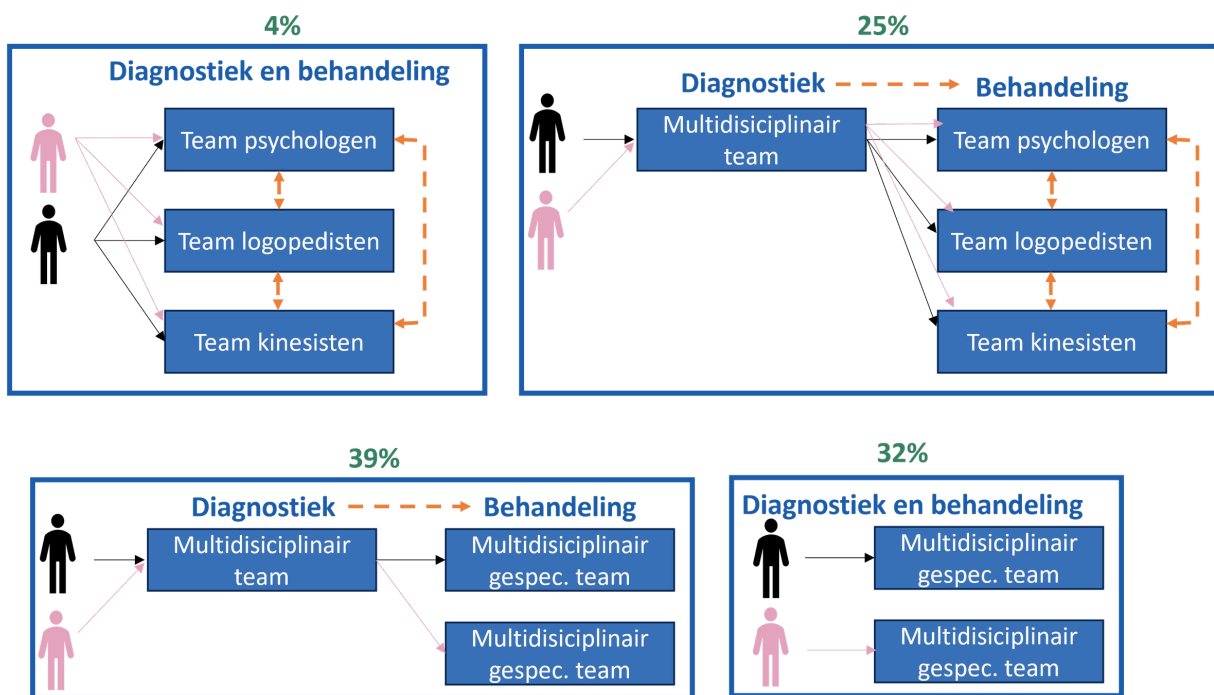
2.3.1. Kenmerken van de arbeidsorganisatie

Primair proces. Het primair proces in de CAR's bestaat uit gespecialiseerde multidisciplinaire diagnostiek, gevolgd door behandeling. Ongeacht de doelgroep start elk traject na aanmelding met een diagnostische fase van maximaal drie maanden, in overeenstemming met de regelgeving. Nadien volgt de behandelfase, waarvan de maximale duur en frequentie eveneens in de regelgeving zijn vastgelegd en verschillen per doelgroep.

In de bevraging werd gevraagd naar de wijze waarop het primair proces voor cliënten organisatorisch gestructureerd is in relatie tot interne werkstructuur (n = 31). Respondenten duiden het dominante organiserende principe aan binnen hun centrum. De antwoorden werden ondergebracht in vier organisatievormen (zie Figuur 7).

De onderstaande indeling moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Tijdens het ontwerptraject (Fase 2) bleek dat centra het begrip “team” en de organisatie van het primair proces niet steeds op dezelfde manier interpreteren. De operationele realiteit blijkt vaak meer hybride dan deze schematische typologie suggereert. De figuur geeft daarom vooral een exploratief beeld van dominante organisatieprincipes zoals gerapporteerd in de bevraging.

Figuur 7. Organisatie van het primair proces in de verschillende CAR's



Noot. Tijdens de ontwerpdagen bleek dat deze typologieën de operationele realiteit niet adequaat vatten en dat deze vaak meer hybride is dan wordt gesuggereerd. Bovenstaande cijfers dienen met deze kanttekening te worden geïnterpreteerd.

Bij 41.9% van de CAR's (n = 13) vindt **eerst diagnostiek plaats in een multidisciplinair onderzoeksteam, gevolgd door behandeling in een ander multidisciplinair team**. De output van het ene team vormt daarbij de input voor het volgende. De multidisciplinaire behandelteams onderscheiden zich van elkaar door te focussen op specifieke doelgroepen (vb. ADHD-team) of specifieke leeftijden (vb. kleuterteam).

Bij 25.8% van de deelnemende CAR's (n = 8) gebeurt **de diagnostiek eerst in een apart multidisciplinair onderzoeksteam, waarna de behandeling wordt opgenomen door verschillende gespecialiseerde monodisciplinaire teams** die onderling input en output uitwisselen. Bij deze vorm van organiseren wordt na diagnostiek een ad-hoc team rond de cliënt samengesteld voor behandeling.



Een beperkte minderheid van de CAR's, namelijk 3.2% (n = 1) werkt met **monodisciplinaire teams waarin zowel diagnostiek als behandeling plaatsvinden**. Er is geen afzonderlijk diagnostiekteam; rond elke cliënt wordt een ad-hoc team samengesteld dat het volledige traject opneemt.

Tot slot organiseert 29% van de CAR's (n = 9) het primair proces stroomsgewijs, op basis van de doelgroep. **Activiteiten zijn gegroepeerd in afzonderlijke stromen, waarbij cliënten zowel diagnostiek als behandeling binnen hetzelfde multidisciplinaire team ontvangen**. Cliënten komen in dat model doorgaans slechts met één team in contact.

Deze categorieën beschrijven het dominante organisatorische principe zoals gerapporteerd in de bevraging. **Tijdens de ontwerpdagen bleek echter dat de operationele realiteit vaak meer hybride is dan deze typologie suggereert**. In verschillende centra worden **behandelteams rond individuele cliënten flexibel samengesteld op basis van expertise en beschikbaarheid, ongeacht de formele processtructuur**. Deze cijfers over de gerapporteerde organisatievormen dienen daarom met deze kanttekening in het achterhoofd te worden geïnterpreteerd. Verder in dit rapport wordt toegelicht hoe tijdens de ontwerpdagen werd gewerkt om de verschillen in operationele realiteit scherper te definiëren en te benoemen (zie ook verder in dit rapport).

Teamorganisatie: vaste teams en ad-hoc-teams. Om de personele organisatie van het primair proces verder te verduidelijken, werd afzonderlijk bevraagd hoe teamwerking binnen de CAR's georganiseerd is (n = 31). Binnen dit onderzoek wordt - in lijn met de sociotechniek - een team opgevat als een stabiele groep medewerkers die rond dezelfde cliënten samenwerkt met gedeeld overleg en gedeelde besluitvorming. In de sector wordt de term 'team' echter ook gebruikt voor ad-hoc teams waarbij medewerkers flexibel rond individuele cliënten worden samengesteld op basis van hulpvraag, expertise en beschikbaarheid. De samenstelling van het team kan verschillen per cliënt en is minder structureel vastgelegd. Deze **terminologische variatie** werd tijdens de ontwerpdagen (Fase 2 van dit onderzoek) expliciet benoemd en vormt een belangrijk interpretatiekader bij deze resultaten (Fase 1 van dit onderzoek).

Uit de gegevens (n = 31) blijkt dat **de meeste centra werken met een combinatie van vaste teams en ad-hoc teams** (41.9%, n = 13). In deze centra wordt aangegeven dat het vooral vaste teams zijn voor diagnostiek of voor de behandeling van specifieke doelgroepen. Daarnaast werkt 35.5% van de centra (n = 11) uitsluitend met vaste teams, terwijl 22.6% van de centra (n = 7), hoofdzakelijk met ad-hoc teams werkt.



In deze laatste groep wordt soms vermeld dat er wel bepaalde vaste samenwerkingsverbanden bestaan, maar dat de kern van de organisatie rond flexibele, cliëntspecifieke teams is opgebouwd.

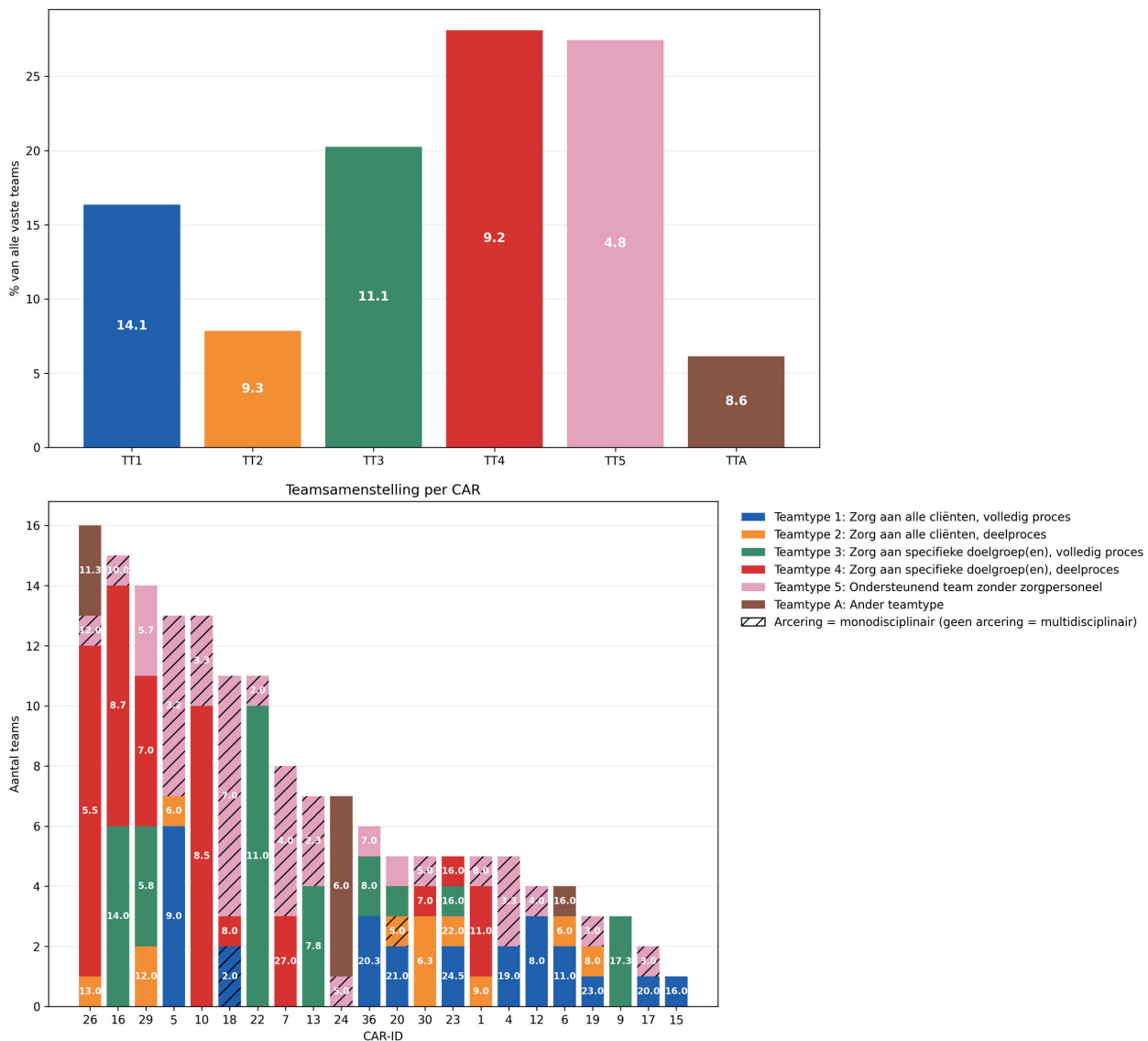
Aantal teams en teamtypes. Zoals zichtbaar in Figuur 8, verschillen zowel het aantal teams per centrum als de teamtypes sterk tussen CAR's. In de centra met beschikbare gegevens ($n = 20$) bedraagt het gemiddeld aantal teams 7.35, met een spreiding van 1 tot 16 teams per centrum. Deze variatie hangt samen met de omvang van het centrum: er is een matige tot sterke positieve correlatie tussen het totaal aantal VTE en het aantal teams ($r = .56$). Gemiddeld zijn er ongeveer 2.46 teams per 10 VTE. Geaggregeerd over alle vaste teams zien we vooral teams voor specifieke doelgroep(en) die een deel van het proces opnemen (teamtype 4, 28.1%) en ondersteunende teams zonder zorgpersoneel (teamtype 5, 27.5%). Daarna volgen teams voor specifieke doelgroep(en) die het volledige proces dekken (teamtype 3, 20.3%) en brede teams voor alle cliënten die het volledige proces dekken (teamtype 1, 16.3%). Brede teams die slechts een deelproces van het traject opnemen (teamtype 2) komen minder frequent voor (7.8%).

In geval van teams voor specifieke doelgroepen (teamtypes 3 en 4), worden deze in de meerderheid van de centra **afgebakend op basis van een specifieke diagnose of doelgroep** (92.9%, $n = 13$). Daarnaast wordt in 71.4% van de centra ($n = 10$) gewerkt met leeftijdsgebonden teams, bijvoorbeeld kleuterteams. In 28.6% van de centra ($n = 4$) worden teams georganiseerd rond specifieke aanmeldingsklachten. In één centrum (7.1%) wordt verwezen naar een onderscheid op basis van complexiteit van de zorgvraag.

Teamgrootte en multidisciplinariteit. De gemiddelde teamgrootte varieert afhankelijk van het type van 4.8 tot 14.1 medewerkers (gewogen naar aantal teams). Brede, procesdekkende teams zijn gemiddeld het grootst (teamtype 1: 14.1 medewerkers; teamtype 3: 11.1 medewerkers). Teams die slechts een deel van het proces opnemen tellen gemiddeld ongeveer 9 medewerkers (teamtype 2: 9.3; teamtype 4; 9.2 medewerkers). Ondersteunende teams (teamtype 5) zijn gemiddeld het kleinst (4.8 medewerkers).

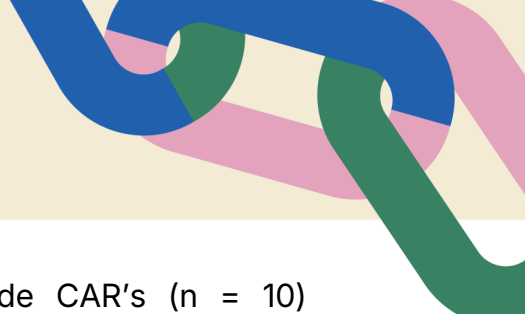
Wanneer alle zorgteams samen worden genomen (teamtypes 1 tot en met 4), bedraagt de gemiddelde teamgrootte 10.8 medewerkers, met een aanzienlijke spreiding van 2 tot 27 medewerkers per team. Binnen deze zorgteams is multidisciplinariteit de norm: 96.4% van de teams is multidisciplinair samengesteld.

Figuur 8. Verdeling teamtypes en teamgrootte (boven: geaggregeerd; onder: per CAR)



Leiding, hiërarchie en taakverdeling. In 74.2% van de CAR's (n = 23) beschikken de teams (vast of ad-hoc) over een aparte leidinggevende positie. In het merendeel van deze centra (87%) gaat het om een meewerkende teamleider.

Wat hiërarchie betreft, werkt bijna de helft van de CAR's (45.2%, n = 14) met twee hiërarchische lagen. Daarnaast rapporteert 29% (n = 9) drie lagen. Een beperkter aandeel heeft vier lagen (9.7%, n = 3) of vijf lagen (3.2%, n = 1). Twee centra (6.5%) werken met één hiërarchische laag en evenveel centra geven aan geen hiërarchische lagen te hebben.



De span of control varieert aanzienlijk. In 32.3% van de CAR's (n = 10) rapporteren 5 tot 15 uitvoerende medewerkers aan het laagste leidinggevende niveau. In 29% (n = 9) betreft dit 16 tot 25 medewerkers en in eveneens 29% (n = 9) meer dan 25 medewerkers. Een kleiner aandeel, 9.7% (n = 3) telt minder dan vijf medewerkers per leidinggevende. Wat de taakverdeling betreft, geven vrijwel alle CAR's (96.8%, n = 30) aan dat teamleden doorgaans dezelfde uitvoerende taken verrichten. Expliciete vormen van jobrotatie of taakroulatie worden slechts door één centrum gerapporteerd (3.2%).

Teamoverleg. Teamoverleg verloopt **overwegend op vaste, geplande tijdstippen**: 90.3% van de CAR's geeft aan dat dit meestal het geval is. Onregelmatig of ad-hoc overleg komt minder frequent voor; 74.2% (n = 23) rapporteert dat dit nooit gebeurt. Wat de tijdsinvestering betreft, besteden de meeste CAR's tussen 2u-2u30 (38.7%, n = 12) uur per week aan teamoverleg. 25.8% (n = 8) voorziet 3u-3u30 per week en 19.4% (n = 6) meer dan vier uur per week. Daarnaast besteedt slechts een beperkt aantal centra vier uur (3.2%, n = 1) en minder dan twee uur (12.9%, n = 4). **Inhoudelijk is teamoverleg sterk cliëntgericht.** In 67.7% van de CAR's (n = 21) gaat ongeveer driekwart van de overlegtijd naar cliëntdossiers. Bij 19.4% (n = 6) wordt zelfs de volledige tijd aan cliëntbesprekingen besteed, terwijl 12.9% (n = 4) aangeeft dat dit ongeveer de helft van de tijd betreft.

Overleg tussen teams vindt minder frequent plaats. Het meest gerapporteerd is 1u-1u30 per maand (29%, n = 9) of 2u-2u30 per maand (29%, n = 9). 9.7% (n = 3) organiseert geen structureel overleg tussen teams. Tijdens dit interteamoverleg ligt de focus minder uitgesproken op cliëntdossiers: 38.7% (n = 12) besteedt minder dan een kwart van de tijd aan cliëntbesprekingen en 16.1% (n = 5) bespreekt geen cliëntdossiers. Anderzijds geeft 19.4% (n = 6) aan dat ongeveer driekwart van de tijd hieraan wordt besteed en 9.7% (n = 3) dat dit de volledige overlegtijd inneemt.

Doelstellingen en opvolging. Meer dan de helft van de CAR's (54.8%, n = 17) rapporteert dat teams werken met expliciete doelstellingen, zoals bezettingsnormen, afspraken rond tijdsbesteding of kwaliteitsindicatoren. In 35.5% van de centra (n = 11) kunnen teams zelf opvolgen in welke mate deze doelstellingen worden behaald, bijvoorbeeld via dashboards of intranetrapporteringen. Daarnaast geeft 64.5% van de CAR's (n = 20) aan dat feedback over het behalen van de doelstellingen gepaard gaat met actief zoeken naar verbeteracties. Een beperkter aandeel (9.7%, n = 3) voorziet wel feedback, maar zonder expliciete verbeterinitiatieven. 12.9% van de respondenten (n = 4) duidt "niet van toepassing" of "weet niet" aan.

2.3.2. Kwaliteit van de arbeid

Volgens Karasek (1979, 1990)⁸ wordt de kwaliteit van de arbeid bepaald door de balans tussen job demands (werkdruk, verwachtingen, pieken, verstoringen) en job control (regelmogelijkheden en autonomie). Idealiter is er sprake van active work: hoge taakeisen in combinatie met voldoende regelmogelijkheden. Werk wordt minder werkbaar bij hoge taakeisen met beperkte regelmogelijkheden (high strain), bij lage eisen en beperkte autonomie (passief werk), of bij lage eisen gecombineerd met veel autonomie (low strain).

In deze bevraging werden geen individuele werknemers bevraagd. Daardoor kunnen geen directe uitspraken worden gedaan over de ervaren balans tussen job demands en job control. Wel kunnen verzuimcijfers, verloopratio's en vacatureduur indicatief inzicht geven in de kwaliteit van de arbeid binnen de centra.

Verzuim en verloop. Figuur 9 toont per CAR het totale verzuimpercentage⁹ en de verloopratio¹⁰ in 2024. Het verzuimpercentage werd berekend als de verhouding tussen het totaal aantal verzuimde werkuren en het totaal aantal contractuele werkuren. De verloopratio geeft het percentage medewerkers weer dat het centrum in 2024 heeft verlaten ten opzichte van het totaal aantal medewerkers.

De spreiding tussen centra is aanzienlijk. Het gemiddelde verzuimpercentage bedraagt 6.02% (min. 1%; max. 20%, n = 36). De aard van het verzuim is overwegend kortdurend: 81.1% van de CAR's rapporteert dat het verzuim voornamelijk minder dan één maand duurt. In 16.2% van de centra betreft het vooral middellang verzuim (tussen één maand en één jaar), terwijl 2.7% vooral langdurig verzuim rapporteert (langer dan 1 jaar).

Het gemiddeld verloop bedraagt 9.4% (min. 4%; max. 25%). Sommige centra combineren hogere verzuimcijfers met hogere verloopratio's, terwijl andere centra lage verzuimpercentages kennen maar toch een merkbaar personeelsverloop rapporteren.

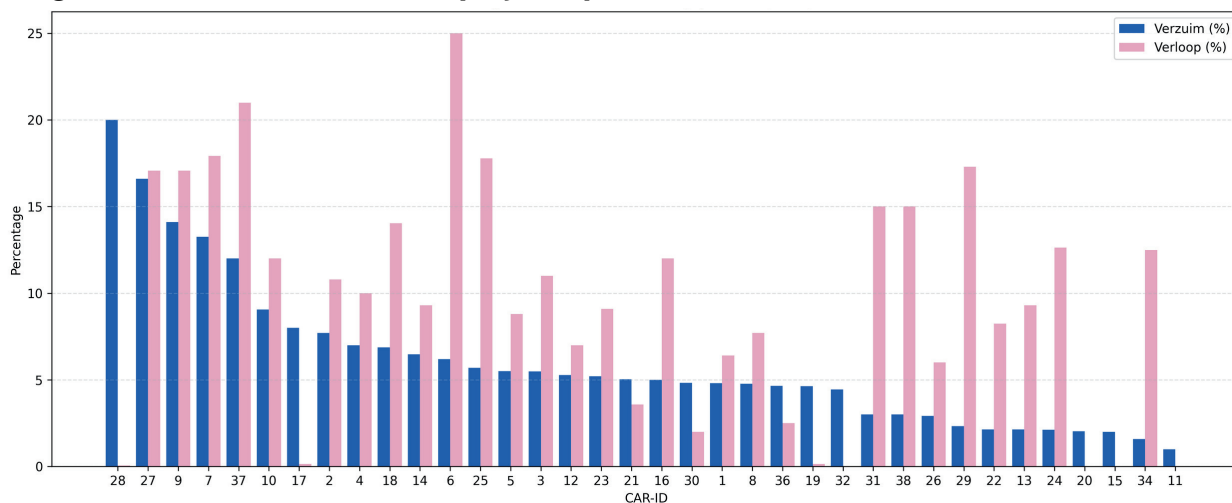
⁸Karasek, R. (1979), Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. In: Administrative Science Quarterly, 24, 2, 285-308

Karasek, R., & Theorell, T. (1990), Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working Life, New York: Basic Books

⁹In de bevraging werd het verzuimpercentage gedefinieerd als het totaal aantal verzuimde werkuren ten opzichte van het totaal aantal contractuele werkuren. Enkel niet-geplande/niet-aangevraagde afwezigheden werden meegerekend (bv. ziekte), en expliciet uitgesloten waren vormen van gepland verlof (wettelijk, syndicaal, vorming, klein verlet, etc.).

¹⁰De verloopratio werd gedefinieerd als het percentage medewerkers dat de organisatie in 2024 verliet, ongeacht de reden (o.a. vrijwillig ontslag, pensioen, einde contract). De berekening was: (aantal vertrokken medewerkers / gemiddeld aantal medewerkers in 2024) x 100.

Figuur 9. Verzuim- en verloopcijfers per CAR



Vacatureduur. Figuur 10 ordent personeelscategorieën van gemakkelijk naar moeilijk invulbaar op basis van de gerapporteerde duur van het invullen van vacatures.

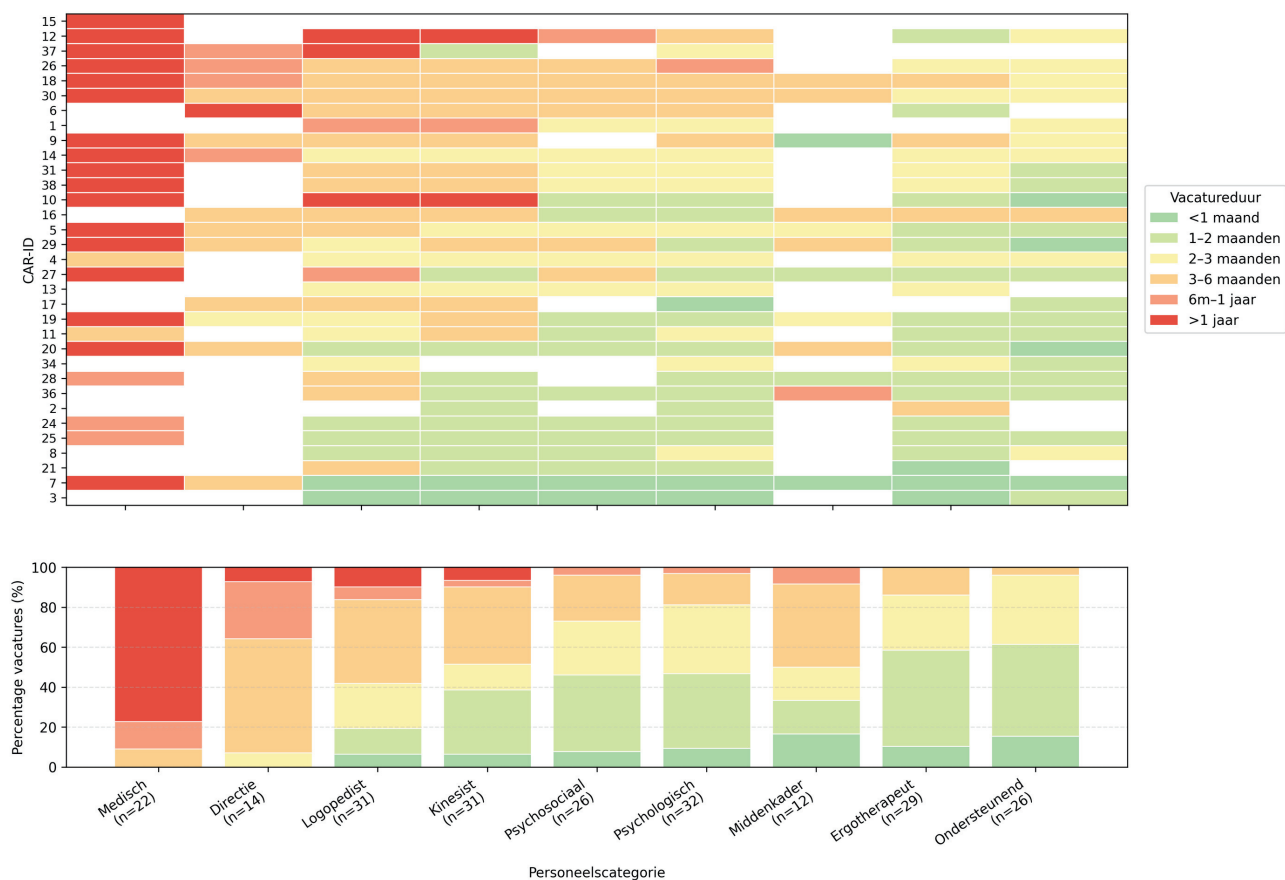
Medische functies blijken het moeilijkst in te vullen: 77.3% van de CAR's rapporteert dat het langer dan één jaar duurt om deze vacatures in te vullen (n = 22). Voor directiefuncties situeert de invultijd zich vooral tussen 3 en 6 maanden (57.1%), gevolgd door 6 maanden tot 1 jaar (28.6%). **Ook voor bepaalde paramedische profielen zijn de invultijden langer.** Bij logopedisten rapporteert 41.9% een invultijd van 3-6 maanden en 9.7% een invultijd van meer dan één jaar (n = 31). Voor kinesitherapeuten bedraagt dit respectievelijk 38.7% en 6.5% (n = 31).

Psychologen (masteropleiding) en psychosociale profielen (bachelor) worden doorgaans sneller ingevuld. Voor psychologen situeert 71.9% van de invultijden zich tussen 1 en 3 maanden (n = 32), terwijl dit voor psychosociale functies 65.4% bedraagt (n = 26). Vacatures voor ergotherapeuten en ondersteunend personeel worden het snelst ingevuld: respectievelijk 75.9% en 80.8% van de vacatures worden binnen drie maanden ingevuld (n = 29; n = 26). Slechts 7.1% rapporteert een invultijd van meer dan één jaar (n = 14).

De combinatie van moeilijk invulbare medische functies, langere invultijden voor bepaalde paramedische profielen en overwegend kortdurend verzuim kan wijzen op structurele spanningen in bepaalde beroepsgroepen.

Tegelijk speelt de **(krapte op de) arbeidsmarkt** onmiskenbaar een rol bij de snelheid waarmee vacatures worden ingevuld, waardoor vacatureduur geen één-op-één-indicator is van werkbaarheid.

Figuur 10. Vacatureduur per personeelscategorie



2.3.3. Kwaliteit van de organisatie

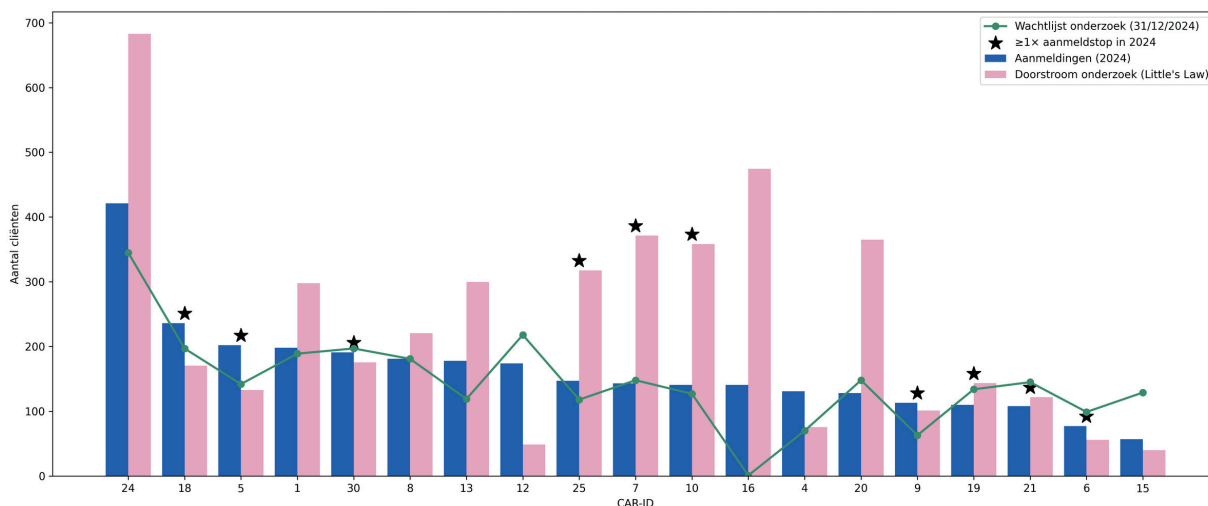
Naast de kwaliteit van de arbeid, is ook de kwaliteit van de organisatie van belang. Dit omvat onder meer de mate waarmee het primaire proces van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling efficiënt verloopt. Dit wordt in beeld gebracht via instroom (aanmeldingen), doorstroom (het aantal plaatsen dat jaarlijks vrijkomt om een nieuw onderzoek te starten), wachttijden en de duur van de verschillende procesfasen. **De inhoudelijke kwaliteit van diagnostiek en behandeling werd niet bevraagd.**

Instroom, doorstroom. Zoals weergegeven in Figuur 11 varieert de instroom sterk tussen centra. **In 2024 registreerden de deelnemende CAR's gemiddeld 177 aanmeldingen** (min. 49, max. 597; n = 35). Enkele centra geven aan dat aanmeldingen pas worden geregistreerd na een eerste fysiek contact, waardoor **de geregistreerde cijfers mogelijk een onderschatting vormen van de effectieve vraag**. In datzelfde jaar startten gemiddeld 113 cliënten met onderzoek (min. 24, max. 536; n = 35).

De theoretische jaarlijkse doorstroom voor onderzoek - berekend volgens Little's Law (Little, 2011)¹¹ op basis van de verhouding tussen de caseload en de gemiddelde onderzoeksduur - bedraagt gemiddeld 231 cliënten (min. 40.11, max. 682.69; n = 20). Dit cijfer geeft een indicatie van de potentiële capaciteit om nieuwe cliënten in onderzoek op te starten, uitgaande van een stabiele caseload en weinig variërende onderzoeksduur. Voor behandeling bedraagt de berekende jaarlijkse doorstroom gemiddeld 78 cliënten (min. 18.68, max. 224.35; n = 25). Ook dit betreft een theoretische benadering die geen rekening houdt met fluctuaties in caseload, behandelduur of doelgroepverschillen.

Capaciteit en wachtrijvorming. In 42.11% van de centra waar zowel het aantal aanmeldingen in 2024, als de doorstroom onderzoek beschikbaar zijn (n = 19), ligt **de theoretische doorstroom voor onderzoek lager dan het aantal geregistreerde aanmeldingen**. Dit wijst op een potentiële structurele spanning tussen vraag en verwerkingscapaciteit, wat kan bijdragen aan wachtrijopbouw. **De wachtlijst voor onderzoek telde op 31 december 2024 in totaal 6012 cliënten in 34 centra**, met een gemiddelde van 177 cliënten (min. 15, max. 550; n = 34). In 35.5% van de centra (n = 11 van 31) werd in de loop van 2024 minstens één aanmeldstop ingevoerd (zie sterretjes in Figuur 11). Deze maatregel werd doorgaans tijdelijk toegepast om de instroom te temperen bij capaciteitsdruk.

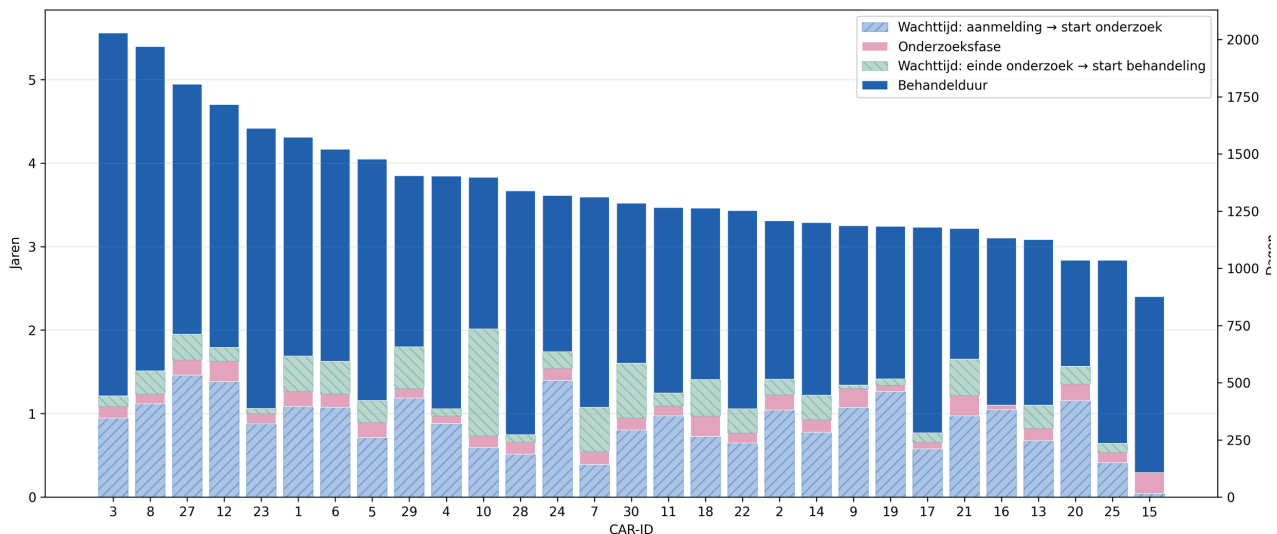
Figuur 11. Instroom, doorstroom en wachtlijst per CAR



¹¹Little, J.D.C. (2011). Little's Law as viewed on its 50th Anniversary. Operations Research, 59(3), 536-549. <https://doi.org/10.1287/opre.1110.0940>

Trajectduur. De totale trajectduur (van aanmelding tot afronding van de behandeling) **varieert aanzienlijk tussen centra** (n = 29), zoals weergegeven in Figuur 12. Gemiddeld bedraagt deze 3.71 jaar (ongeveer 45 maanden), met een minimum van 2.40 jaar (ongeveer 29 maanden) en een maximum van 5.56 jaar (ongeveer 67 maanden).

Figuur 12. Volledige trajectduur per CAR (aanmelding -> einde behandeling)



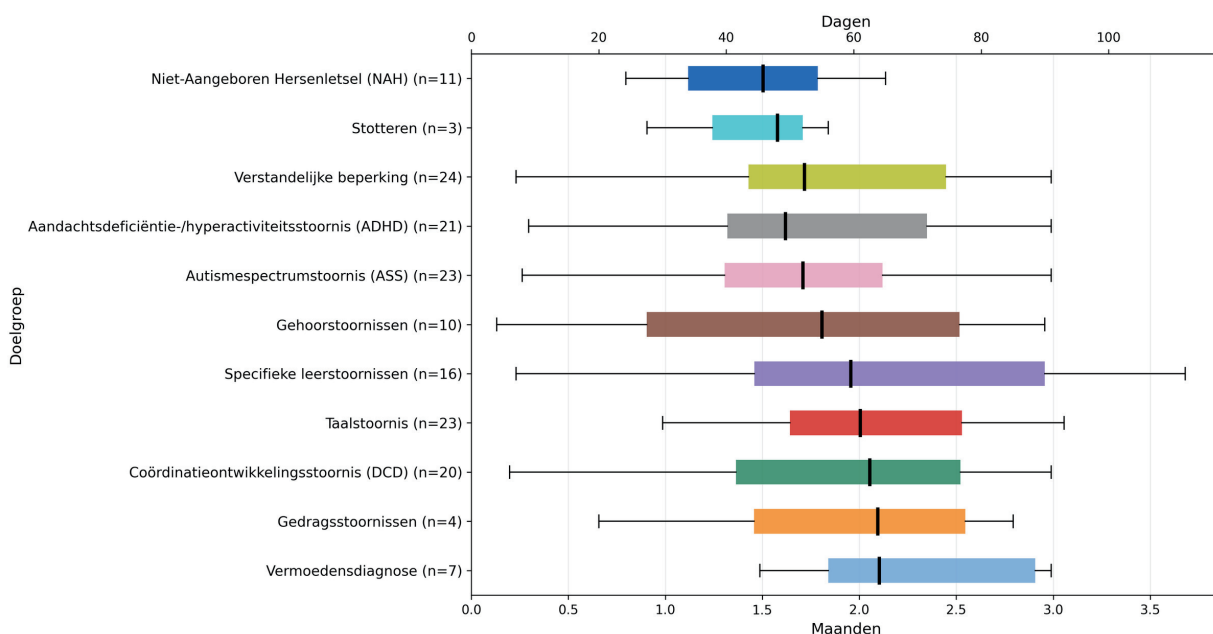
Noot. Waarden zijn gerapporteerde centrumgemiddelden (niet individuele cliëntdata) en het totaal gemiddelde is een gemiddelde van centrumgemiddelden. Interne spreiding op deze cijfers is niet zichtbaar.

Na aanmelding bedraagt de **gemiddelde wachttijd tot de start van onderzoek ongeveer 10 maanden** (314 dagen) met een spreiding van ongeveer twee weken tot anderhalf jaar (16 dagen tot 1.46 jaar; n = 31). De **onderzoeksfase zelf duurt gemiddeld ongeveer 2 maanden** (57 dagen; min.: 20; max.: 91; n = 29). Tussen het einde van het onderzoek en de start van de behandeling verloopt **gemiddeld nog eens ongeveer 4 maanden wachttijd** (111 dagen; min. 0; max. 555 dagen; n = 32). De **behandelfase vormt het grootste aandeel van het traject en duurt gemiddeld 2.39 jaar** (ongeveer 29 maanden), met een spreiding van 1.27 jaar (ongeveer 15 maanden) tot 4.35 jaar (ongeveer 52 maanden; n = 29).

Deze cijfers betreffen centrumgemiddelden en maskeren interne spreiding: binnen centra kunnen subgroepen kinderen aanzienlijk langer wachten en langere trajectduren hebben dan het gerapporteerde gemiddelde. Ook het hoogste 'centrumgemiddelde' blijft een gemiddelde waarachter nog langere individuele wachttijden en trajectduren kunnen schuilgaan.

Wanneer wordt ingezoomd per doelgroep, ontstaat een gedifferentieerd beeld. Voor de meeste doelgroepen situeert de mediane duur van de onderzoeksfase zich tussen ongeveer 1.5 en 2 maanden (zie Figuur 13). Zo bedraagt de mediaan 1.5 tot 2 maanden voor DCD (62.5 dagen, n = 20), taalstoornis (60 dagen; n = 23), specifieke leerstoornis (59.5 dagen, n = 16), ASS (52 dagen; n = 23), ADHD (52 dagen; n = 21), verstandelijke beperking (50 dagen; n = 24) en vermoedensdiagnose (64 dagen; n = 7). Voor NAH ligt de mediaan op ongeveer anderhalve maand (47.5 dagen, n = 11). Hoewel de centrale tendens relatief stabiel is, komen bij sommige doelgroepen langere trajecten voor, met maxima tot 3 à 4 maanden (112 dagen) bij specifieke leerstoornissen en ruim drie maanden (102.5 dagen) bij ADHD.

Figuur 13. Duur onderzoeksfase per doelgroep, gesorteerd op mediane duur

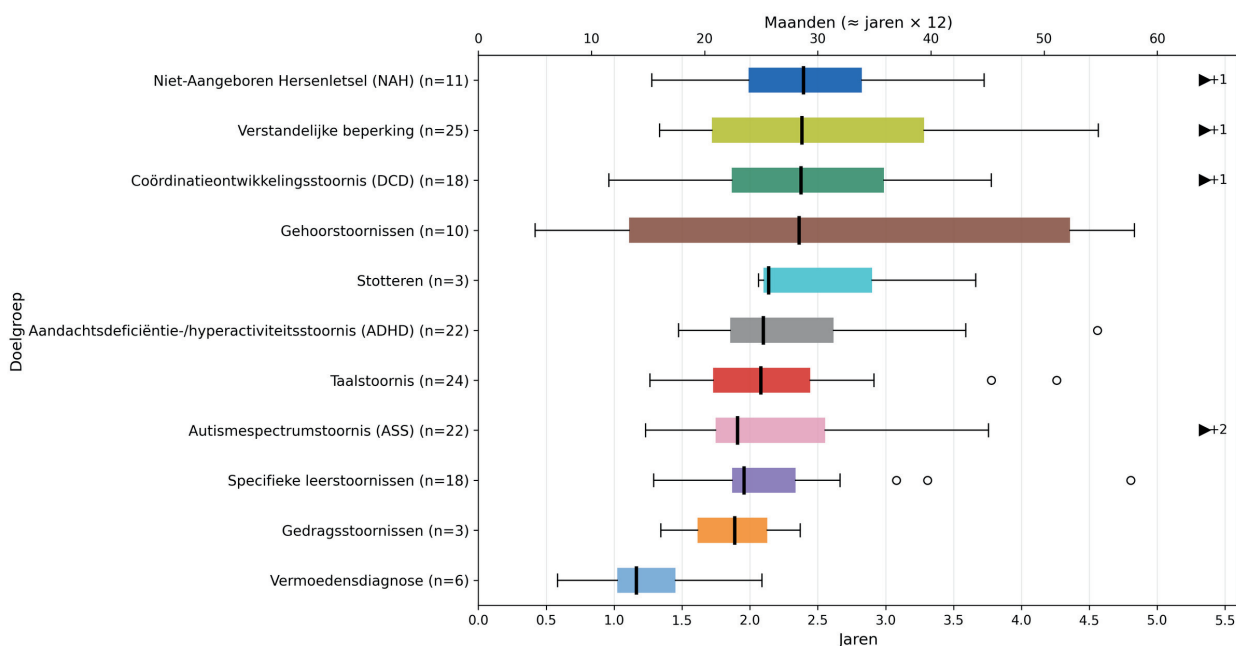


Noot. Waarden zijn gerapporteerde centrumgemiddelden (niet individuele cliëntdata) en het totaalgemiddelde is een gemiddelde van centrumgemiddelden.

In de behandelfase neemt de variabiliteit sterk toe, zowel tussen als binnen doelgroepen (zie Figuur 14). Tot de langste behandeltrajecten behoren NAH (gem. 2.71 jaar of ongeveer 33 maanden; n = 11), verstandelijke beperking (gem. 2.69 jaar of ongeveer 32 maanden; n = 25), DCD (gem. 2.5 jaar of 30 maanden; n = 18), gehoorstoornissen (gem. 2.59 jaar of 31 maanden; n = 10), ASS (gem. 2.45 jaar of 29 maanden; n = 22) en ADHD (gem. 2.39 jaar of 29 maanden; n = 22). Taalstoornis (gem. 2.22 jaar of ongeveer 27 maanden; n = 24) en specifieke leerstoornis (gem. 2.21 jaar of ongeveer 27 maanden; n = 18) nemen een middenpositie in. Kortere trajecten worden gerapporteerd voor vermoedensdiagnose (gem. 1.25 jaar of 15 maanden; n = 6) en gedragsstoornissen (gem. 1.87 jaar of ongeveer 22 maanden; n = 3).

Opvallend is **de aanzienlijke spreiding binnen meerdere doelgroepen**. Bij DCD loopt de gemiddelde maximale behandelduur op tot 6.88 jaar (ongeveer 83 maanden), bij NAH tot 5.74 jaar (ongeveer 69 maanden) en bij ASS tot 5.58 jaar (ongeveer 67 maanden). Ook bij verstandelijke beperking worden maxima tot 5.35 jaar (ongeveer 64 maanden) gemiddelde behandelduur gerapporteerd.

Figuur 14. Duur behandelfase per doelgroep, gesorteerd op mediane duur



Noot. De x-as werd voor de leesbaarheid begrensd op 5 jaar (60 maanden). Extreme waarden boven deze grens werden aangeduid met een pijlsymbool en het aantal observaties buiten de schaal. Waarden zijn gerapporteerde centrumgemiddelden (niet individuele cliëntdata) en het totaalgemiddelde is een gemiddelde van centrumgemiddelden.

No-shows en aanwezigheidsbeleid. Van de centra met beschikbare informatie (n = 27) rapporteert 37% (n = 10) dat no-shows regelmatig voorkomen, waarbij 10-19% van de afspraken niet wordt nagekomen zonder verwittiging. Daarnaast geeft 7.4% (n = 2) aan dat minstens 20% van de afspraken geannuleerd wordt zonder voorafgaande melding. **Samen betekent dit dat bijna de helft van de centra (44.4%) geconfronteerd wordt met no-showcijfers van 10% of hoger.**

Verder rapporteert 29.6% (n = 8) tussen 5-9% no-show, en 25.9% (n = 7) rapporteert minder dan 5% no-show. Ook centra met relatief lage no-showcijfers benadrukken in de toelichting dat afwezigheden een aanzienlijke impact hebben op hun werking. Niet-opgenomen sessies genereren geen financiering, terwijl personeelsinzet en geplande tijd niet kunnen worden gerecupereerd. **No-shows vormen dus zowel organisatorisch als financieel een knelpunt.**



Wat betreft het aanwezigheidsbeleid beschikt 80.6% van de centra (n = 25 van de 31) over een formeel en schriftelijk vastgelegd beleid. De overige 19.4% (n = 6) hanteert informele of niet-geformaliseerde afspraken. In de open antwoorden wordt frequent verwezen naar afspraken rond tijdig verwittigen bij afwezigheid en het telefonisch contacteren van cliënten bij no-show. Expliciete sancties worden slechts sporadisch vermeld. Systematische herinneringssystemen, zoals automatische reminders via sms of e-mail, werden expliciet bevraagd, maar slechts een beperkt aantal centra gaf aan deze structureel te gebruiken.

2.3.4. Exploratieve verbanden tussen kenmerken van de arbeidsorganisatie en kwaliteit van de organisatie/kwaliteit van de arbeid

In de voorgaande paragrafen werd aangetoond dat er **aanzienlijke verschillen bestaan tussen CAR's op zowel kwaliteit van de organisatie (trajectduur, wachttijden, doorstroom, ...) als kwaliteit van de arbeid** (verloop, verzuim, vacatureduur). De vraag is in welke mate deze verschillen samenhangen met verschillen in organisatiedesign tussen de centra.

De onderstaande analyses zijn exploratief van aard. Daarbij werd **geen rekening gehouden met andere factoren** die mogelijk mee een invloed hebben op de gerapporteerde uitkomsten, zoals schaalgrootte van het centrum, casemix en doelgroepverschillen, regionale context of samenwerkingsmogelijkheden. Gezien de beperkte steekproefgrootte en het wisselende aantal geldige waarnemingen dienen de resultaten hypothesevormend geïnterpreteerd te worden. Bovendien werden **meerdere verbanden getoetst**, waardoor de kans bestaat dat sommige statistisch significante resultaten toevalstreffers zijn. Er werd **geen formele correctie toegepast** voor multiple testing. **Tegelijk zijn de getoetste verbanden gebaseerd op theoretisch onderbouwde verwachtingen uit de sociotechnische organisatieliteratuur (Van Hootegem & Sels, 2025³)**. De focus ligt dan ook op consistente patronen die aansluiten bij deze theoretische hypothesen.

De bevindingen moeten gelezen worden als richtinggevende signalen en input voor verdere reflectie en ontwerp, niet als definitieve bewijsvoering.

Een overzicht van de bevindingen kan gevonden worden in Tabel 1.

Tabel 1. Exploratieve verbanden tussen organisatiedesign en kwaliteit van de organisatie/kwaliteit van de arbeid

	Kenmerk organisatiedesign	Uitkomst	ρ	p	n
Kwaliteit van de organisatie	Aandeel procesdekkende teams	Totale trajectduur	-.46	.031*	22
		Totale doorstroom	.49	.024*	22
		Wachttijd aanmelding tot start onderzoek	-.18	.475	18
		Duur onderzoeksfase	-.48	.019*	19
		Wachttijd einde onderzoek tot start behandeling	-.58	.009**	19
		Duur behandelfase	.11	.699	16
		Overlegtijd tussen teams	-.17	.489	19
Kwaliteit van de arbeid	Overlegtijd tussen teams	Duur behandelfase	.43	.023*	27
	Aandeel procesdekkende teams	Verzuim	-.41	.049*	22
		Verloop	-.42	.043*	22
	Overlegtijd tussen teams	Verzuim	.55	.002**	29
		Verloop	.52	.004**	29

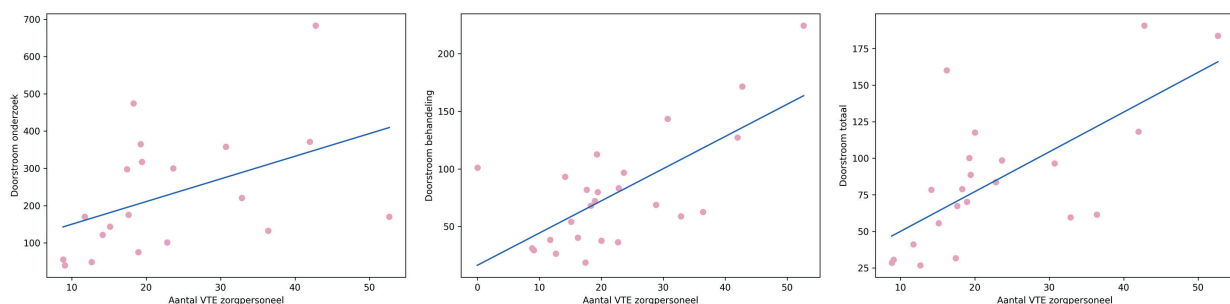
Noot. Significantieniveau: * $p < .05$; ** $p < .01$.

Correlaties zijn exploratief en niet gecontroleerd voor mogelijke confounders.

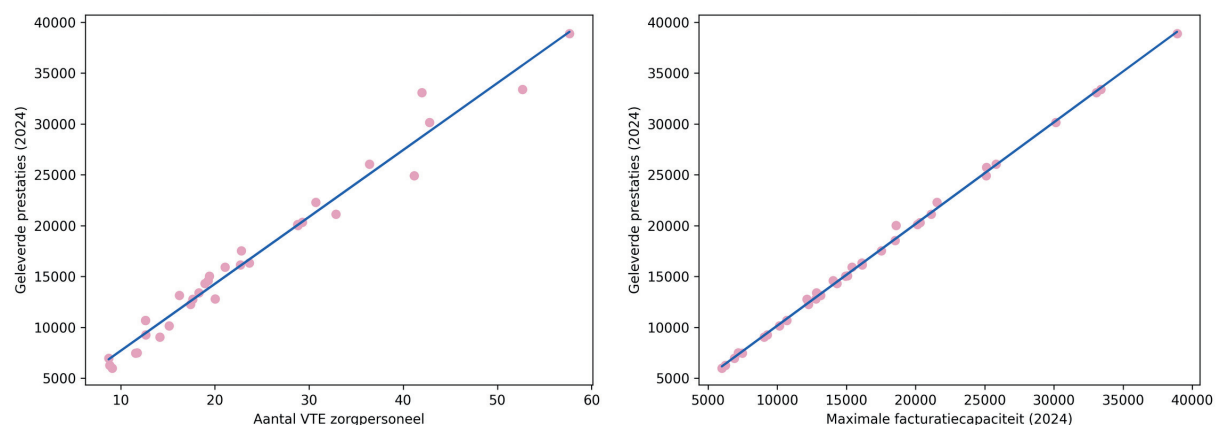
Capaciteit en de ruimte voor "anders organiseren". Zoals verwacht hangt de theoretische doorstroom samen met het totaal aantal VTE zorgpersoneel. Voor de onderzoeksfase bedraagt deze samenhang $\rho = .57$ ($n = 20$; $p = .009$), voor de behandelfase $\rho = .66$ ($n = 24$; $p < .001$), en voor de totale doorstroom $\rho = .70$ ($n = 22$, $p < .001$), zie ook Figuur 15. **Capaciteit speelt dus een duidelijke rol. Tegelijkertijd is dit verband niet perfect.**

Centra met een vergelijkbaar aantal VTE verschillen nog steeds in doorlooptijden en wachttijden. **De totale doorstroom wordt 'slechts' voor 32.49% - 49% bepaald door de zorgcapaciteit.** Dat suggereert dat naast schaal ook organisatorische verschillen een rol kunnen spelen. Daarnaast wijzen de data ook op een sterke samenhang tussen het aantal VTE zorgpersoneel en geleverde prestaties ($p = .99$, $n = 33$, $p < .001$) en op het feit dat alle CAR's nagenoeg exact evenveel prestaties leveren als hun maximale facturatiecapaciteit ($p = .99$, $n = 36$, $p < .001$; zie Figuur 16), wat perfect te verklaren valt vanuit de strikte prestatiefinanciering¹².

Figuur 15. Verband capaciteit zorgpersoneel in aantal VTE met theoretische doorstroom (onderzoek, behandeling, totaal)



Figuur 16. Relatie met geleverde prestaties (2024) - capaciteit zorgpersoneel in aantal VTE (links), maximale facturatiecapaciteit (rechts)



Binnen eenzelfde capaciteit of VTE-contingent zal **"anders organiseren"** vermoedelijk weinig impact hebben op het absolute aantal prestaties. **Mogelijke winst ligt eerder in het verbeteren van de doorstroming en het verkorten van wachttijden en trajectduren.** Een organisatie van het primair proces die de flow ondersteunt, kan ertoe bijdragen dat beschikbare capaciteit doelgerichter en efficiënter wordt ingezet. Tegelijk blijven ook voldoende capaciteit en een passende regionale spreiding van zorg cruciale randvoorwaarden voor toegankelijkheid.

¹²Aangezien prestaties boven het maximaantal niet worden vergoed, worden ze in de praktijk nauwelijks geleverd.

Organisatiedesign en kwaliteit van de organisatie.

Verbanden teamtypes met trajectduur en doorstroom. Wanneer teamtypes worden bekeken in termen van taakvolledigheid, ontstaat een duidelijk patroon. Teams werden samengebracht in procesdekkende teams (teamtipes 1 en 3), die het volledige cliënttraject opnemen, en deelprocesteams (teamtipes 2 en 4), die slechts een deel van het traject behandelen. Omdat het aandeel deelprocesteams complementair is aan het aandeel procesdekkende teams (deelprocesteams = 1 – procesdekkende teams), worden in de verdere analyses enkel de resultaten voor procesdekkende teams gerapporteerd.

Een groter aandeel procesdekkende teams in het centrum hangt samen met een kortere totale trajectduur ($\rho = -.46$, $n = 22$, $p = .031$) en met een **hogere totale doorstroom** ($\rho = .49$, $n = 22$, $p = .024$). De manier waarop het primair proces over teams verdeeld wordt, lijkt dus samen te hangen met de globale flow. Wanneer de trajectduur wordt opgesplitst in haar afzonderlijke componenten, blijkt vooral de **wachttijd tussen onderzoek en behandeling** samen te hangen met het organisatiedesign. Meer specifiek is er een **kortere wachttijd tussen beide fasen, wanneer het centrum een groter aandeel procesdekkende teams heeft** ($\rho = -.58$, $n = 19$, $p = .009$). Daarnaast blijkt ook de **duur van de onderzoeksfase korter** in centra met een groter aandeel procesdekkende teams ($\rho = -.48$, $n = 19$, $p = .019$). Er werden geen significante verbanden gevonden tussen het aandeel procesdekkende teams en de duur van de behandelfase ($\rho = .11$, $n = 16$, $p = .699$), noch voor de wachttijd tussen aanmelding en start onderzoek ($\rho = -.18$, $n = 18$, $p = .475$).

De rol van overlegtijd. De samenhang tussen teamtypes en overleg helpt deze bevindingen verder te duiden. **Meer tijd besteed aan overleg tussen teams blijkt samen te hangen met een langere behandelduur** ($\rho = .43$, $n = 27$, $p = .023$). Er wordt verondersteld dat fragmentatie samenhangt met meer interteamoverleg, maar dit verband kon niet aangetoond worden met de huidige data ($\rho = -.17$, $n = 19$, $p = .489$).

Organisatiedesign en kwaliteit van de arbeid.

Op vlak van kwaliteit van de arbeid worden gelijkaardige patronen zichtbaar. Een **groter aandeel procesdekkende teams hangt samen met lagere verzuimcijfers** ($\rho = -.41$, $n = 22$, $p = .049$) en **lagere verloopratio's** ($\rho = -.42$, $n = 22$, $p = .043$). Daarnaast blijkt ook **meer tijd besteed aan overleg tussen teams samen te hangen met hogere verzuimcijfers** ($\rho = .55$, $n = 29$, $p = .002$) en **hogere verloopratio's** ($\rho = .52$, $n = 29$, $p = .004$). **Waar het primair proces sterker opgesplitst is en de nood aan afstemming tussen teams groter is, lijken dus ook de indicatoren van de kwaliteit van de arbeid minder gunstig.**



3. Synthese

Deze analyse brengt in beeld hoe CAR's zich vandaag organiseren en welke verschillen er bestaan tussen centra, ondanks een gedeeld regelgevend en financieringskader. **De variatie is groot: centra verschillen in schaal, casemix, regionale context en in de manier waarop het primaire proces en teamwerking zijn gestructureerd. Tegelijk worden een aantal terugkerende spanningsvelden zichtbaar die relevant zijn voor zowel kwaliteit van de organisatie als kwaliteit van de arbeid.**

Op het vlak van **kwaliteit van de organisatie** wijzen de gegevens op een **structurele druk op flow en toegankelijkheid. De gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en start onderzoek bedraagt ongeveer tien maanden, gevolgd door een bijkomende wachttijd tussen onderzoek en behandeling van gemiddeld ongeveer vier maanden. De totale trajectduur loopt in de deelnemende centra op tot gemiddeld 3.71 jaar, met aanzienlijke spreiding.** Tegelijk moeten deze gemiddelden zorgvuldig geïnterpreteerd worden: informatie over trajectduur en wachttijden werd aangeleverd als gemiddelden per centrum, waardoor de cijfers weinig zicht geven op de spreiding binnen centra. In de praktijk impliceert dit dat naast een hoge gemiddelde wachttijd ook een groep cliënten bestaat die beduidend langer wacht dan wat in dit rapport als 'gemiddelde' naar voren komt.

In een substantieel aandeel van de centra, ligt **de theoretische doorstroomcapaciteit voor onderzoek lager dan de geregistreeerde instroom.** Ongeveer een derde van de centra organiseerde in 2024 minstens één **aanmeldstop**. Daarbovenop gaat effectief beschikbare capaciteit verloren door **no-shows**: bijna de helft van de centra rapporteert no-showcijfers van 10% of hoger, terwijl systematische herinnerings- en aanwezigheidsmechanismen relatief beperkt worden vermeld.

Op het vlak van **kwaliteit van de arbeid** tonen de indicatoren eveneens een gemengd beeld. **Verzuim en verloop variëren sterk tussen centra, en knelpuntvacatures - vooral bij medische profielen - blijven lang openstaan.** Dit kan de **werkdruk** verhogen en de **kwetsbaarheid** van teams versterken, zeker in contexten waarin veel afstemming nodig is en medewerkers beperkt vervangbaar zijn. Ook **kortdurend verzuim** kan hierbij een belangrijke impact hebben op de dagelijkse werking, aangezien het in kleine teams snel leidt tot verschuivingen in agenda's, verminderde continuïteit en bijkomende afstemmingslast. Hoewel deze studie geen individuele medewerkers bevroeg, suggereren de patronen dat de balans tussen taakeisen en regelmogelijkheden



niet overal even gunstig is. Deze bevindingen sluiten aan bij bredere signalen uit de Vlaamse zorg- en welzijnssector, waar reeds langer gewezen wordt op uitdagingen in verband met werkbaarheid, retentie en ziekteverzuim. Ook onderzoek in woonzorgcentra toont aan dat arbeidsorganisatie en teamstructuur belangrijke factoren kunnen zijn in het versterken van werkbaarheid en duurzame inzetbaarheid van medewerkers (Dams et al., 2022)¹³

Wanneer organisatiedesign exploratief wordt gekoppeld aan uitkomsten, tekenen zich consistente richtinggevende patronen af. **Centra met een groter aandeel procesdekkende teams vertonen gemiddeld gunstigere indicatoren: kortere totale trajectduur en hogere doorstroom, en lagere verzuim- en verloopcijfers. Omgekeerd hangt een groter aandeel deelprocesteams samen met langere trajectduur, lagere doorstroom en minder gunstige arbeidskwaliteitsindicatoren.** Een plausibele verklaring is dat **fragmentatie van het primaire proces overdrachten en afstemming noodzaakt, waardoor wachttijden en werkdruk kunnen toenemen.**

Tegelijk wordt de **heterogeniteit tussen CAR's erkend**. Ze verschillen sterk in omvang, casemix en regionale inbedding met andere zorgpartners. Daarnaast wijzen de resultaten ook op belangrijke verschillen in regionale spreiding, aanwezigheid van zorgpartners en verhouding tussen instroom en beschikbare capaciteit. Dit **pleit tegen één uniform organisatie-model** en suggereert dat ook **de regionale organisatie van capaciteit een relevante beleidshefboom vormt**. De meerwaarde van deze analyse ligt daarom vooral in het identificeren van terugkerende patronen en **mogelijke ontwerphefbomen: het vergroten van taakvolledigheid (meer complete taken voor teams/stromen), het beperken van overdrachten, het versterken van regelcapaciteit en het optimaliseren van flow**. Deze hefbomen vormen een logisch vertrekpunt voor het tweede deel, waarin scenario's voor anders organiseren in co-design met de sector werden uitgewerkt, met expliciete aandacht voor kwaliteit van zorg en werkbaar werk.

Van 'as-is' naar 'to-be'

Waar het eerste deel van dit rapport focuste op de analyse van de huidige arbeidsorganisatie binnen de CAR's ('as-is'), verschuift de focus in dit tweede deel naar mogelijke toekomstscenario's ('to-be'). Op basis van de inzichten uit Fase 1 werd samen met de sector gezocht naar organisatiekeuzes die kunnen bijdragen aan kwaliteit van zorg, werkbaarheid en organisatorische wendbaarheid.

¹³Dams, F. et al. (2022). Innovatieve arbeidsorganisatie in de woonzorgcentra als hefboom voor betere zorg en zinvol en werkbaar werk. Workitacts.

Deel 2: Ontwerp van scenario's en denkkaders ('to-be')

Na de analyse van de huidige arbeidsorganisatie in de CAR's (Fase 1 – 'as-is'), werd in Fase 2 een ontwerpproces opgezet met als doel te verkennen hoe de sector zich toekomstgericht zou kunnen organiseren om kwaliteit van zorg, werkbaar werk en organisatorische wendbaarheid duurzaam te versterken. Dit traject had niet als opzet om één uniform organisatiemodel uit te tekenen, noch om een gedetailleerd micro-ontwerp te maken voor elk centrum. Wel lag de focus op het ontwikkelen van onderbouwde scenario's en een gedeeld denkkader, resulterend in een blauwdruk van mogelijke organisatiekeuzes met hun potentiële voor- en nadelen. Deze blauwdruk biedt centra een referentiekader om – rekening houdend met hun regionale context en populatie – weloverwogen beslissingen te nemen over hun manier van organiseren.

Het ontwerptraject werd opgebouwd volgens de ontwerpsequens van Innovatieve Arbeidsorganisatie, gebaseerd op de Moderne Sociotechniek. Deze benadering vertrekt vanuit de overtuiging dat **structuur de strategie moet volgen en dat duurzame performantie enkel mogelijk is wanneer kwaliteit van de organisatie en kwaliteit van de arbeid in samenhang worden ontworpen**. Voor een uitgebreide theoretische onderbouwing verwijzen we naar *Archipelagos: De kunst van het organisatiedesign* (Van Hootegem & Sels, 2025)³. Hieronder worden de belangrijkste concepten kort toegelicht.

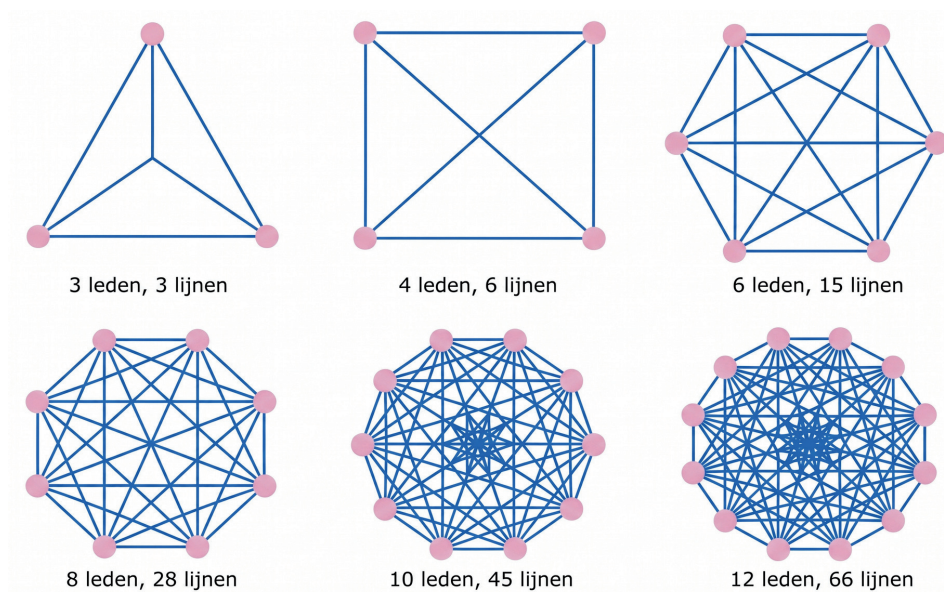
1. Theoretisch kader: Moderne Sociotechniek als basis voor herontwerp

De Moderne Sociotechniek kent haar oorsprong in het werk van het Tavistock Institute in het Verenigd Koninkrijk in de jaren 1950, waar voor het eerst systematisch werd onderzocht hoe technologische en sociale systemen in organisaties in onderlinge samenhang functioneren. In deze vroege studies werd duidelijk dat **productiviteit en kwaliteit niet louter voortvloeien uit technologische optimalisatie, maar in sterke mate bepaald worden door de manier waarop arbeid sociaal wordt georganiseerd**. In de Lage Landen werd deze stroming verder ontwikkeld, onder meer door Ulbo De Sitter, die de theorie uitwerkte tot een coherent kader voor organisatieontwerp. Een hedendaagse synthese van deze benadering is terug te vinden in *Archipelagos: De kunst van het organisatiedesign* (Van Hootegem & Sels, 2025)³, waarop onderstaande uiteenzetting is gebaseerd.

De Moderne Sociotechniek vormde het theoretisch fundament voor het herontwerptraject dat in het kader van dit onderzoek met de CAR's werd doorlopen.

In essentie is de Moderne Sociotechniek **een theorie over de structuur van de arbeidsdeling en over de manier waarop deze doelbewust kan worden ontworpen**. Centraal staat de vaststelling dat de manier waarop arbeid wordt opgesplitst, gegroepeerd en verdeeld fundamenteel bepalend is voor zowel de prestatie van een organisatie als voor de kwaliteit van de arbeid. **Organisatiestructuur is daarbij geen neutrale ordening van functies, maar een netwerk van wederzijdse gedragsverwachtingen: zij bepaalt wie van wie afhankelijk is, waar afstemming nodig is, wie beslissingsruimte heeft en waar spanningen kunnen ontstaan**. De nood aan afstemming neemt bovendien zeer snel toe naarmate meer personen betrokken zijn. Dit fenomeen staat bekend als **de Wet van Brooks**, oorspronkelijk geformuleerd in de context van softwareontwikkeling (Brooks, 1975)¹⁴. De wet stelt dat het aantal potentiële communicatielijnen tussen teamleden exponentieel toeneemt naarmate een team groter wordt. Het aantal mogelijke relaties kan worden berekend met de formule $n(n-1)/2$, waarbij n het aantal teamleden is. Zoals zichtbaar in Figuur 17 ontstaan bij 3 teamleden 3 communicatielijnen, bij 6 teamleden 15 en bij 12 teamleden al 66. Naarmate het aantal relaties toeneemt, groeit ook de nood aan coördinatie, afstemming en overleg. Vanuit sociotechnisch perspectief is het daarom belangrijk om organisaties zo te ontwerpen dat **onnodige afhankelijkheden worden vermeden en dat teams voldoende overzicht en regelruimte behouden**.

Figuur 17. Toename van communicatielijnen naarmate teamgrootte toeneemt (Wet van Brooks)



Noot. Uit Van Hootehem & Sels, 2025³, pagina 95.

¹⁴Brooks, F. (1975). The Mythical Man-Month.



Binnen de Moderne Sociotechniek wordt een onderscheid gemaakt tussen de structuur van de arbeidsdeling en de structuur van de arbeidsverdeling (allocatie). **Arbeidsdeling** verwijst naar de manier waarop taken en verantwoordelijkheden structureel worden gegroepeerd en verdeeld over posities of teams. **Arbeidsverdeling** betreft de concrete toewijzing van activiteiten aan personen. Hoewel beide dimensies elkaar beïnvloeden, is het in de eerste plaats de structurele arbeidsdeling die de afhankelijkheidsrelaties binnen een organisatie vormgeeft. Een **functioneel georganiseerde arbeidsdeling** - waarbij activiteiten worden gegroepeerd per discipline of specialisme - genereert andere afhankelijkheden en coördinatenoden dan een **stroomsgewijze of ordergebaseerde arbeidsdeling**, waarin activiteiten worden gegroepeerd rond cliënttrajecten of klanttypes.

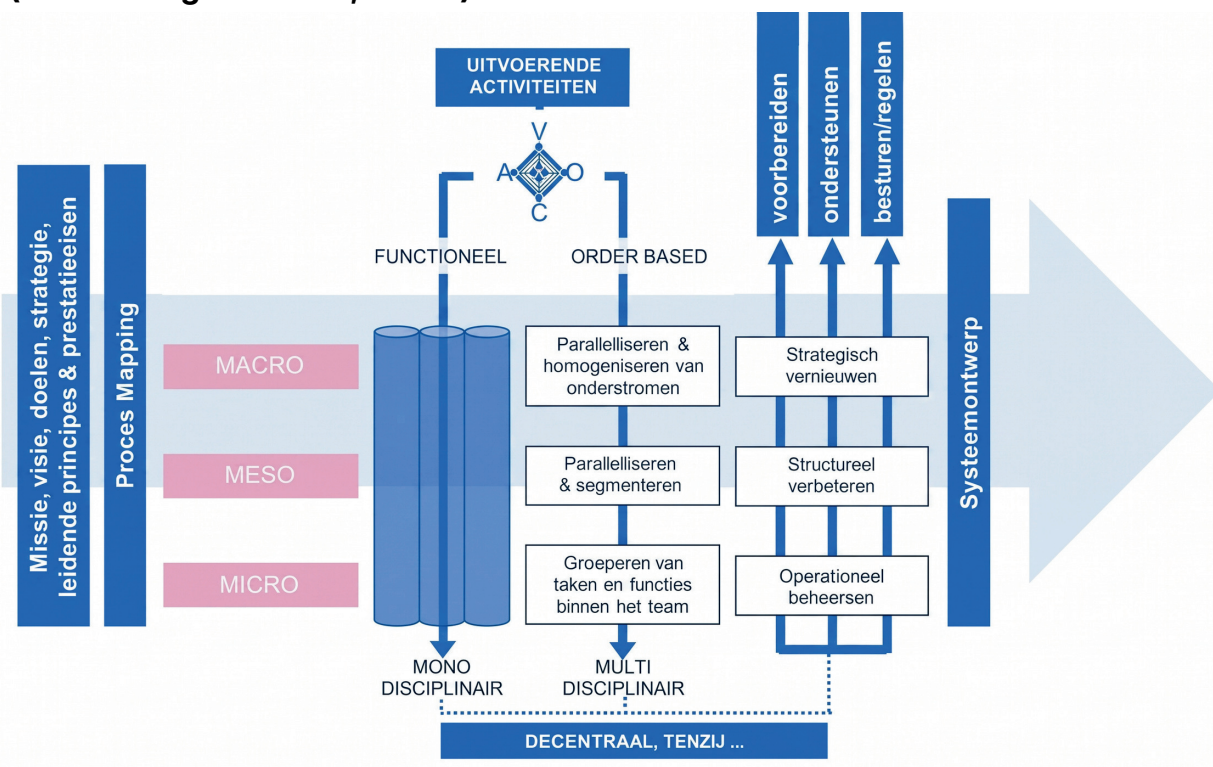
De **traditionele functionele organisatie heeft historisch haar efficiëntie bewezen in relatief stabiele en voorspelbare omgevingen**. Door verregaande specialisatie kan een hoge mate van productiviteit en standaardkwaliteit worden gerealiseerd. Tegelijkertijd gaat deze vorm gepaard met fragmentering van processen, talrijke overdrachtsmomenten en een sterke nood aan hiërarchische coördinatie. **In volatiele, onzekere, complexe en ambigue contexten (VUCA) botst deze structuur steeds vaker op haar grenzen.**

Om organisaties doelbewust te herontwerpen kan **de ontwerpsequens van Innovatieve Arbeidsorganisatie** worden gevolgd (zie Figuur 18). In tegenstelling tot klassieke reorganisaties, die vaak starten bij het organogram of bij de verdeling van beslissingsbevoegdheden, vertrekt de sociotechnische ontwerpbenadering bij **missie, visie en strategie**.

De fundamentele vraag luidt daarbij wat de **bestaansreden van de organisatie is en welke waarde zij voor de cliënt en de samenleving wil creëren**. Op basis hiervan worden strategische keuzes expliciet gemaakt en vertaald in concrete **prestatie-eisen**. Deze prestatie-eisen drukken uit waarop een organisatie prioritair wil scoren (bijvoorbeeld kwaliteit, toegankelijkheid, werkbaarheid of efficiëntie) en impliceren dat niet op alle dimensies tegelijk maximaal kan worden ingezet.

Ontwerpkeuzes zijn dus geen louter technische optimalisaties, maar expliciete waardekeuzes die richtinggevend zijn voor de verdere stappen in het ontwerp.

Figuur 18. De ontwerpsequens van Innovatieve Arbeidsorganisatie (Van Hootegem & Sels, 2025³)



Noot. Uit Van Hootegem & Sels, 2025³, pagina 109.

Pas nadat deze normatieve basis is gelegd, wordt het **primair of waardetoevoegend proces** geanalyseerd: de activiteiten die rechtstreeks waarde creëren voor de cliënt. Vanuit deze analyse wordt gezocht naar mogelijkheden om arbeid zodanig te groeperen dat interne samenhang wordt versterkt en externe afhankelijkheid wordt gereduceerd. Een kernconcept hierbij is het **parallelliseren: het creëren van parallelle orderstromen of deelverzamelingen van cliënten die voldoende homogeniteit vertonen in hun kwaliteitseisen en daardoor vergelijkbare transformaties vragen in het primair proces**.

Het sorteren van 'orders' is minder eenvoudig dan op het eerste gezicht lijkt, omdat we sterk gesocialiseerd zijn in functioneel denken. We zijn geneigd te vertrekken van disciplines of functies in plaats van cliëntkenmerken en trajectlogica.

Een illustratief voorbeeld is de organisatie van de afwas na een groot feest. Wanneer men de af te wassen objecten sorteert in homogene deelverzamelingen – bijvoorbeeld glaswerk apart van kookpotten – gebeurt impliciet een analyse van verschillen in kwaliteitseisen en bewerkingsnood.

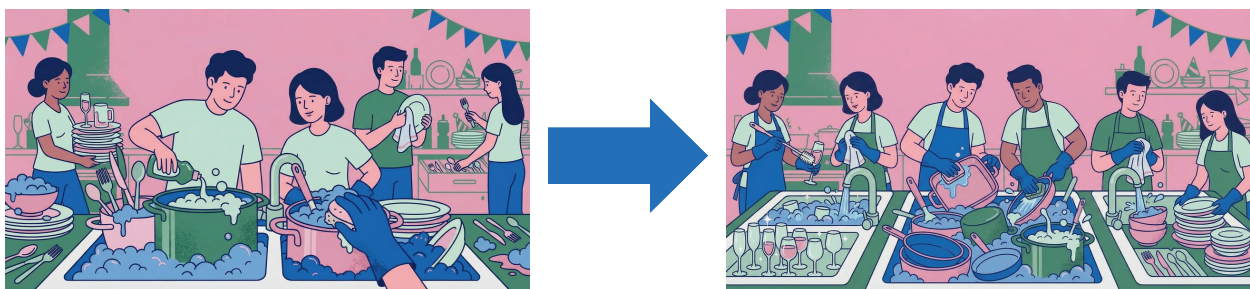
Fijn glaswerk vraagt andere transformaties dan sterk vervuilde potten. Wat in het dagelijkse leven intuïtief gebeurt, wordt in organisatieontwerp expliciet gemaakt: het zoeken naar groepen 'orders' die vergelijkbare eisen stellen aan het proces en daarom in dezelfde stromen kunnen worden georganiseerd.

Men kan het proces van de afwas op twee fundamenteel verschillende manieren structureren, zoals ook zichtbaar in Figuur 19. In de traditionele **functionele benadering** wordt het werk opgedeeld in gespecialiseerde deeltaken: één persoon brengt alle vuile vaat naar het aanrecht, een tweede wast alles af, een derde droogt af en een vierde bergt alles op. Elke persoon is gespecialiseerd in een deeltaak en het werk beweegt als het ware door een productieketen met meerdere overdrachtsmomenten en een hoge nood aan afstemming.

Een alternatief is de **ordergebaseerde benadering**. Hierbij wordt het werk niet opgedeeld per handeling, maar per type 'order'. Zo wordt bijvoorbeeld een apart 'team' gevormd voor de champagneglazen, dat verantwoordelijk is voor het volledige traject: van het ophalen en voorzichtig wassen tot het vlek vrij afdrogen en opbergen. Een ander team doet hetzelfde voor de potten en pannen, die een andere, robuustere aanpak vereisen.

Specialisatie verdwijnt in dit model niet, maar verschuift. **In plaats van specialisatie in een deeltaak of bewerking (de 'discipline' van het afdrogen), ontstaat er specialisatie rond een bepaald type cliënt of traject (de 'champagneglazenstroom').** Vertaald naar de context van de CAR's, betekent dit dat men de organisatie kan structureren rond cliëntstromen, waarbij multidisciplinaire teams end-to-end verantwoordelijkheid dragen voor een specifieke groep cliënten met een vergelijkbaar zorgtraject. Door cliënten te groeperen op basis van relevante kenmerken - bijvoorbeeld aard van de hulpvraag, noodzakelijke intensiteit of contextvereisten - kunnen voor deze order/transformatiedeelverzamelingen samenhangende processen worden ontworpen waarin multidisciplinaire activiteiten geïntegreerd worden uitgevoerd.

Figuur 19. Illustratief voorbeeld: het proces van afwassen: van functioneel naar ordergebaseerd





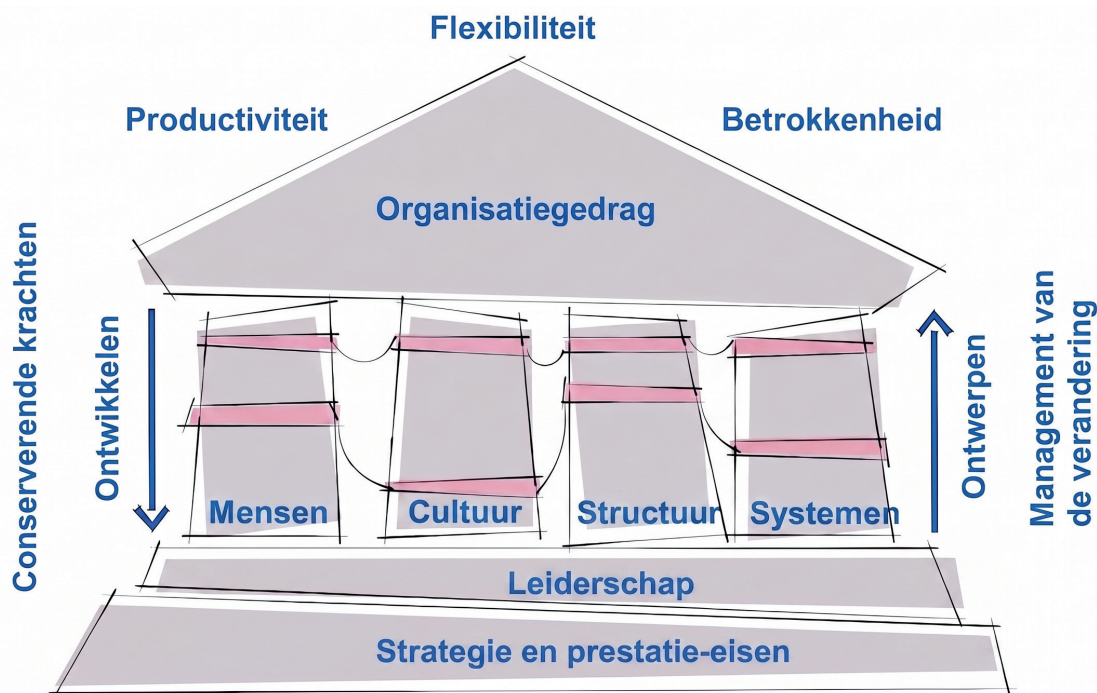
Door deze **parallellisering** wordt de interne afhankelijkheid binnen een stroom vergroot, terwijl de afhankelijkheid tussen stromen wordt geminimaliseerd. Op die manier wordt **complexiteit in de omgeving structureel gereduceerd**. In de literatuur wordt dit soms verbeeld met de metafoor van de **tanker versus de vloot**: waar een functionele organisatie te vergelijken is met een grote tanker die moeilijk van koers verandert, lijkt een stroomsgewijs georganiseerde organisatie eerder op een vloot van kleinere, relatief autonome eenheden die sneller kunnen inspelen op veranderende omstandigheden, **mits voldoende horizontale coördinatie**. Niet in elke context is het mogelijk om duurzame en herkenbare ordervverzamelingen te identificeren. Wanneer de variatie te groot is, of volumes te klein zijn, kan het aangewezen zijn te werken met parallelle teams met gelijkaardige capaciteiten of met capaciteitsgroepen, waaruit per traject op maat wordt gealloceerd.

Eens er parallelle stromen zijn, **groeperen zij een verzameling activiteiten die door multidisciplinaire teams uitgevoerd kunnen worden. Teams vormen dan de basisbouwstenen van een organisatie, eerder dan de functies**. Rollen binnen teams kunnen per stroom verschillen en veranderen in functie van noden en context. Ze worden ontworpen door na te gaan hoeveel mensen we beschikbaar moeten hebben per activiteit om niet kwetsbaar te zijn. Dat is de **flexibiliteitstoets**. We moeten ook rekening houden met welke werknemers wat willen (Preferenties), kunnen (Competenties) en mogen (Autorisaties). Dat is de **CAP-toets**. Voor verdere informatie over effectief teamontwerp, verwijzen we naar Van Hootegem & Sels (2025)³, p. 122.

Na het ontwerp van de primaire stromen worden **voorbereidende, ondersteunende en besturende activiteiten** georganiseerd volgens het principe **“decentraal, tenzij...”**. Activiteiten worden in principe zo dicht mogelijk bij het primair proces geplaatst, tenzij zwaarwegende argumenten pleiten voor centralisatie (bijvoorbeeld om juridische, financiële of schaalredenen). Zo wordt regelruimte maximaal bij teams gelegd en wordt vermeden dat coördinatieproblemen systematisch hiërarchisch moeten worden opgelost.

Kenmerkend voor deze benadering is haar **integrale karakter** (zie Figuur 20). Organisatieontwerp beperkt zich niet tot **structuur**, maar omvat eveneens **leiderschap, cultuur, systemen en mensen**. Een wijziging in arbeidsdeling zonder aandacht voor deze samenhang leidt zelden tot duurzame verandering. Ambities op het vlak van kwaliteit van de organisatie en kwaliteit van arbeid zijn slechts realiseerbaar wanneer de onderliggende structuur deze daadwerkelijk ondersteunt.

Figuur 20. Integrale kijk op organisaties



Noot. Uit Van Hootehem & Sels, 2025³, pagina 89.

Binnen het hier gepresenteerde onderzoek vormt deze theoretische benadering een systematisch kader om de bestaande organisatievormen in de verschillende CAR's te analyseren en toekomstgerichte scenario's te ontwikkelen. Meer informatie kan gevonden worden in de checklist bij de ontwerpsequens in Bijlage 2. **De CAR-sector bevindt zich in een context van veranderende regelgeving, toenemende samenwerking in netwerken, druk op toegankelijkheid en kwaliteit, en een arbeidsmarkt waarin werkbaarheid cruciaal is. Deze evolutie sluit aan bij bredere ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Door demografische veranderingen ontstaat in steeds meer sectoren een structurele schaarste aan arbeidskrachten, waardoor organisaties hun manier van werken fundamenteel moeten herdenken. Traditionele hiërarchische en sterk gespecialiseerde organisatiestructuren blijken minder goed aangepast aan deze context (zie bijvoorbeeld Bijlage 3; De Tijd, 2025).**

Door de ontwerpsequens consequent te volgen, werden mogelijkheden m.b.t. strategie, prestatie-eisen en arbeidsdeling expliciet gemaakt en onderbouwd, zodat elk CAR binnen deze blauwdruk bewuste en beargumenteerde organisatiekeuzes kan maken.

2. Methode van het ontwerptraject

Het ontwerpproces in Fase 2 werd opgezet als een participatief herontwerptraject, ingebed in het bredere onderzoeksopzet van het project. Waar Fase 1 gericht was op de sociotechnische analyse van de bestaande situatie ('as-is'), had Fase 2 tot doel om, vertrekkend vanuit deze inzichten, toekomstgerichte scenario's te ontwikkelen ('to-be').

Opzet en samenstelling design-team. Het onderzoek werd in maart 2025 voorgesteld op de ledenvergadering van de Federatie CAR. Centra die interesse hadden om deel te nemen aan het ontwerptraject konden zich nadien kandidaat stellen. In samenspraak met de Federatie CAR werd gekozen voor een groep van twaalf deelnemers in leidinggevende of beleidsmatige functies, die samen dertien centra vertegenwoordigden. Bij de selectie werd gestreefd naar een zo representatief mogelijke samenstelling, met variatie in schaalgrootte, geografische ligging en type centrum (zie Tabel 2).

Tabel 2. Deelnemers aan het ontwerptraject

Naam	Centrum
Carpentier, Kristof	CAR Brussel CAR Bolt, Drongen
De Cooman, Ilse	CAR Sint-Lievenspoort, Gent
Dewit, Nadia	CAR D.A.T, Aarschot & Tienen
Dewulf, Delphine	CAR Spermalie, Brugge
Dries, Ilse	CARREWIEL; Turnhout, Westerlo & Mechelen
Drossaert, Tinne	CAR Noorderkempen, Wuustwezel
Santens, Anneleen	CAR Therapeutisch Zorgpunt N, Roeselare
Tessier, Sophie	CAR Overleie, Kortrijk
Van Hamme, Nick	CAR Impuls, Gent
Van Wallegheem, Sarah	CAR De Klinker, Ieper
Volders, Bart	CAR Ascendere; Eeklo, Lede, Ninove, Wetteren
Wellekens, Steven	CAR De Hert, Aalst



In de periode van oktober tot december 2025¹⁵ werden zes ontwerpdagen georganiseerd, telkens met een duur van zes uur. De begeleiding van het traject gebeurde door prof. dr. Geert Van Hootegem, expert in innovatieve arbeidsorganisatie en dr. Elke Baten van Mensenmaat Howest. Tijdens de ontwerpdagen werd **kennisdeling rond de principes van de Moderne Sociotechniek gecombineerd met toepassing op de concrete realiteit van de CAR-sector via verschillende methodieken.**

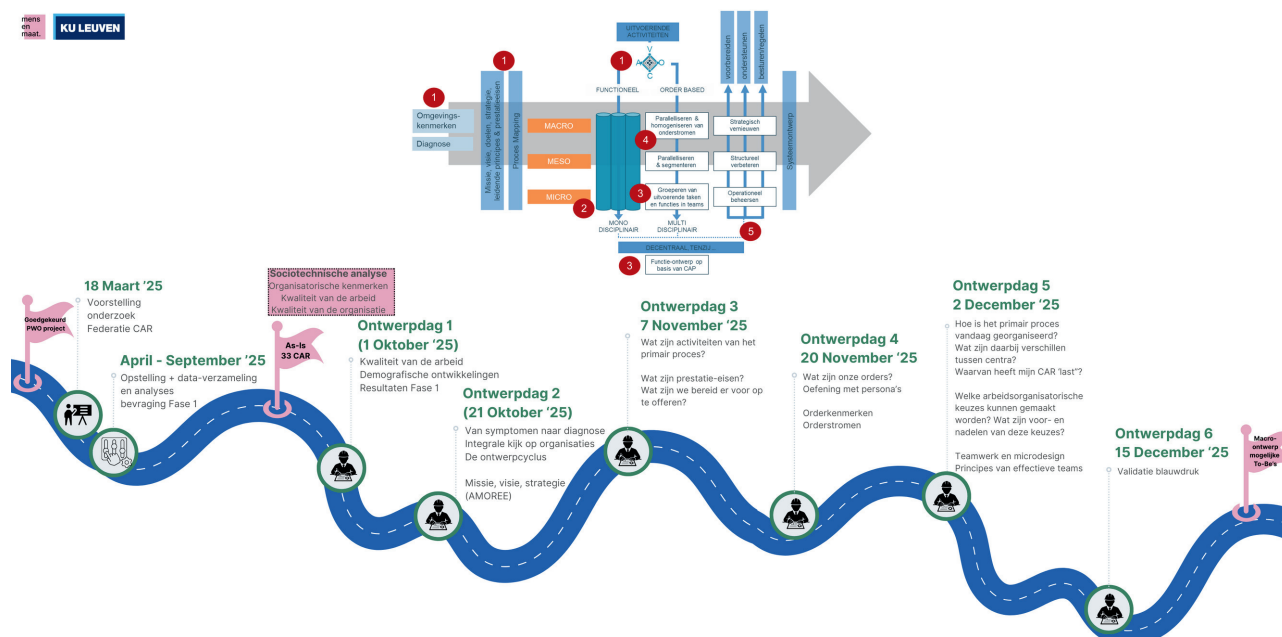
Iedere ontwerpdag startte met een **korte validatie** van de vorige sessie, waarna de volgende stap van de ontwerpsequens werd doorlopen. Op die manier werd de samenhang tussen de verschillende stappen bewaakt en konden deelnemers voortbouwen op eerdere inzichten.

In Figuur 21 wordt het volledige verloop van het ontwerptraject schematisch weergegeven. De opeenvolgende ontwerpdagen bouwden stapsgewijs verder op elkaar: van het analyseren van de huidige situatie en het ontwikkelen van een gedeeld begrippenkader, over het herdenken van het primair proces en teamstructuren, tot het formuleren van een richtinggevende blauwdruk voor een toekomstgerichte arbeidsorganisatie binnen de CAR-sector.

Het traject mondde uit in een **sectorbrede blauwdruk waarin verschillende mogelijke organisatiekeuzes voor CAR's systematisch werden samengebracht, telkens met hun potentiële voor- en nadelen op het vlak van flow, afstemming, continuïteit, efficiëntie en werkbaarheid. Deze blauwdruk fungeert niet als een voorschrijvend organisatiemodel, maar als een denkkader dat centra ondersteunt om, rekening houdend met hun eigen context, bewuste ontwerpkeuzes te maken** (zie Bijlage 4).

¹⁵De ontwerpdagen vonden plaats op: 1/10/2025, 21/10/2025, 7/11/2025, 20/11/2025, 2/12/2025 en 15/12/2025.

Figuur 21. Overzicht van het participatieve ontwerptraject en de opeenvolgende ontwerpdagen.



Spanningsveld tussen huidig en toekomstig kader. Een belangrijke methodologische uitdaging tijdens het traject was het balanceren tussen het huidige regelgevend kader en de verwachte toekomstige ontwikkelingen, onder meer in het kader van het integratietraject CAR-CGG¹⁶. In de ontwerp oefening werd in eerste instantie uitgegaan van de huidige regelgeving, maar tegelijk werd rekening gehouden met mogelijke evoluties in financiering, kwaliteitskaders en regionale samenwerking.

3. Resultaten

Tijdens de ontwerpdagen werd systematisch de ontwerpsequens doorlopen, zoals toegelicht hierboven. Elke stap werd ondersteund door specifieke methodieken en oefeningen, die deelnemers hielpen om gezamenlijk te reflecteren over mogelijke keuzes voor de sector. De inzichten uit het traject werden samengebracht in een blauwdruk die mogelijke ontwerpkeuzes voor CAR's bundelt (zie Bijlage 4), telkens met hun potentiële voor- en nadelen.

Deze blauwdruk maakt expliciet dat er geen universeel optimaal organisatiemodel bestaat: elke keuze impliceert afwegingen tussen onder meer efficiëntie, continuïteit, afstemming, flexibiliteit en werkbaarheid. Ze biedt daarom vooral een denkkader om de eigen organisatie kritisch te analyseren en mogelijke alternatieven te verkennen.

¹⁶<https://www.departementzorg.be/nl/naar-een-gemeenschappelijk-overheidskader-voor-car-en-cgg>



3.1. Missie, visie, strategie

De eerste stap in het traject bestond uit het expliciteren van missie, visie en strategie. Dit vormt het uitgangspunt voor het verdere organisatieontwerp: pas wanneer duidelijk is welke waarde een organisatie wil creëren voor haar cliënten en de samenleving, kan worden nagedacht over welk organisatiedesign dit het best kan realiseren. Dit stoelt op het sociotechnische ontwerpprincipe *structure follows strategy*.

Methodiek. Elke deelnemer werd gevraagd de missie, visie en strategische accenten van het eigen CAR te bekijken en te bespreken met de andere deelnemers. Op basis van de **AMOREE-toets** werden deze kritisch geëvalueerd. Deze toets gaat na in welke mate een missie Ambitieuze, Motiverend, Onderscheidend, Relevant, Echt en Eenvoudig is. Iedere deelnemer lichtte toe hoe deze elementen binnen het eigen CAR worden ingevuld. Dit vormde de basis voor een gezamenlijke reflectie over de mate waarin de huidige missies richtinggevend zijn voor de organisatieontwikkeling.

Inzichten. Uit de discussies bleek dat er binnen de sector belangrijke gelijkenissen bestaan in de manier waarop CAR's hun opdracht formuleren. Veel centra leggen nadruk op het bieden van multidisciplinaire zorg, het leveren van maatwerk voor kinderen en gezinnen en het samenwerken met andere actoren in het zorglandschap. De **kernwaarden** die daarbij naar voren komen – zoals **samenwerking, professionaliteit en cliëntgerichtheid** – blijken in grote mate gedeeld te worden binnen de sector, al worden ze in verschillende bewoordingen geformuleerd.

Tegelijk werd vastgesteld dat **de formulering van missie en visie in sommige centra vooral focust op het wat en het hoe van de dienstverlening, terwijl het waarom – de bestaansredenen of maatschappelijke meerwaarde – minder expliciet wordt gemaakt**. Missies blijven daardoor soms relatief abstract of institutioneel geformuleerd. De oefening maakte duidelijk dat een scherp geformuleerde missie een belangrijk kompas kan vormen voor latere organisatiekeuzes.

Daarnaast bleek dat **missie en visie niet altijd op dezelfde manier leven op verschillende niveaus binnen de organisatie**. In sommige gevallen bestaat er een verschil tussen de formele missie zoals opgenomen in beleidsdocumenten en de manier waarop medewerkers de opdracht van het centrum ervaren of communiceren naar cliënten en partners.



Wanneer een missie moeilijk uit te leggen of te vertalen is naar de dagelijkse praktijk, **verliest zij een deel van haar richtinggevende kracht**. Er werd daarom ook benadrukt dat eenvoudige, heldere formuleringen – eventueel ondersteund door concrete voorbeelden of beelden – kunnen helpen om de missie sterker te laten doorwerken in de dagelijkse werking van een organisatie.

Betekenis voor het verdere ontwerpproces. De bespreking van de missie en visie diende vooral als richtinggevend kader voor de volgende stappen. Door eerst stil te staan bij de strategische ambitie van de sector, werd vermeden dat organisatorische keuzes louter vertrekken vanuit bestaande structuren of routines. De **reflectie maakte ook duidelijk dat verdere aanscherping of actualisering van visie op niveau van individuele centra zinvol kan zijn, eventueel binnen een gedeelde sectorvisie**.

Het expliciteren van missie, visie en strategie maakte het mogelijk om in de volgende stap van het traject na te denken over de prestatie-eisen waaraan de organisatie moet voldoen om deze ambities waar te maken.

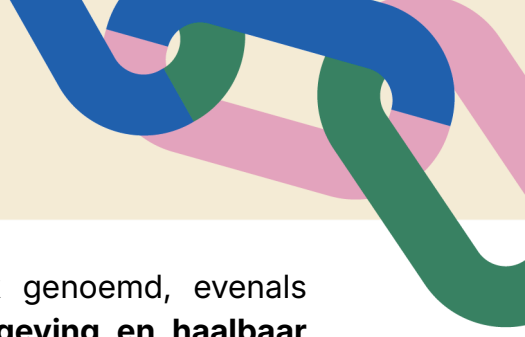
3.2. Prestatie-eisen

Na de bespreking van missie, visie en strategie werd in de volgende stap van de ontwerpcyclus stilgestaan bij de prestatie-eisen van de organisatie. In de sociotechnische ontwerpbenadering drukken prestatie-eisen uit **waarop een organisatie prioritair wil scoren en wat zij centraal wil stellen in haar werking**. Deze stap is essentieel omdat organisaties niet op alle mogelijke eisen tegelijk maximaal kunnen presteren. Het expliciteren van prestatie-eisen betekent daarom **ook expliciet maken welke prestaties men bereid is minder sterk na te streven om andere doelstellingen beter te kunnen realiseren**.

Methodiek. Tijdens de ontwerpdagen werd in groep gereflecteerd over welke prestaties CAR's prioritair zouden kunnen willen realiseren voor hun cliënten, medewerkers en de samenleving.

De deelnemers werden daarbij expliciet uitgenodigd om na te denken over twee vragen: **Wat willen we kunnen? En wat zijn we bereid niet te kunnen?** Door deze vragen naast elkaar te plaatsen werd zichtbaar dat strategische keuzes altijd gepaard gaan met afwegingen. Het doel was niet om één uniforme set prestatie-eisen voor de sector vast te leggen, maar om mogelijke prioriteiten en spanningsvelden expliciet te maken.

Inzichten. Uit de discussies kwam naar voren dat een aantal prestatie-eisen relatief dominant aanwezig waren in de reflecties van de deelnemers.



Zo werden **toegankelijkheid** en **laagdrempeligheid** vaak genoemd, evenals **werkbaarheid, betrokkenheid, een inspirerende werkomgeving en haalbaar werk voor medewerkers**. Andere dominante prestatie-eisen waren **effectiviteit of doelgerichtheid van zorg, efficiëntie (financieel break-even), kwaliteit (multidisciplinaire, ambulante en specialistische zorg) en geïntegreerde samenwerking met interne en externe actoren**.

Wat betreft compromissen, gaven sommige deelnemers aan dat het niet noodzakelijk is om alle doelgroepen te kunnen bedienen, er te kunnen zijn voor cliënten uit alle regio's of taalgebieden, of altijd dienstverlening buiten de kantooruren te voorzien. Ook werd aangegeven dat het aanvaardbaar kan zijn dat wachttijden ontstaan wanneer dit nodig is om kwaliteitsvolle of intensieve begeleiding te kunnen bieden, of dat centra ervoor kunnen kiezen geen dienstverlening (vb. diagnostiek) te doen voor externen, zonder dat de begeleiding binnen het CAR opgenomen wordt.

Betekenis voor het verdere ontwerpproces. De oefening bracht een brede waaier aan mogelijke prioriteiten en spanningsvelden in kaart. Individuele CAR's kunnen aan de hand van dit kader hun eigen strategische accenten expliciet maken. De gemaakte afwegingen zijn immers richtinggevend voor de manier waarop het werk georganiseerd kan worden.

Vanuit deze inzichten werd in de volgende stap van het traject gekeken naar het primair of waardetoevoegend proces van CAR's: de activiteiten die rechtstreeks bijdragen aan het realiseren van de beoogde waarde voor cliënten.

3.3. Primair proces/waardetoevoegend proces

3.3.1. Afbakening van het primair proces: wat is het en wat niet?

In de volgende stap van het ontwerptraject werd stilgestaan bij het primair proces van de CAR's. Het gaat om **activiteiten die rechtstreeks waarde creëren voor de cliënt**. Het gaat dus om de kernactiviteiten waarvoor de organisatie in essentie bestaat.

Het expliciteren van het primair proces is een belangrijke stap in de ontwerpsequens omdat het een onderscheid mogelijk maakt tussen activiteiten die rechtstreeks bijdragen aan de realisatie van de missie van de organisatie en activiteiten die eerder ondersteunend, voorbereidend of besturend van aard zijn. Dit onderscheid is relevant aangezien in de sociotechnische benadering het 'decentraal tenzij' principe geldt, waarbij deze activiteiten in eerste instantie zo dicht mogelijk bij het primair proces worden georganiseerd.



Methodiek. Er werd in groep gereflecteerd over welke activiteiten in de werking van een CAR kunnen worden beschouwd als onderdeel van het primair proces. Daarbij werd vertrokken vanuit de vraag welke activiteiten rechtstreeks bijdragen aan het realiseren van de beoogde meerwaarde voor cliënten en hun omgeving.

Inzichten. Uit de gesprekken bleek dat **behandeling** duidelijk wordt beschouwd als kern van het primair proces. De deelnemers benadrukten daarbij ook het belang van multidisciplinariteit: de meerwaarde van CAR's ligt net in het samenbrengen van verschillende disciplines in één traject.

De belangrijkste discussie ging over de plaats van **diagnostiek**. Enerzijds werd aangehaald dat diagnostiek een belangrijk onderdeel van de werking van CAR's vormt en in sommige gevallen ook de enige vraag van cliënten of verwijzers kan zijn. Diagnostiek kan bovendien een toegangspoort vormen naar verdere hulpverlening. Vanuit die insteek zou je het als een primair proces kunnen beschouwen. Anderzijds werd opgemerkt dat diagnostiek gezien kan worden als voorbereidende of ondersteunende activiteit die richting kan geven aan de behandeling. In de discussie werd ook verwezen naar het verwachte regelgevende kader waarbij CAR's erkend zullen worden voor diagnostiek (functie D), behandeling (functie E) en consult/liaison/netwerkondersteuning (functie G). Tegelijk haalden sommigen aan dat wat een centrum als primair proces beschouwt, niet noodzakelijk volledig hoeft samen te vallen met de functies uit het regelgevend kader. Sommige activiteiten kunnen alsnog als voorbereidend of ondersteunend worden beschouwd. Deze moeten dan zo dicht mogelijk bij het primair proces worden gelegd. Wat duidelijker als voorbereidend, ondersteunend of besturend werd beschouwd waren activiteiten zoals aanmelding, intake, administratie, planning, personeelsbeleid en beleidsontwikkeling.

Betekenis voor het verdere ontwerpproces. Op basis van de visie, missie en strategie kan elk centrum afbakenen welke activiteiten zij als primair beschouwen en welke als voorbereidend, ondersteunend of besturend. De afbakening van het primair proces vormt de basis voor de volgende stap in het ontwerpproces, waarin werd gekeken naar de cliëntvragen of 'orders' die door dit proces worden behandeld.

3.3.2. Orders en sorteren tot order/transformatiedeelverzamelingen

In de sociotechnische terminologie verwijst een '**order**' naar een **concrete cliënt, vraag of traject dat door een organisatie wordt opgenomen en een bepaalde transformatie doorloopt binnen het primair proces.**



Dit is een belangrijke stap in de ontwerpsequens wanneer organisaties zich willen organiseren rond **deelverzamelingen van orders die gelijkaardige eisen stellen aan het primair proces**. Het is daarbij belangrijk op zoek te gaan naar kenmerken die de deelverzamelingen van elkaar onderscheiden wanneer ze het primair proces 'binnenkomen', en/of hoe ze het primair proces moeten 'verlaten'.

Methodiek. Tijdens de ontwerpdagen werd gewerkt met persona's om relevante kenmerken hiervoor te identificeren. De deelnemers leverden op voorhand persona's aan waarbij ze een aantal 'typische' cliënten en cliënttrajecten uit hun dagelijkse praktijk beschreven. Op basis van artificiële intelligentie werd deze input omgezet naar cliëntfiches (zie Bijlage 5) die kenmerken van de cliënt, de hulpvraag en het traject beschrijven.

Deze fiches vormden het vertrekpunt voor een oefening in *silent clustering*. Daarbij werd in twee groepen gewerkt waarbij de deelnemers de fiches moesten groeperen op basis van gelijkenissen. De criteria hiervoor waren niet op voorhand vastgelegd en deelnemers mochten hierover onderling niet communiceren. Elke deelnemer kon fiches blijven verleggen tot iedereen 'tevreden' was met de clustering. Vervolgens werd het resultaat van beide groepen plenair besproken. De bedoeling van deze oefening was om zichtbaar te maken **welke kenmerken eventueel relevant zouden kunnen zijn om orderstromen van elkaar te onderscheiden**.

Inzichten. Een eerste vraag die tijdens de discussies naar voren kwam, was wat precies als order moet worden beschouwd. In de dagelijkse praktijk wordt het order vaak impliciet gelijkgesteld met **de cliënt zelf**. Vanuit sociotechnisch perspectief kan het echter zinvol zijn om dit ruimer te bekijken. Het order kan bijvoorbeeld worden opgevat als de combinatie van **de cliënt, de context en de concrete zorg- of hulpvraag** die door het primair proces wordt behandeld. Wanneer ook contextfactoren - zoals gezinssituatie, betrokkenheid van ouders of school, of sociaal-economische omstandigheden - worden meegenomen, kan dit leiden tot andere en soms relevantere manieren om cliënttrajecten te onderscheiden.

De oefening maakte vervolgens duidelijk dat er een grote variatie aan cliëntvragen aanklopt bij de CAR's. Wanneer deelnemers de cliëntfiches groepeerden, kwamen een aantal kenmerken spontaan naar voren. In de huidige praktijk wordt in de sector vooral gesorteerd op **leeftijd van het kind, aard van de problematiek of diagnose** en in sommige gevallen **medische urgentie**. Dat laatste criterium leidt bijvoorbeeld tot snellere trajecten of zogenaamde 'fast lanes' voor bepaalde problematieken, zoals niet-aangeboren hersenletsel (NAH) of gehoorproblemen.



Tegelijk maakte de oefening duidelijk dat deze criteria slechts een deel van de variatie in cliëntvragen vatten en bovendien niet altijd zuiver zijn. Zo is er vaak sprake van **comorbiditeit**, waardoor sorteren op diagnose in de praktijk niet altijd evident blijkt. In de discussie werd daarom ook nagedacht over andere kenmerken die relevant kunnen zijn om cliënttrajecten te onderscheiden. Daarbij kwamen onder meer **socio-economische kenmerken (SES)**, **toegang tot de Nederlandse taal**, **inschrijfbaarheid binnen de Vlaamse Sociale Bescherming**, **geslacht** en **woonplaats** naar voren. Daarnaast werden verschillende context- en gezinsfactoren genoemd die een belangrijke invloed kunnen hebben op het verloop van een traject, zoals de **draagkracht van het gezin**, de **betrokkenheid van de ouders of school**, en bredere contextkenmerken zoals **financiële kwetsbaarheid**. Ook **culturele of etnische achtergrond** werd genoemd als mogelijk relevant criterium, bijvoorbeeld wanneer bepaalde opvattingen over ontwikkelingsstoornissen maken dat eerst bijkomende stappen nodig zijn, zoals psycho-educatie of het opbouwen van vertrouwen.

Ten slotte werd ook verwezen naar kenmerken die verband houden met het verloop van het traject zelf, zoals de **complexiteit van de hulpvraag**, de **intensiteit van de begeleiding**, de **bereidheid van ouders of cliënt om therapie te volgen** en de **methodologie van behandeling** (bijvoorbeeld individueel of in groep).

Betekenis voor het verdere ontwerpproces. De oefening maakte duidelijk dat het bepalen van orders en de criteria om deze te onderscheiden geen eenvoudige opdracht is. Elk centrum kan op basis van de lijst die tijdens het traject werd opgesteld voor zichzelf bepalen welke kenmerken relevant zijn om orders te groeperen in deelverzamelingen die gelijkaardige eisen stellen aan het primair proces. Het doel is te komen tot een **helder en zo zuiver mogelijk 'sorteer algoritme'** voor de orders. Vanuit de stuurgroep werd bovendien geadviseerd om in een latere stap per stroom **zorgpaden** te ontwikkelen, individueel of op sectorniveau. Dergelijke zorgpaden kunnen standaardisatie combineren met ruimte voor klinische autonomie en zo bijdragen aan meer voorspelbare trajecten, kortere doorlooptijden en een efficiënter gebruik van capaciteit (Vleugels et al., 2011)¹⁷.

¹⁷Vleugels, A., Lodewijckx, C., Van Gerven, E., Vanhaecht, K., Panella, M., Deneckere, S., & Sermeus, W. (2011). 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. Tijdschrift voor Geneeskunde, 67(10). <https://doi.org/10.2143/TVG.67.10.2000969>

3.3.3. Organisatie van het primair proces: mogelijke structuurkeuzes

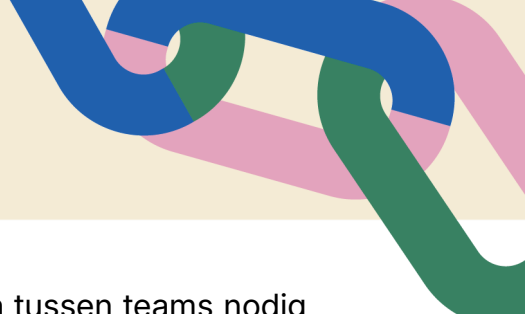
In de volgende stap van het traject werd stilgestaan bij de vraag hoe het primair proces organisatorisch kan worden ingericht. Het gaat daarbij om **de manier waarop activiteiten worden gegroepeerd, hoe verantwoordelijkheden worden verdeeld en hoe cliënten doorheen het proces bewegen.**

Deze stap bouwde voort op de inzichten uit Fase 1 van het onderzoek. Op basis van de sectorbevraging werd een eerste beeld geschetst van hoe CAR's hun primair proces organiseren. Daaruit bleek dat centra onderling sterk verschillen in de manier waarop diagnostiek en behandeling organisatorisch worden vormgegeven, ondanks een gedeeld regelgevend kader. Zo bleek bijvoorbeeld dat sommige centra werken met een afzonderlijk multidisciplinair onderzoeksteam voor diagnostiek, waarna cliënten worden doorverwezen naar andere, al dan niet gespecialiseerde teams voor behandeling. In andere centra worden diagnostiek en behandeling binnen hetzelfde team georganiseerd of worden per cliënt unieke teams ad-hoc samengesteld op basis van expertise en beschikbaarheid. De typologieën zoals eerder voorgesteld in dit verslag (zie Figuur 7) bleken de operationele realiteit niet volledig te vatten. In de praktijk blijkt de organisatie van het primair proces vaak hybride te zijn en een combinatie van verschillende organisatiemodellen te bevatten.

Methodiek. Om deze variatie beter te begrijpen, werden de deelnemers aan de ontwerpdagen gevraagd om een schematische voorstelling te maken van hoe hun centrum vandaag georganiseerd is. In deze tekeningen werd weergegeven hoe diagnostiek en behandeling georganiseerd zijn, hoe teams zijn samengesteld en hoe cliënten doorheen het traject bewegen.

De ingediende schema's werden nadien door de onderzoekers geanalyseerd. Hoewel deze op het eerste gezicht sterk van elkaar verschilden, bleek het mogelijk om hieruit een aantal onderliggende dimensies te abstraheren waarop centra organisatorische keuzes maken. Tijdens de ontwerpdagen werden deze dimensies met de groep besproken. Op basis daarvan werden verschillende mogelijke organisatieopties verkend, telkens met hun potentiële voor- en nadelen.

Inzichten. Een eerste belangrijke keuze betreft de vraag of **diagnostiek en behandeling binnen hetzelfde team worden georganiseerd, dan wel of beide fasen organisatorisch van elkaar worden gescheiden.** Wanneer diagnostiek en behandeling binnen hetzelfde team plaatsvinden, begeleidt één multidisciplinair team het volledige traject van de cliënt.



Een voordeel van deze aanpak is dat er minder overdrachten tussen teams nodig zijn, wat kan bijdragen aan continuïteit in het traject, minder nood aan coördinatie en een kleinere kans op afstemmingsfouten. Hetzelfde team heeft dan een integrale blik op het traject en draagt hiervoor end-to-end verantwoordelijkheid, wat eigenaarschap kan versterken.

Wanneer **diagnostiek daarentegen in een afzonderlijk team** wordt georganiseerd, kan diagnostische expertise worden gebundeld en kan de diagnostiek mogelijk onafhankelijker of objectiever gebeuren. Tegelijk creëert deze organisatievorm een bijkomend overdrachtsmoment tussen onderzoek en behandeling. In de praktijk ontstaat daardoor vaak een dubbele wachtrij: een eerste tussen aanmelding en diagnostiek, en een tweede tussen diagnostiek en de start van de behandeling. De snelheid waarmee cliënten uitstromen uit de behandel fase heeft in dat geval een grote invloed op de wachttijd tussen diagnostiek en behandeling.

Bij een **geïntegreerd model, waarin diagnostiek en behandeling binnen hetzelfde team** plaatsvinden, kan de doorstroom doorgaans sneller verlopen, wat een positieve impact kan hebben op het aantal cliënten dat met dezelfde capaciteit kan worden geholpen. In de discussies werd bovendien gewezen op het risico van een 'wij-zij dynamiek' wanneer diagnostiek en behandeling in verschillende teams worden georganiseerd, waarbij behandelteams soms tests herhalen die eerder al door het diagnostisch team werden afgenomen. Tegelijk werd ook aangehaald dat een apart diagnostiekteam bepaalde voordelen kan bieden, bijvoorbeeld op het vlak van planning of op het bewaken van de forfaitdruk. In de discussie werd echter opgemerkt dat deze voordelen mogelijk ook bereikt kunnen worden binnen een geïntegreerd model waarin diagnostiek en behandeling in dezelfde teams plaatsvinden.

Een belangrijke kanttekening bij deze keuze is dat **niet noodzakelijk voor alle orders dezelfde organisatievorm moet worden gehanteerd**. Wanneer een centrum bijvoorbeeld sterk wil inzetten op diagnostiek voor externe partners, kan het zinvol zijn om een afzonderlijke diagnosecel te organiseren, op voorwaarde dat er voldoende volume is van dit type orders. In dat geval kan het organisatiemodel bestaan uit een combinatie van teams die het volledige traject opnemen en een afzonderlijk team dat zich uitsluitend richt op diagnostiek. De haalbaarheid van dergelijke keuzes hangt uiteraard ook samen met de schaal van het centrum.



Een tweede belangrijke ontwerpkeuze betreft de vraag **of alle cliënttrajecten volgens hetzelfde proces worden georganiseerd, dan wel of verschillende soorten cliëntvragen in afzonderlijke stromen worden ondergebracht**. Het gaat hier om het verschil tussen een **standaardtraject** en een **ordergebaseerd primair proces**. In het eerste geval doorlopen alle cliënten een vergelijkbaar traject. Dit kan efficiënt zijn wanneer de orders relatief homogeen zijn en leidt tot een eenvoudige planning met voorspelbare doorlooptijden. Wanneer echter heterogene orders via een uniform proces worden behandeld, kan dit leiden tot onvoorspelbare doorlooptijden en een grote nood aan ad-hoc maatwerk. Deze keuze hangt samen met het al dan niet groeperen van orders in deelverzamelingen met gelijkaardige transformaties tot order/transformatiedeelverzamelingen, zoals toegelicht in paragraaf 3.3.2.

Wanneer het volume en de impact op het primair proces dit rechtvaardigen, kan het zinvol zijn om rond bepaalde ordergroepen afzonderlijke stromen te organiseren. Welke organisatievorm het meest aangewezen is, hangt dan ook sterk samen met de prestatie-eisen die een centrum vooropstelt.

Een derde belangrijke ontwerpkeuze betreft **de manier waarop medewerkers rond cliënten worden georganiseerd**. Sommige centra werken met **vaste multidisciplinaire teams** waarin medewerkers langdurig rond dezelfde cliënten samenwerken en gezamenlijk overleg en besluitvorming organiseren. In andere centra worden therapeuten eerder **ad-hoc gealloceerd rond individuele cliënten** op basis van expertise en beschikbaarheid. Bij allocatie op basis van capaciteit zijn er verschillende medewerkerscombinaties mogelijk, wat leidt tot een groter aantal relaties en communicatielijnen tussen personen. Dit impliceert meer nood aan afstemming en vergroot het risico op afstemmingsproblemen. Een voordeel van deze aanpak is echter dat de beschikbare capaciteit zeer flexibel kan worden ingezet, wat mogelijk mee verklaart waarom dit model vandaag in veel CAR's voorkomt. **De huidige prestatiefinanciering stimuleert een focus op resource-efficiëntie – het maximaal benutten van beschikbare capaciteit – eerder dan op flow-efficiëntie, waarbij de nadruk ligt op een vlotte doorstroming van cliënten doorheen het proces**. In het geval van vaste teams bestaan er doorgaans minder relaties tussen medewerkers, wat de nood aan afstemming vermindert en de kans op afstemmingsfouten kan verkleinen. Tegelijk kan een vaste teamsamenstelling kwetsbaarder zijn bij ziekte of uitval, al kan hiervoor marge worden ingebouwd in de teamstructuur. Een belangrijk voordeel is dat teamleden die langdurig samenwerken op elkaar ingespeeld raken, wat kan bijdragen aan een sterke teamcultuur en een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel. Ook voor cliënten kan deze organisatievorm meer continuïteit bieden in het traject.



Ook hier geldt dat **niet noodzakelijk voor alle orders dezelfde keuze moet worden gemaakt**. De structuur die een centrum kiest wordt best afgestemd op de prestatie-eisen die men vooropstelt, en deze kunnen in sommige gevallen verschillen tussen verschillende cliëntstromen. Een mogelijke hybride oplossing bestaat erin om te werken met één of twee kernfiguren of casemanagers die het traject van een cliënt van begin tot eind opvolgen, gecombineerd met een flexibele schil van therapeuten.

Wanneer gekozen wordt voor vaste teams, is het belangrijk om bij het ontwerp van deze teams zoveel mogelijk rekening te houden met de **tien principes voor effectieve teams** (Van Hootegem & Sels, 2025³; p. 122). Vanuit sociotechnisch perspectief verdienen daarbij onder meer taakvolledigheid, beperkte nood aan externe afstemming, voldoende regelmogelijkheden, herkenbare en stabiele teamsamenstellingen en regelmatige feedback bijzondere aandacht. Deze ontwerpprincipes kunnen bijdragen aan zowel een efficiëntere organisatie van zorgtrajecten als aan meer werkbaar werk voor medewerkers.

Betekenis voor het verdere ontwerpproces. Bovenstaande ontwerpkeuzes situeren zich op het niveau van het macro-ontwerp van de organisatie. Ze bepalen hoe het primair proces structureel wordt georganiseerd en vormen daarmee de basis voor verdere uitwerking binnen individuele CAR's.

3.4. Van macro- naar micro-ontwerp

Het verdere ontwerp van de organisatie – zoals de concrete samenstelling van **teams**, de verdeling van **rollen en verantwoordelijkheden**, de organisatie van de **voorbereidende, ondersteunende en besturende activiteiten** (centraal of decentraal) situeert zich op het niveau van het **micro-ontwerp**. Daar hoort ook de uitwerking bij van de nodige **(IT-)systemen en HR-instrumenten**. Deze stappen werden in het kader van dit sectorbrede traject niet verder uitgewerkt, maar vormen een mogelijke volgende fase voor individuele CAR's die hun organisatiemodel verder willen ontwikkelen.

Het is daarbij belangrijk dat de gemaakte ontwerpkeuzes opnieuw worden getoetst aan de vooropgestelde prestatie-eisen. Op die manier kan worden nagegaan in welke mate de gekozen structuur daadwerkelijk bijdraagt aan de strategische prioriteiten van het centrum. Voor verdere verdieping verwijzen we naar *Archipelagos: De kunst van het organisatiedesign* (Van Hootegem & Sels, 2025³).

Deel 3: Reflecties en beleidsaanbevelingen

1. Belangrijkste inzichten uit het onderzoek

De analyse van de huidige arbeidsorganisatie in de CAR's en het ontwerptraject met de sector brengen een aantal belangrijke inzichten naar voren die relevant zijn voor zowel de sector zelf als voor het beleidskader waarin de centra functioneren.

Een eerste belangrijke vaststelling is dat de huidige organisatievormen binnen de CAR's sterk variëren, ondanks een gedeeld regelgevend en financieringskader. Centra verschillen onder meer in schaal, regionale context, doelgroepmix en de manier waarop het primair proces en teamwerking georganiseerd zijn. Hoewel bij aanvang van het traject door verschillende deelnemers werd verondersteld dat de organisatievorm sterk door regelgeving werd bepaald, blijkt uit de analyse dat er in de praktijk **aanzienlijke organisatorische keuzeruimte** bestaat. Deze organisatorische variatie hoeft daarbij niet problematisch te zijn, maar kan net gezond en noodzakelijk zijn om centra toe te laten zich aan te passen aan verschillen in populatie, regionale context, beschikbare expertise en lokale zorgnoden.

Een tweede belangrijke bevinding betreft de **spanning tussen capaciteit, instroom en doorstroom**. De gemiddelde wachttijden tussen aanmelding, diagnostiek en behandeling zijn aanzienlijk en trajecten lopen gemiddeld meerdere jaren. Daarnaast valt een aanzienlijke variatie in trajectduur en procesverloop op tussen centra, ook binnen dezelfde doelgroepen. **Hoewel voldoende capaciteit hierbij een noodzakelijke randvoorwaarde vormt, blijkt capaciteit op zich niet voldoende om verschillen in doorstroom en trajectduur volledig te verklaren. De analyses suggereren dat ook organisatorische keuzes invloed hebben op de flow van het proces. Tegelijk dient erkend te worden dat bepaalde complexe zorgvragen intrinsiek langere en minder voorspelbare trajecten vereisen. Een langere trajectduur is dus niet noodzakelijk een teken van minder efficiënte organisatie, maar kan ook samenhangen met de aard en complexiteit van de zorgvraag.** Centra met een groter aandeel procesdekkende teams - waarin multidisciplinaire teams het volledige traject van cliënten begeleiden - vertonen gemiddeld kortere trajectduren en een hogere doorstroom. Tegelijk dienen deze verbanden voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Factoren zoals schaalgrootte van het centrum, casemix en doelgroepverschillen, regionale context en samenwerkingsmogelijkheden kunnen mee een invloed hebben op zowel organisatiedesign als de gerapporteerde uitkomsten. De bevindingen moeten daarom vooral gelezen worden als richtinggevende patronen en ontwerphefbomen, eerder dan als eenduidige causale verbanden. In de sector wordt bovendien sterk ingezet op maatwerk voor individuele cliënten, wat kan



samengaan met een grotere nood aan overleg en langere, minder voorspelbare trajectduren.

Een derde belangrijke vaststelling betreft de **impact van fragmentatie van het primair proces op de werkbaarheid**. Wanneer diagnostiek en behandeling sterk gescheiden worden georganiseerd of wanneer zorgprofessionals ad-hoc rond cliënten worden samengesteld, zonder vaste teamsamenstelling, neemt de nood aan afstemming toe. Dit kan een impact hebben op overlegtijd, wachttijden, en mogelijk ook bijdragen aan een hogere belasting voor medewerkers. Dit gaat gepaard met meer nood aan afstemming en overleg en hangt in deze studie ook samen met hogere verzuim- en verloopcijfers, twee belangrijke indicatoren van werkbaarheid.

Ten slotte wijst het onderzoek op **structurele spanningen in het huidige financieringsmodel**. De prestatiefinanciering stimuleert in sterke mate een focus op het maximaliseren van factureerbare prestaties. Centra plannen de beschikbare capaciteit vaak volledig vol en bouwen daarbij marge in om rekening te houden met no-shows. Activiteiten die essentieel zijn voor kwalitatieve zorg - zoals overleg, samenwerking met partners en administratieve opvolging - worden in dit model bovendien slechts beperkt vergoed. Hierdoor **sturen organisaties vooral op resource-efficiëntie** (het maximaal benutten van de op dat moment beschikbare capaciteit) **in plaats van op flow-efficiëntie** (een vlotte doorstroming van cliënten doorheen het traject). Daarnaast kunnen **no-shows en afhakers mogelijk ook samenhangen met kenmerken van het organisatiedesign en het verloop van trajecten**. Lange wachttijden, meerdere overdrachtsmomenten tussen teams, beperkte continuïteit van zorg of complexe trajectstructuren kunnen de betrokkenheid van cliënten onder druk zetten en zo mogelijks bijdragen aan uitval of afwezigheden. Omgekeerd kunnen organisatievormen die inzetten op continuïteit, duidelijke trajecten en een vlotte doorstroming mogelijk bijdragen aan een sterkere betrokkenheid van cliënten gedurende het traject.

2. Beleidsaanbevelingen

Op basis van de analyse van de huidige organisatie in de CAR-sector en het ontwerptraject dat met vertegenwoordigers uit de sector werd doorlopen, kunnen een aantal aanbevelingen worden geformuleerd voor zowel de centra zelf als voor het beleid. Deze aanbevelingen richten zich op het ondersteunen van organisatievormen die zowel de effectiviteit en efficiëntie van zorg als de werkbaarheid voor medewerkers versterken. **Sommige aanbevelingen situeren zich op beleidsniveau, terwijl andere centra ook concrete handvatten kunnen**



bieden om hun eigen organisatie kritisch te analyseren en bewuste keuzes te maken.

1. Ontwikkel een gedeeld begrippen- en monitoringskader voor de sector

Een eerste belangrijke aanbeveling betreft de nood aan een **gedeeld begrippen- en monitoringskader**. Doorheen het onderzoek werd duidelijk dat begrippen zoals team, traject, doelgroep en wachttijd niet steeds op dezelfde manier worden geïnterpreteerd of geregistreerd. Deze **verschillen bemoeilijken niet alleen de onderlinge vergelijkbaarheid tussen centra, maar maken het ook moeilijker om op sectorniveau zicht te krijgen op knelpunten, evoluties en mogelijke verbeterhefbomen**.

Een gedeeld begrippenkader betekent niet dat alle centra op dezelfde manier moeten werken, maar wel dat **dezelfde termen op een vergelijkbare manier worden gebruikt**. Dit is een belangrijke voorwaarde om organisatiemodellen, trajecten en uitkomsten op een zinvolle manier te kunnen bespreken. Daarbij lijkt het aangewezen om **niet enkel te registreren hoeveel prestaties worden geleverd, maar ook beter zicht te krijgen op trajectkenmerken die relevant zijn voor kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit van de arbeid** vanuit sociotechnisch perspectief. Het gaat dan onder meer over de wachtlijst, de wachttijd, de duur van de verschillende trajectfasen, het aantal overdrachtsmomenten en no-shows.

Een dergelijk monitoringskader kan centra ondersteunen om hun **eigen werking beter te begrijpen en gericht te verbeteren**. Tegelijk kan het beleidsmakers helpen om **sectorbrede ontwikkelingen beter op te volgen**. Belangrijk is daarbij dat **monitoring niet verengd wordt tot controle of verantwoording, maar wordt ingezet als leerinstrument**. De gegevens moeten centra en sector helpen om zicht te krijgen op **patronen in toegankelijkheid, flow, werkbaarheid en zorgcontinuïteit, zonder voorbij te gaan aan verschillen in populatienoden, regionale context en schaal**.

2. Stuur op verantwoorde variatie in organisatiemodellen

De bevindingen tonen aan dat **CAR's sterk verschillen** in schaalgrootte, doelgroepmix, regionale context, personeelssamenstelling en wijze van organiseren. Deze variatie is niet noodzakelijk problematisch. Integendeel, ze kan net nodig zijn om voldoende aan te sluiten bij lokale zorgnaden, beschikbare expertise en regionale samenwerkingsmogelijkheden. De ambitie om te komen tot **één uniform organisatie-model voor de volledige sector lijkt daarom weinig wenselijk**.



Tegelijk **vraagt deze variatie om een vorm van verantwoording**. Wanneer centra verschillende organisatorische keuzes maken, is het **belangrijk dat deze keuzes bewust en onderbouwd gebeuren**. Beleidsmatig lijkt het daarom aangewezen om **niet te sturen op één vast arbeidsorganisatiemodel, maar op een kader waarbinnen centra hun organisatiemodel kunnen motiveren vanuit hun missie, populatie, regionale rol, beschikbare capaciteit en beoogde uitkomsten**. De vraag is dan niet welk organisatiemodel op zichzelf het beste is, maar onder welke voorwaarden een bepaald organisatiemodel passend is voor een bepaalde context.

Een dergelijk kader kan centra ondersteunen om hun **eigen organisatie explicieter te ontwerpen en te evalueren**. Daarbij kan onder meer worden gekeken naar de mate waarin het primair proces taakvolledig georganiseerd is, hoeveel overdrachtsmomenten cliënten doorlopen, hoe teams zijn samengesteld, welke regelmogelijkheden medewerkers hebben en hoe overleg en besluitvorming worden georganiseerd. **Op die manier wordt variatie niet vrijblijvend, maar gekoppeld aan een bewuste analyse van de relatie tussen organisatiedesign, kwaliteit van zorg en werkbaarheid**.

3. Voorzie in voldoende en evenwichtig gespreide regionale capaciteit

Naast de interne organisatie binnen afzonderlijke centra speelt ook de **regionale verdeling van capaciteit en expertise** een belangrijke rol. De resultaten van het onderzoek tonen dat CAR's functioneren in **uiteenlopende regionale contexten**. Sommige centra bevinden zich in regio's met **meerdere naburige CAR's en andere zorgpartners, terwijl andere centra in een meer beperkte of specifieke regionale constellatie werken**. Ook de mate van samenwerking met andere CAR's, CGG's en relevante zorgpartners verschilt sterk en verloopt vaak informeel.

Toegankelijkheid en doorstroming kunnen daarom niet uitsluitend centrum per centrum worden bekeken. Een toekomstgericht beleid vraagt ook om een **regionaal perspectief op populatienoden, wachtlijsten, expertise en spreiding van aanbod**. Daarbij kan worden nagegaan **welke hulpvragen in een regio aanwezig zijn, welke capaciteit beschikbaar is, waar blinde vlekken ontstaan en waar overlap of versnippering optreedt**. Een **regionaal beleid** kan helpen om de positie en rol van afzonderlijke CAR's beter af te stemmen op het bredere zorglandschap.

Daarbij lijkt het zinvol om niet alleen te kijken naar het totale aantal beschikbare plaatsen, maar ook naar **de manier waarop capaciteit en expertise regionaal verdeeld zijn**. Sommige vormen van expertise of ondersteuning zijn schaars en



en kunnen moeilijk door elk centrum afzonderlijk worden uitgebouwd. In die gevallen kan regionale afstemming helpen om expertise toegankelijker en robuuster te organiseren, bijvoorbeeld via gedeelde afspraken, consultatie, doorverwijzing of samenwerking rond specifieke doelgroepen. Een evenwichtige regionale capaciteit gaat dus niet enkel over méér capaciteit, maar ook over een passende spreiding en inzet van de beschikbare capaciteit en expertise binnen het lokale zorglandschap.

Dit betekent niet dat centra hun eigenheid verliezen of dat elke regio op dezelfde manier moet worden ingericht. Wel kan een **meer expliciete regionale afstemming** bijdragen aan duidelijkere afspraken over doelgroepafbakening, doorverwijzing, gedeelde expertise, samenwerking met andere partners, en mogelijke vormen van taakverdeling tussen voorzieningen. Op die manier wordt regionale samenwerking niet enkel afhankelijk van informele contacten of historische relaties, maar sterker ingebed in een gedeelde analyse van zorgnoden en beschikbaar aanbod.

4. Verruim de mogelijkheden om personeelsinzet en trajecten passend te organiseren

De huidige regelgeving en personeelsomkadering zijn in belangrijke mate **historisch gegroeid**. De samenstelling van personeelskaders en de verdeling van disciplines zijn daardoor niet altijd rechtstreeks afgestemd op actuele zorgnoden, regionale verschillen of organisatievereisten. Ook de opbouw van trajecten wordt in de regelgeving nog sterk benaderd als een opeenvolging van diagnostiek en behandeling, waarbij beide fasen duidelijk van elkaar worden onderscheiden. Uit het onderzoek blijkt echter dat de dagelijkse praktijk vaak complexer en meer hybride is.

In een context waarin bepaalde profielen moeilijk ingevuld raken, kunnen vaste disciplineverhoudingen de mogelijkheden beperken om beschikbare expertise gericht in te zetten. **Meer ruimte voor centra om hun personeelsmix vorm te geven in functie van hun populatie, regionale context en organisatiemodel kan bijdragen aan een meer strategische inzet van expertise.** Dit betekent niet dat de multidisciplinaire basis van de CAR's moet worden losgelaten. Integendeel, net **gespecialiseerde multidisciplinaire expertise vormt een centrale sterkte van de sector**. Wel lijkt het aangewezen om multidisciplinariteit **minder strikt te vertalen in vaste personeelsverhoudingen**, en sterker te benaderen vanuit de vraag **welke expertise nodig is om een kwaliteitsvol traject te realiseren**.

Ook op het niveau van trajectopbouw is meer differentiatie wenselijk.



sommige cliënten blijft een duidelijk afgebakende diagnostische fase noodzakelijk en passend. Voor andere cliënten kan het zinvol zijn om diagnostiek meer **handelingsgericht, cyclisch of parallel aan de behandeling** in te zetten. Een regelgevend kader dat **dergelijke differentiatie** mogelijk maakt, kan centra ondersteunen om trajecten passender en wendbaarder te organiseren, op voorwaarde dat kwaliteit en continuïteit voldoende geborgd blijven.

5. Ondersteun trajectflow, zorgcontinuïteit en werkbaarheid via passende organisatie- en financieringsvormen

Een laatste aanbeveling betreft de manier waarop trajectflow, zorgcontinuïteit en werkbaarheid organisatorisch en financieel ondersteund worden. De huidige prestatiefinanciering stimuleert centra in sterke mate om beschikbare capaciteit maximaal om te zetten in factureerbare prestaties. Daardoor ligt de nadruk vooral op het vullen van beschikbare agenda's. Dit ondersteunt **resource-efficiëntie**, maar valt niet noodzakelijk samen met **flow-efficiëntie**: een vlotte en voorspelbare doorstroming van cliënten doorheen het traject. Activiteiten die hiervoor noodzakelijk zijn, zoals overleg, trajectcoördinatie, samenwerking met partners, opvolging bij afwezigheden en administratieve afstemming, worden binnen het huidige kader slechts beperkt vergoed. Daardoor bestaat het risico dat ze onvoldoende structureel worden ingepland, of boven op de reguliere werking terechtkomen. Dit kan zowel de continuïteit van trajecten als de werkbaarheid voor medewerkers onder druk zetten.

Om trajectflow en continuïteit te versterken, volstaat het echter niet om enkel naar financiering te kijken. Ook de manier waarop trajecten worden ontworpen en opgevolgd is hierbij belangrijk. **Het werken met cliëntstromen kan daarbij een belangrijke hefboom vormen, zowel binnen afzonderlijke CAR's als op het niveau van lokale zorgecosystemen.** Wanneer cliëntvragen worden gegroepeerd in relatief homogene stromen, kunnen trajecten gericht worden ontworpen, opgevolgd en afgestemd tussen betrokken actoren. Het bepalen van een helder **sorteeralgoritme** voor cliëntvragen vormt daarbij een belangrijke stap: op basis van welke kenmerken worden cliënten toegewezen aan bepaalde stromen, zorgpaden of partners? Dergelijke kenmerken kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op urgentie, zorgnood, complexiteit, leeftijd, benodigde expertise of verwachte trajectintensiteit.

Binnen dergelijke cliëntstromen kunnen **wetenschappelijk onderbouwde zorgpaden** richting geven aan het **inhoudelijke verloop en de verwachte duur van trajecten**. Dit betekent niet dat elk traject strikt gestandaardiseerd moet worden. Wel kan een gedeelde basisstructuur helpen om **ongewenste variatie te**



beperken, doorlooptijden beter op te volgen en gemotiveerd af te wijken wanneer de situatie van een cliënt dit vereist. Ook ruimte voor **nazorg of laagdrempelige herinstroom** kan hierbij ondersteunend zijn. Wanneer cliënten na afronding indien nodig opnieuw vlot contact kunnen opnemen of tijdelijk beperkt opgevolgd kunnen worden, kan dit centra ondersteunen om trajecten tijdiger af te ronden zonder de continuïteit van zorg uit het oog te verliezen. Dit kan vermijden dat trajecten onnodig lang worden aangehouden uit voorzichtigheid of bezorgdheid over herval.

Een toekomstgericht organisatie- en financieringskader zou deze manier van werken moeten ondersteunen. Dit betekent dat niet enkel afzonderlijke prestaties worden gehonoreerd, maar ook voorwaarden worden gecreëerd voor trajectcoördinatie, interdisciplinaire afstemming, samenwerking met partners, aanklampende opvolging, no-showbeleid, administratieve opvolging en organisatorische verbetering. **Op die manier ondersteunt financiering niet alleen het realiseren van zorgvolume, maar ook een betere inzet van beschikbare capaciteit. Zo kunnen meer cliënten tijdig en kwaliteitsvol geholpen worden, zonder dat dit ten koste gaat van de werkbaarheid voor medewerkers.**

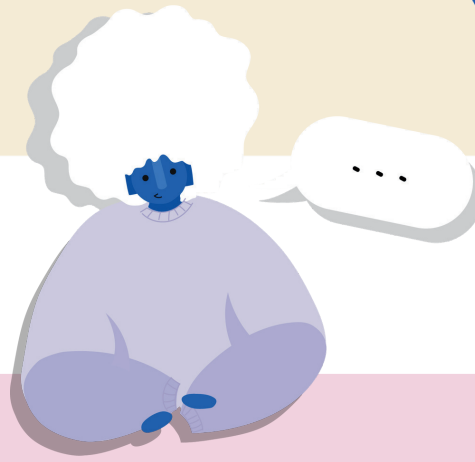
3. Slotbeschouwing

Dit onderzoek had als centrale vraag hoe CAR's zich zo passend mogelijk kunnen organiseren om hun inhoudelijke expertise optimaal te ontsluiten, met blijvende aandacht voor de kwaliteit van zorg voor cliënten, werkbaar werk voor medewerkers, en wendbaarheid in een veranderende maatschappelijke context.

De resultaten tonen aan dat de manier waarop het primair proces wordt georganiseerd een belangrijke invloed kan hebben op de toegankelijkheid van zorg, de effectiviteit en efficiëntie van trajecten en de werkbaarheid voor medewerkers. Het ontwerptraject maakte duidelijk dat er verschillende manieren bestaan om het organisatiemodel vorm te geven en dat deze keuzes best expliciet worden gemaakt in functie van missie, visie, strategie, prestatie-eisen, populatiekenmerken en regionale context en samenwerking.

De ontwikkelde blauwdruk biedt daarbij een denkkader dat centra kan ondersteunen om bewuste en toekomstgerichte organisatiekeuzes te maken, mits de nodige beleidsmatige randvoorwaarden in het regelgevend en financieringskader aanwezig zijn.

Bijlagen



Bijlage 1. Schriftelijke bevraging arbeidsorganisatie CAR's Fase 1

Bijlage 2. Checklist bij ontwerpsequens

Bijlage 3. De Tijd. (2025, 6 december). *De fabriek waar iedereen zelf zijn job kiest: 'Jongeren verwend? Godzijdank'.*

Bijlage 4. Blauwdruk voor mogelijke organisatiekeuzes in CAR's

Bijlage 5. Cliëntfiches (persona's) gebruikt in het ontwerptraject



Bijlage 1. Schriftelijke bevraging arbeidsorganisatie CAR's Fase 1



Deze bevraging kadert binnen een onderzoek voor de hele sector van Centra voor Ambulante Revalidatie en wordt uitgevoerd door **Mensenmaat Howest**, in samenwerking met de Federatie CAR.

Doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen:

- hoe CAR's zich vandaag organiseren,
- wat daarin goed werkt,
- welke knelpunten worden ervaren,
- en welke factoren de kwaliteit van zorg en werkbaarheid beïnvloeden.

In een tweede fase wordt, op basis van deze bevindingen, onderzocht hoe CAR's zich zo passend mogelijk kunnen organiseren om

1. inhoudelijke expertise nog beter te ontsluiten
2. met blijvende aandacht voor kwaliteit van zorg voor de zorggebruiker; en werkbaar werk voor de werknemer
3. en klaar voor de toekomst door wendbaar te kunnen inspelen op maatschappelijke veranderingen.

Uw deelname is van groot belang: u helpt mee richting geven aan de toekomst van de sector.

PRAKTISCH

- We vragen om deze bevraging te laten invullen door één of meerdere personen die de organisatie zeer goed kennen.
- Via de unieke link die u gekregen heeft kan u:
 - de vragenlijst op verschillende momenten invullen (uw antwoorden worden automatisch opgeslagen telkens u de bevraging sluit)
 - de link delen met collega's die kunnen aanvullen (let op: het is niet mogelijk om tegelijkertijd te antwoorden via verschillende toestellen; u zult dus onderling moeten afstemmen wie wanneer aan de bevraging werkt) Sommige vragen zijn verplicht om verder te kunnen gaan.
- De bevraging duurt naar schatting ongeveer **drie uur** in totaal.
- Op het einde van elk onderdeel is ruimte voorzien voor vragen of opmerkingen.

De bevraging blijft open tot 22/06/2025. Wij danken u alvast voor uw medewerking!

Ik verklaar hierbij dat ik

1. Begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om op elk moment te stoppen, zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven en zonder nadelige gevolgen.
2. Akkoord ga met het verzamelen van gegevens over mijn organisatie. Deze gegevens worden verwerkt in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG/GDPR) en zijn strikt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de onderzoeksdoelstellingen. Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en gepseudonimiseerd, wat betekent dat ze niet rechtstreeks aan mijn organisatie gekoppeld kunnen worden zonder aanvullende informatie, die enkel toegankelijk is voor de onderzoekers.
3. Ik begrijp dat deze gepseudonimiseerde gegevens kunnen worden hergebruikt voor ander wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en lezingen. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijke publicaties, waarbij mijn naam en die van mijn CAR niet worden gepubliceerd. Anonimiteit en vertrouwelijkheid worden in alle stadia van het onderzoek gewaarborgd.
4. Weet dat ik voor vragen of voor het uitoefenen van mijn rechten (zoals inzage of correctie van gegevens) contact kan opnemen met Elke Baten via elke.baten@howest.be, of op 0496/35 79 85
5. Weet dat ik voor klachten of bezorgdheden over gegevensbescherming contact kan opnemen met de Data Protection Officer van Howest, via johan.galle@howest.be

☐ Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en geef toestemming om deel te nemen aan deze studie.

Overzicht

Deze bevraging bestaat uit 9 onderdelen. Je doorloopt elk deel stap voor stap. Je kunt altijd terugkeren via de pijltjes onderaan of op een later moment verdergaan via de link die je hebt ontvangen. Je antwoorden worden automatisch opgeslagen en blijven bewaard telkens wanneer je de bevraging sluit.

Deel 1: Algemene kenmerken van uw CAR

Deel 2: Regionale samenwerking

Deel 3: Aanmeldings- en wachtlijstbeleid

Deel 4: Personeel en organisatiekenmerken

Deel 5: Subsidies en prestaties

Deel 6: Algemene gegevens over cliënten

Deel 7: Wachttijden en Trajectduur

Deel 8: Teams en medewerkers

Deel 9: Afsluitende vragen

Opgelet: Dit is de afdrukbare versie van de bevraging. Ze bevat alle mogelijke vragen, ook deze die in de digitale versie enkel verschijnen op basis van eerder gegeven antwoorden (via filtervragen of vertakkingen). In de digitale versie krijg je dus minder vragen te zien dan in deze afdrukbare versie. Gebruik deze afdrukbare versie enkel ter voorbereiding. Enkel de gegevens uit de digitaal ingevulde versie worden verwerkt en meegenomen in de analyse.

De lay-out van deze afdrukbare versie is bovendien niet altijd optimaal, gezien ze automatisch werd gegenereerd vanuit de digitale bevragingstool.

Deel 1: Algemene kenmerken van uw CAR

In dit deel brengen we enkele algemene kenmerken van uw CAR in kaart, zoals de vestigingsstructuur, geografische ligging en organisatorische inbedding. Deze informatie helpt om het profiel van uw CAR beter te begrijpen en correct te kunnen interpreteren in de verdere analyse.

Deze bevraging kan door meerdere personen worden ingevuld. Wat is de functie van de invuller(s)?
Vul in.

Wat is de naam van uw CAR?

Uit hoeveel vestigingen bestaat uw CAR?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Vallen de verschillende vestigingen onder dezelfde conventie en worden alle data (vb. totaal VTE personeelsleden, aantal cliënten, geleverde prestaties, subsidies, ...) samen bijgehouden?

☐ Ja
☐ Nee

U gaf aan dat de data voor de verschillende vestigingen apart worden bijgehouden. Veel van deze data worden in deze bevraging opgevraagd. Daarom willen wij u vragen om per conventie een nieuwe bevraging in te vullen. Vul hieronder de naam van de conventie of vestiging in waarop deze specifieke bevraging betrekking heeft.

Vul de postcode(s) in van de plaats(en) waar uw CAR zich bevindt.

	Postcode
Vestiging 1	
Vestiging 2	
(indien van toepassing)	
Vestiging 3	
(indien van toepassing)	
Vestiging 4	
(indien van toepassing)	

Is uw CAR organisatorisch deel van een groter geheel?

Bijvoorbeeld CM, ziekenhuis, DIGOR, ...

☐ Nee

☐ Ja, namelijk

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

//

Deel 2: Regionale samenwerking

In dit deel gaan we na in welke mate en op welke manier uw CAR samenwerkt met andere actoren in de regio, zoals andere CAR's, CGG's en andere relevante zorgpartners. We zijn hierbij geïnteresseerd in zowel formele als informele samenwerkingen, en hoe deze bijdragen aan een betere afstemming van het zorgaanbod.

Hoeveel CAR's zijn er aanwezig in een straal van 20 km rond uw organisatie?

Tel je eigen CAR niet mee.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ >4

Werkt uw organisatie samen met dit/deze CAR('s) om de hulpvragen in de regio (d.w.z. straal van 20 km rond uw organisatie) te stroomlijnen?

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Gedeeltelijk

Is de samenwerking met dit/deze CAR('s) m.b.t. de hulpvragen van cliënten formeel vastgelegd of gaat het om informele afspraken?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er zijn informele afspraken.
☐ Er is een formele samenwerkingsovereenkomst.

Wat is de inhoud van deze samenwerking met dit/deze CAR('s)?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er is een gezamenlijke wachtlijst.
☐ Er is overleg over verdeling van specialisaties of doelgroepen.
☐ Anders, namelijk

Hoeveel CGG's zijn er aanwezig binnen een straal van 20 km rond uw organisatie?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ >4

Werkt uw organisatie samen met dit/deze CGG('s) om de hulpvragen in de regio (d.w.z. straal van 20 km rond uw organisatie) te stroomlijnen?

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Gedeeltelijk

Is de samenwerking met dit/deze CGG('s) m.b.t. de hulpvragen van cliënten formeel vastgelegd of gaat het om informele afspraken?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er zijn informele afspraken.
☐ Er is een formele samenwerkingsovereenkomst.

Wat is de inhoud van deze samenwerking met dit/deze CGG('s)?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er is een gezamenlijke wachtlijst.
☐ Er is overleg over verdeling van specialisaties of doelgroepen.
☐ Anders, namelijk

Hoeveel andere gesubsidieerde zorgpartners die relevant zijn voor uw doelgroep (zonder CAR, zonder CGG) zijn er aanwezig in een straal van 20 km rond uw organisatie?

Vb. zoals CLB, OOC, COS, RCA - instellingen die relevant zijn voor uw doelgroep maar géén CAR of CGG zijn.

- ☐ 0
☐ Minder dan 3
☐ Tussen 3 en 6
☐ Tussen 6 en 9
☐ Meer dan 9

Werkt uw organisatie samen met deze gesubsidieerde zorgpartner(s) om de hulpvragen in de regio (d.w.z. straal van 20 km rond uw organisatie) te stroomlijnen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Gedeeltelijk

Is de samenwerking met deze gesubsidieerde zorgpartner(s) m.b.t. de hulpvragen van cliënten formeel vastgelegd of gaat het om informele afspraken?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er zijn informele afspraken.
- ☐ Er is een formele samenwerkingsovereenkomst.

Wat is de inhoud van de samenwerking met deze gesubsidieerde zorgpartner(s)?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er is een gezamenlijke wachtlijst.
- ☐ Er is overleg over verdeling van specialisaties of doelgroepen.
- ☐ Anders, namelijk

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

//

Deel 3: Aanmeldings- en wachtlijstbeleid

In dit deel focussen we op het aanmeldingsbeleid en het omgaan met wachtlijsten binnen uw organisatie. We willen beter begrijpen hoe geografische spreiding, samenwerking met andere instellingen en informatie-uitwisseling een rol spelen in de toeleiding van cliënten.

Wordt er voor de aanmelding van cliënten rekening gehouden met hun woonplaats?

- ☐ Ja, strikt. Cliënten kunnen zich enkel aanmelden als ze binnen een bepaald afgebakend gebied wonen.
- ☐ Ja, meestal. Cliënten van buiten een bepaalde afgebakende regio kunnen zich uitzonderlijk aanmelden, bijvoorbeeld bij specifieke noden.
- ☐ Gedeeltelijk. De woonplaats van cliënten wordt in rekening gebracht, maar is niet doorslaggevend bij de aanmelding.
- ☐ Nee, maar cliënten die buiten ons afgebakend gebied wonen worden geadviseerd om eerst na te gaan of er in hun eigen regio een passend aanbod is.
- ☐ Nee, er zijn geen geografische beperkingen. Cliënten kunnen zich aanmelden ongeacht hun woonplaats.
- ☐ Anders, namelijk

Wordt er bij de aanmelding van cliënten nagegaan of zij reeds op de wachtlijst van een ander CAR staan?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Wordt er iets gedaan met deze informatie?

- ☐ Ja, we nemen dit mee in ons aanmeldings- of wachtlijstbeleid. Licht toe
- ☐ Nee, deze informatie wordt enkel ter kennisgeving geregistreerd.

Op welke manier wordt deze informatie gebruikt?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er wordt gevraagd zich af te melden van de andere wachtlijst om bij ons te kunnen aanmelden.
- ☐ Op basis hiervan wordt voorrang bepaald binnen de eigen wachtlijst.
- ☐ We bespreken dit met de cliënt, maar het heeft geen invloed op ons beleid.
- ☐ Anders, namelijk

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

//

Deel 4: Personeel en organisatiekenmerken (2024)

In dit deel peilen we naar enkele personeelskenmerken van uw CAR in het jaar 2024. We vragen informatie over het aantal medewerkers, het invullen van vacatures, verzuim en verloop. Gelieve uitzendkrachten niet mee te tellen.

Hoeveel medewerkers (in VTE) telde uw organisatie in totaal (conventie & nietconventie) op 31 december 2024 per personeelscategorie?

(1) *Het aantal medewerkers kan ook worden uitgedrukt in voltijdsequivalenten (VTE), waarbij hetarbeidsvolume als maatstaf dient. Dit betekent dat de arbeidsprestaties van medewerkers worden omgerekend naar een fulltime-equivalent. Een medewerker die halftijds werkt, telt bijvoorbeeld voor 0,5 VTE.*

(2) *Splits het aantal VTE van een leidinggevende die ook zorgtaken opneemt, a rato van het takenpakket(vb. 0,2 VTE leidinggevende; 0,8 VTE therapeut).*

	Aantal medewerkers (VTE)
Zorgpersoneel: medisch	
Zorgpersoneel: psychologisch (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Zorgpersoneel: psychosociaal (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Zorgpersoneel: paramedisch	
Zorgpersoneel: andere	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	

Hoeveel medewerkers (in koppen) telde uw organisatie in totaal (conventie & nietconventie) op 31 december 2024 per personeelscategorie?

	Aantal medewerkers (koppen)
Zorgpersoneel: medisch	
Zorgpersoneel: psychologisch (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Zorgpersoneel: psychosociaal (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Zorgpersoneel: paramedisch	
Zorgpersoneel: andere	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	

Welke paramedische disciplines waren op 31 december 2024 vertegenwoordigd in uw CAR? Vul per discipline het aantal (in koppen) medewerkers in.

	Aantal medewerkers (koppen)
Kinesist	
Logopedist	
Ergotherapeut	
Kinderverzorger	
Andere discipline (1) 	
Andere discipline (2) 	
Andere discipline (3) 	

Hoe lang duurt het gemiddeld voordat een vacature voor onderstaande personeelscategorieën wordt ingevuld?

[illegible]

Wat was in 2024 het totale verzuimpercentage (voor elke personeelscategorie) in uw organisatie? Rond af tot 2 cijfers na de komma.

Het verzuimpercentage wordt berekend als het totaal aantal verzuimde werkuren van alle medewerkers binnen een personeelscategorie ten opzichte van het totaal aantal contractuele werkuren binnen die personeelscategorie in 2024. Enkel niet-geplande/niet-aangevraagde afwezigheden tellen mee (dus geen wettelijk, syndicaal of vormingsverlof, geen klein verlet, enz.)

Formule verzuimpercentage:

(totaal aantal verzuimde werkuren in 2024 / totaal aantal contractuele werkuren in 2024) x 100

Voorbeeld:

Een personeelscategorie had in 2024 in totaal 10.000 contractuele werkuren (over alle medewerkers heen).

Er werden in totaal 400 werkuren verzuimd (niet-geplande/niet-aangevraagde afwezigheid). Verzuimpercentage = $(400 / 10.000) \times 100 = 4\%$ --> Je vult hieronder 4 in.

Opmerking: Indien u het verzuimpercentage voor uw organisatie enkel overkoepelend (dus niet per personeelscategorie) kent, vul dan enkel de eerste rij in. Indien u het verzuim per personeelscategorie bijhoudt, vul dan de specifieke rijen verder aan.

	Verzuimpercentage (in cijfers, zonder symbool %)
Totaal (alle personeelscategorieën samen)	
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	

Welk type verzuim kwam het meest voor?

- ☐ Kort verzuim (minder dan 1 maand)
- ☐ Middellang verzuim (meer dan 1 maand, minder dan 1 jaar)
- ☐ Langdurig verzuim (meer dan 1 jaar)
- ☐ Niet van toepassing

Wat was in 2024 de verloopratio (per personeelscategorie) in uw organisatie? Vul steeds het percentage in. Rond af tot 2 cijfers na de komma.

De verloopratio is het percentage medewerkers dat in de loop van 2024 de organisatie heeft verlaten, ongeacht de reden (bijvoorbeeld vrijwillig ontslag, pensionering, ontslag door de werkgever, einde contract, enz.). Het wordt berekend als het aantal vertrokken medewerkers in 2024, gedeeld door het gemiddeld aantal medewerkers in 2024, vermenigvuldigd met 100.

Formule verloopratio:

$(\text{Totaal aantal vertrokken medewerkers in 2024} / \text{Gemiddeld aantal medewerkers in 2024}) \times 100$

Voorbeeld:

Als er in 2024 10 medewerkers vertrokken zijn en het gemiddeld aantal werknemers in dat jaar was 100, dan is de verloopratio:

$(10/100) \times 100 = 10\%$ --> Je vult hieronder 10 in.

Opmerking: Indien u de verloopratio voor uw organisatie enkel overkoepelend (dus niet per personeelscategorie) kent, vul dan enkel de eerste rij in. Indien u het verzuim per personeelscategorie bijhoudt, vul dan de specifieke rijen verder aan.

	Verloopratio (in cijfers, zonder symbool %)
Totaal (alle personeelscategorieën samen)	
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psycho sociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	

Hoe wordt de overname van cliënten bij onverwachte afwezigheid van collega's doorgaans georganiseerd?

- ☐ Er is geen vaste regeling; dit wordt ad-hoc bekeken per cliënt
- ☐ Er zijn enkele richtlijnen, maar geen structurele afspraken; collega's stemmen onderling af indien mogelijk
- ☐ Er is een duidelijke en afgesproken regeling die gevolgd wordt bij afwezigheid

Welke acties worden meestal ondernomen om de onverwachte afwezigheid van de collega op te vangen?

	Nooit	Soms	Regelmatig	Altijd
Cliënten worden afgebeld en de sessie wordt geannuleerd.	☐	☐	☐	☐
Cliënten worden overgenomen door collega's als er nog ruimte is in hun agenda	☐	☐	☐	☐
Cliënten worden overgenomen, en collega's draaien hiervoor overuren	☐	☐	☐	☐
Sessies worden samengenomen met andere cliënten (indien inhoudelijk mogelijk)	☐	☐	☐	☐
Andere 	☐	☐	☐	☐

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

//

Deel 5: Subsidies en prestaties (2024)

In dit deel vragen we naar enkele kerncijfers met betrekking tot uw prestaties en subsidies in 2024. Deze informatie wordt enkel geanalyseerd op geaggregeerd niveau en zal nooit individueel gedeeld of publiek gemaakt worden.

Wat was in 2024 uw maximale facturatiecapaciteit (in eenheidsprestaties)? [Het gaat om het aantal eenheidsprestaties dat uw centrum moet halen om de maximale subsidie te verkrijgen \("de 92%"\)](#)

Hoeveel factureerbare prestaties werden geleverd in 2024?
Opmerking: Indien u de factureerbare prestaties enkel overkoepelend (dus niet per type) bijhoudt, vul dan enkel de eerste rij in. Indien u de opsplitsing per type wel kan maken, vul dan de specifieke rijen verder aan.

	Aantal
Totaal aantal factureerbare prestaties	
Diagnostische of therapeutische interventies t.a.v. de zorggebruiker	
Interventies t.a.v. de context (bv. ouder(s), partner, leerkracht)	
'Outreaching' interventie (in de woon- of leefwereld van de zorggebruiker)	

Hoeveel bedroeg in 2024 de subsidie die uw CAR ontving per eenheidsprestatie (in euro)?

Wat was in 2024 het budget (in euro) dat het CAR ontving vanuit de geleverde prestaties?
[Forfaits + remgeld; interne jaarrekening post 70](#)

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

Deel 6: Algemene gegevens over cliënten (2024)

In dit onderdeel verzamelen we gegevens over de cliënten van 2024. Gebruik hiervoor gegevens uit XLT. Bij elke vraag staat toegelicht hoe je de gevraagd informatie uit XLT kan halen.

Vul per leeftijdscategorie het aantal cliënten in dat zich in 2024 aanmeldde.

Zie XLT; filteren op aanmeldingsdatum in 2024.

	Aantal cliënten
0-3 jaar	
4-6 jaar	
7-9 jaar	
10-12 jaar	
13-18 jaar	
19-21 jaar	
22 jaar of meer	

Vul per geslacht het aantal cliënten in dat zich in 2024 aanmeldde.

Zie XLT; filteren op aanmeldingsdatum in 2024.

	Aantal cliënten
Man	
Vrouw	
Andere	

Via welke weg kwamen cliënten in 2024 bij uw CAR terecht?

Zie XLT; filteren op aanmeldingsdatum in 2024.

	Aantal cliënten
Eigen initiatief	
Huisarts	
Arts-specialist	
School	
CLB	
COS	
CGG	
RCA	
Andere	

Wat was de reden van aanmelding van cliënten in 2024? Vul het aantal cliënten per aanmeldingsklacht in.

Zie XLT; filteren op aanmeldingsdatum in 2024.

	Aantal cliënten
Hersenletsel (B0)	
Ontwikkelingsretardatie (B1)	
(vermoeden) mentale handicap (B2)	
Randbegaafdheid (B3)	
Gedragsproblemen (B4)	
Pervasieve ontwikkelingsstoornis (B5)	
Taal/spraakproblemen (B6)	
Articulatiestoornissen (B7)	
Stotteren (B8)	
Leerproblemen (B9)	
Hyperkinetische problemen (B10)	
Aandacht- en concentratieproblemen (B11)	
Geheugenproblemen (B12)	
Schrijfmotorische problemen (B13)	
Motorische en/of coördinatieproblemen (B14)	
Stemproblemen (N1)	
Seq. Laryngectomie, glossectomie (N2)	
Gehoorproblemen (N3)	
Gehoorproblemen, cochleair implantaat (N4)	
Hersenverlamming (P1)	
Schizofrenie (P2)	
Stemmingsstoornissen (P3)	
Andere (B15)	

Hoeveel cliënten waren er op 31/12/2024 per doelgroep?

Zie rapport Telling Doelgroepen.

Indien deze doelgroep geen deel uitmaakt van uw conventie, gelieve dan leeg te laten.

	Aantal cliënten
Doelgroep 1: Verstandelijke beperking	
Doelgroep 2: Taalstoornis	
Doelgroep 3: Stotteren	
Doelgroep 4: ASS	
Doelgroep 5: ADHD	
Doelgroep 6: Specifieke leerstoornis	
Doelgroep 7: DCD	
Doelgroep 8: Ticstoornis	
Doelgroep 9: Vermoedensdiagnose	
Doelgroep 10: Hersenletsel	
Doelgroep 11: Gehoorstoornis	
Doelgroep 14: Stem- spraak, slik- of voedingsstoornis	
Doelgroep 15: Gedragsstoornis	
Doelgroep 16: Stemmingsstoornis	

Hoeveel cliënten zijn in 2024 gestart met onderzoek en/of behandeling in uw CAR?

Zie XLT; filteren op eerste onderzoeksdatum in 2024 + eerste behandelingsdatum in 2024

Hoeveel cliënten hebben in 2024 hun traject in uw CAR afgerond of stopgezet?

Zie XLT; filteren op status: niet-actief + (eerste onderzoeksdatum OF eerste behandeldatum) ligt in 2024.

Van de cliënten die in 2024 het traject in uw CAR hebben afgerond of stopgezet, wat was daarvan de reden? Vul per onderstaande reden het aantal cliënten in.

	Aantal cliënten
Het aantal afgesproken/toegestane sessies werd bereikt.	
De behandeling werd in onderling overleg eerder dan het aantal afgesproken/toegestane sessies beëindigd omdat de doelen bereikt werden.	
Eenzijdige beslissing van de cliënt om vroegtijdig te stoppen.	
Eenzijdige beslissing van de organisatie om vroegtijdig te stoppen.	

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

//

Deel 7: Wachttijden en Trajectduur

In dit onderdeel vragen we naar de gemiddelde wachttijden en de duur van de trajecten. De berekeningen gebeuren op basis van verschillen in data zoals de aanmeldingsdatum, eerste/laatste onderzoeksdatum, eerste/laatste behandeldatum. Soms vragen we deze cijfers enkel in het totaal, soms ook nog uitgesplitst per doelgroep.

We beseffen dat het berekenen van gegevens per doelgroep wat meer tijd en inspanning vraagt. Toch levert deze verfijning waardevolle inzichten op: ze maakt het mogelijk om verschillen tussen doelgroepen zichtbaar te maken en in tweede fase gericht te reflecteren op hoe we de zorg (anders) kunnen organiseren. Alvast hartelijk dank voor uw tijd en om dit zorgvuldig in te vullen.

Hoeveel cliënten stonden op 31 december 2024 op de wachtlijst **voor onderzoek** in uw CAR?

Hoeveel cliënten stonden op 31 december 2024 op de wachtlijst **voor behandeling** in uw CAR?

Welke vormen van zorg of ondersteuning biedt uw CAR aan cliënten tijdens de wachttijd?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er wordt geen zorg of ondersteuning aangeboden tijdens de wachttijd.
- ☐ Beperkte inhoudelijke interventies vanuit het CAR, gericht op zorg of ondersteuning (vb. tussentijds opbellen voor emotionele steun, aanreiken van copingsstrategieën, ...).
- ☐ Expliciet activeren van het (persoonlijke) netwerk van de cliënt voor concrete zorg of ondersteuning tijdens de wachttijd (vb. plannen van zorg door familieleden, school, vrienden of andere informele steunbronnen die actief hulp bieden, zoals praktische steun of emotionele begeleiding).
- ☐ Verwijzen naar overbruggingsaanbod (vb. ELP, één gezin één plan, groepssessies vanuit netwerken GGZ of andere, ...)
- ☐ Verwijzen naar zelfhulp (vb. online modules, apps, websites, psycho-educatie, boeken, video's, ...)
- ☐ Andere:

Voor cliënten die in 2024 gestart zijn met behandeling in uw CAR, wat was (uitgedrukt in dagen) de gemiddelde wachttijd **van aanmelding tot eerste onderzoeksdatum**?

Zie XLT.

Voor het totaal:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de aanmeldingsdatum en de eerste onderzoeksdatum.*
- 3) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen over alle geselecteerde cliënten samen.*

Per doelgroep:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Voeg een extra filter toe op de gevraagde doelgroep.*
- 3) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de aanmeldingsdatum en de eerste onderzoeksdatum.*
- 4) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen binnen deze doelgroep.*

	Gemiddeld aantal dagen van aanmelding tot eerste onderzoeksdatum
Totaal	
Doelgroep 1: Verstandelijke beperking	
Doelgroep 2: Taalstoornis	
Doelgroep 3: Stotteren	
Doelgroep 4: ASS	
Doelgroep 5: ADHD	
Doelgroep 6: Specifieke leerstoornis	
Doelgroep 7: DCD	
Doelgroep 8: Ticstoornis	
Doelgroep 9: Vermoedensdiagnose	
Doelgroep 10: Hersenletsel	
Doelgroep 11: Gehoorstoornis	
Doelgroep 14: Stem- spraak, slik- of voedingsstoornis	
Doelgroep 15: Gedragsstoornis	
Doelgroep 16: Stemmingsstoornis	

Voor cliënten die in 2024 gestart zijn met behandeling in uw CAR, wat was de gemiddelde wachttijd **van de laatste onderzoeksdatum tot de eerste behandeldatum** (uitgedrukt in dagen)?

Zie XLT.

Indien er geen wachtlijst is tussen afronden onderzoek en start behandeling, vul dan overal 0 in.

Voor het totaal:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de laatste onderzoeksdatum en de eerste behandeldatum.*
- 3) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen over alle geselecteerde cliënten samen.*

Per doelgroep:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Voeg een extra filter toe op de gevraagde doelgroep.*
- 3) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de laatste onderzoeksdatum en de eerste behandeldatum.*
- 4) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen binnen deze doelgroep.*

	Gemiddeld aantal dagen van laatste onderzoeksdatum tot eerste behandeldatum
Totaal	
Doelgroep 1: Verstandelijke beperking	
Doelgroep 2: Taalstoornis	
Doelgroep 3: Stotteren	
Doelgroep 4: ASS	
Doelgroep 5: ADHD	
Doelgroep 6: Specifieke leerstoornis	
Doelgroep 7: DCD	
Doelgroep 8: Ticstoornis	
Doelgroep 9: Vermoedensdiagnose	
Doelgroep 10: Hersenletsel	
Doelgroep 11: Gehoorstoornis	
Doelgroep 14: Stem- spraak, slik- of voedingsstoornis	
Doelgroep 15: Gedragsstoornis	
Doelgroep 16: Stemmingsstoornis	

Voor cliënten die in 2024 gestart zijn met behandeling in uw CAR, wat was de gemiddelde wachttijd **van aanmelding tot de eerste behandeldatum** (uitgedrukt in dagen)?

Zie XLT.

Voor het totaal:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de aanmeldingsdatum en de eerste behandeldatum.*
- 3) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen over alle geselecteerde cliënten samen.*

Per doelgroep:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Voeg een extra filter toe op de gevraagde doelgroep.*
- 3) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de aanmeldingsdatum en de eerste behandeldatum.*
- 4) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen binnen deze doelgroep.*

	Gemiddeld aantal dagen van aanmelding tot eerste behandeldatum
Totaal	
Doelgroep 1: Verstandelijke beperking	
Doelgroep 2: Taalstoornis	
Doelgroep 3: Stotteren	
Doelgroep 4: ASS	
Doelgroep 5: ADHD	
Doelgroep 6: Specifieke leerstoornis	
Doelgroep 7: DCD	
Doelgroep 8: Ticstoornis	
Doelgroep 9: Vermoedensdiagnose	
Doelgroep 10: Hersenletsel	
Doelgroep 11: Gehoorstoornis	
Doelgroep 14: Stem- spraak, slik- of voedingsstoornis	
Doelgroep 15: Gedragsstoornis	
Doelgroep 16: Stemmingsstoornis	

Voor cliënten die in 2024 gestart zijn met behandeling in uw CAR, wat was de gemiddelde **duur van de onderzoeksfase** (uitgedrukt in dagen)?

Zie XLT.

Voor het totaal:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de eerste onderzoeksdatum en de laatste onderzoeksdatum.*
- 3) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen over alle geselecteerde cliënten samen.*

Per doelgroep:

- 1) Filter op cliënten waarvan de eerste behandeldatum in 2024 valt.*
- 2) Voeg een extra filter toe op de gevraagde doelgroep.*
- 3) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de eerste onderzoeksdatum en de laatste onderzoeksdatum.*
- 4) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen binnen deze doelgroep.*

	Gemiddeld aantal dagen dat een onderzoekstraject duurt
Totaal	
Doelgroep 1: Verstandelijke beperking	
Doelgroep 2: Taalstoornis	
Doelgroep 3: Stotteren	
Doelgroep 4: ASS	
Doelgroep 5: ADHD	
Doelgroep 6: Specifieke leerstoornis	
Doelgroep 7: DCD	
Doelgroep 8: Ticstoornis	
Doelgroep 9: Vermoedensdiagnose	
Doelgroep 10: Hersenletsel	
Doelgroep 11: Gehoorstoornis	
Doelgroep 14: Stem- spraak, slik- of voedingsstoornis	
Doelgroep 15: Gedragsstoornis	
Doelgroep 16: Stemmingsstoornis	

Worden voorrangscriteria gebruikt om de tijd **tussen aanmelding en start onderzoek** te versnellen?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er zijn geen voorrangscriteria.
- ☐ Cliënt met specifieke leeftijd.
- ☐ Cliënt met specifieke aanmeldingsklacht.
- ☐ Mate van urgentie/crisis
- ☐ Andere:

Welke leeftijdscategorieën krijgen voorrang **tussen aanmelding en start onderzoek**?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ 0-3 jaar
- ☐ 4-6 jaar
- ☐ 7-9 jaar
- ☐ 10-12 jaar
- ☐ 13-18 jaar
- ☐ 19-21 jaar
- ☐ 22 jaar of meer

Welke aanmeldingsklachten krijgen voorrang **tussen aanmelding en start onderzoek**?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Hersenletsel (B0)
- ☐ Ontwikkelingsretardatie (B1)
- ☐ (vermoeden) mentale handicap (B2)
- ☐ Randbegaafdheid (B3)
- ☐ Gedragsproblemen (B4)
- ☐ Pervasieve ontwikkelingsstoornis (B5)
- ☐ Taal/spraakproblemen (B6)
- ☐ Articulatiestoornissen (B7)
- ☐ Stotteren (B8)
- ☐ Leerproblemen (B9)
- ☐ Hyperkinetische problemen (B10)
- ☐ Aandacht- en concentratieproblemen (B11)
- ☐ Geheugenproblemen (B12)
- ☐ Schrijfmotorische problemen (B13)
- ☐ Motorische en/of coördinatieproblemen (B14)
- ☐ Stemproblemen (N1)
- ☐ Seq. Laryngectomie, glossectomie (N2)
- ☐ Gehoorproblemen (N3)
- ☐ Gehoorproblemen, cochleair implantaat (N4)
- ☐ Hersenverlamming (P1)
- ☐ Schizofrenie (P2)
- ☐ Stemmingsstoornissen (P3)
- ☐ Andere

Worden voorrangscriteria gebruikt om de tijd **tussen afronden onderzoek en start behandeling** te versnellen?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er zijn geen voorrangscriteria.
- ☐ Cliënt met specifieke leeftijd.
- ☐ Cliënt met specifieke aanmeldingsklacht.
- ☐ Mate van urgentie/crisis.
- ☐ Andere

Welke leeftijdscategorieën krijgen voorrang tussen **afronden onderzoek en start behandeling**?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ 0-3 jaar
- ☐ 4-6 jaar
- ☐ 7-9 jaar
- ☐ 10-12 jaar
- ☐ 13-18 jaar
- ☐ 19-21 jaar
- ☐ 22 jaar of meer

Welke aanmeldingsklachten krijgen voorrang **tussen afronden onderzoek en start behandeling?**

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Hersenletsel (B0)
- ☐ Ontwikkelingsretardatie (B1)
- ☐ (vermoeden) mentale handicap (B2)
- ☐ Randbegaafdheid (B3)
- ☐ Gedragsproblemen (B4)
- ☐ Pervasieve ontwikkelingsstoornis (B5)
- ☐ Taal/spraakproblemen (B6)
- ☐ Articulatiestoornissen (B7)
- ☐ Stotteren (B8)
- ☐ Leerproblemen (B9)
- ☐ Hyperkinetische problemen (B10)
- ☐ Aandacht- en concentratieproblemen (B11)
- ☐ Geheugenproblemen (B12)
- ☐ Schrijfmotorische problemen (B13)
- ☐ Motorische en/of coördinatieproblemen (B14)
- ☐ Stemproblemen (N1)
- ☐ Seq. Laryngectomie, glossectomie (N2)
- ☐ Gehoorproblemen (N3)
- ☐ Gehoorproblemen, cochleair implantaat (N4)
- ☐ Hersenverlamming (P1)
- ☐ Schizofrenie (P2)
- ☐ Stemmingsstoornissen (P3)
- ☐ Andere

Voor cliënten waarvan het traject in 2024 volledig werd afgerond in uw CAR, wat was de gemiddelde **duur van de onderzoeksfase** (uitgedrukt in dagen)?

Zie XLT.

Voor het totaal:

- 1) Filter op status niet-actief + laatste behandeldatum in 2024.*
- 2) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de eerste onderzoeksdatum en de laatste onderzoeksdatum.*
- 3) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen over alle geselecteerde cliënten samen.*

Per doelgroep:

- 1) Filter op status niet-actief + laatste behandeldatum in 2024.*
- 2) Voeg een extra filter toe op de gevraagde doelgroep.*
- 3) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de eerste onderzoeksdatum en de laatste onderzoeksdatum.*
- 4) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen binnen deze doelgroep.*

	Gemiddeld aantal dagen dat een onderzoekstraject duurt
Totaal	
Doelgroep 1: Verstandelijke beperking	
Doelgroep 2: Taalstoornis	
Doelgroep 3: Stotteren	
Doelgroep 4: ASS	
Doelgroep 5: ADHD	
Doelgroep 6: Specifieke leerstoornis	
Doelgroep 7: DCD	
Doelgroep 8: Ticstoornis	
Doelgroep 9: Vermoedensdiagnose	
Doelgroep 10: Hersenletsel	
Doelgroep 11: Gehoorstoornis	
Doelgroep 14: Stem- spraak, slik- of voedingsstoornis	
Doelgroep 15: Gedragsstoornis	
Doelgroep 16: Stemmingsstoornis	

Voor cliënten waarvan het traject in 2024 volledig werd afgerond in uw CAR, hoeveel sessies werden (over alle disciplines heen) gemiddeld besteed aan de **onderzoeksfase**?

Zie XLT.

- 1) Filter op status niet-actief + laatste behandeldatum in 2024.*
- 2) Selecteer de sessies die tot de onderzoeksfase behoren (sessies tussen eerste en laatste onderzoeksdatum per cliënt)*
- 3) Tel het aantal sessies per cliënt (dit kan via een draaitabel of de functie AANTAL.ALS(COUNTIFS). Tel alle sessies mee, ongeacht discipline.*
- 4) Neem vervolgens het gemiddelde van het aantal sessies over alle geselecteerde cliënten samen.*

Indien deze gegevens niet rechtstreeks beschikbaar zijn, mag je ook een realistische inschatting geven op basis van ervaring of een steekproef. Dit kan je in de volgende vraag extra toelichten.

Wil je kort toelichten hoe dit cijfer tot stand kwam?

- ☐ Schatting
- ☐ Exact geteld (vb. via draaitabel)
- ☐ Andere

Hoe verloopt de frequentie van sessies **tijdens de onderzoeksfase** doorgaans in jullie werking?
*Selecteer wat het meest van toepassing is op jullie **gebruikelijke praktijk** uitzonderingen niet meegerekend.*

- ☐ De frequentie is doorgaans gelijk (d.w.z. ongeveer gelijk aantal sessies per week)
- ☐ De frequentie is doorgaans wisselend. Licht kort toe hoe dit meestal verloopt (vb. intensiever in het begin, afhankelijk van beschikbaarheden,)

Voor cliënten waarvan het traject in 2024 volledig werd afgerond in uw CAR, wat was **de gemiddelde behandelduur** (uitgedrukt in dagen)?

Zie XLT.

Voor het totaal:

- 1) Filter op status niet-actief + laatste behandeldatum in 2024.*
- 2) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de eerste behandeldatum en de laatste behandeldatum.*
- 3) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen over alle geselecteerde cliënten samen.*

Per doelgroep:

- 1) Filter op status niet-actief + laatste behandeldatum in 2024.*
- 2) Voeg een extra filter toe op de gevraagde doelgroep.*
- 3) Bereken per cliënt het aantal dagen tussen de eerste behandeldatum en de laatste behandeldatum.*
- 4) Neem vervolgens het gemiddelde van deze verschillen binnen deze doelgroep.*

	Gemiddeld aantal dagen dat een behandeltraject duurt
Totaal	
Doelgroep 1: Verstandelijke beperking	
Doelgroep 2: Taalstoornis	
Doelgroep 3: Stotteren	
Doelgroep 4: ASS	
Doelgroep 5: ADHD	
Doelgroep 6: Specifieke leerstoornis	
Doelgroep 7: DCD	
Doelgroep 8: Ticstoornis	
Doelgroep 9: Vermoedensdiagnose	
Doelgroep 10: Hersenletsel	
Doelgroep 11: Gehoorstoornis	
Doelgroep 14: Stem- spraak, slik- of voedingsstoornis	
Doelgroep 15: Gedragsstoornis	
Doelgroep 16: Stemmingsstoornis	

Voor cliënten waarvan het traject in 2024 volledig werd afgerond in uw CAR, hoeveel sessies werden (over alle disciplines heen) gemiddeld besteed aan de **behandelfase**?

Zie XLT.

- 1) Filter op status niet-actief + laatste behandeldatum in 2024.*
- 2) Selecteer de sessies die tot de behandelfase behoren (sessies tussen eerste en laatste behandeldatum per cliënt)*
- 3) Tel het aantal sessies per cliënt (dit kan via een draaitabel of de functie AANTAL.ALS(COUNTIFS). Tel alle sessies mee, ongeacht discipline. Ook groeps sessies tellen mee. 4) Neem vervolgens het gemiddelde van het aantal sessies over alle geselecteerde cliënten samen.*

Indien deze gegevens niet rechtstreeks beschikbaar zijn, mag je ook een realistische inschatting geven op basis van ervaring of een steekproef. Dit kan je in de volgende vraag extra toelichten.

Wil je kort toelichten hoe dit cijfer tot stand kwam?

- ☐ Schatting
- ☐ Exact geteld (vb. via draaitabel)
- ☐ Andere

Hoe verloopt de frequentie van sessies tijdens de **behandelfase** doorgaans in jullie werking?
*Selecteer wat het meest van toepassing is op jullie **gebruikelijke praktijk** uitzonderingen niet meegerekend.*

- ☐ De frequentie is doorgaans gelijk (d.w.z. ongeveer gelijk aantal sessies per week)
- ☐ De frequentie is doorgaans wisselend. Licht kort toe hoe dit meestal verloopt (vb. intensiever in het begin, afhankelijk van beschikbaarheden, ...)

Hoeveel cliënten bevinden zich op datum van vandaag in de onderzoeksfase?

Zie XLT.

- 1) Filter op cliënten met status 'actief' + nog geen eerste behandeldatum.*
- 2) Geef het totale aantal in dat overblijft.*

Wat is het gemiddeld aantal dagen dat deze cliënten reeds in de onderzoeksfase zitten?

Zie XLT.

1) Filter op cliënten met status 'actief' + nog geen eerste behandeldatum.

2) Bereken het verschil in dagen tussen de aanmeldingsdatum en de datum van vandaag: (datum van vandaag - aanmeldingsdatum)

3) Neem het gemiddelde van alle waarden uit stap 2.

Hoeveel cliënten bevinden zich op datum van vandaag in de behandelfase?

Zie XLT.

1) Filter op cliënten met status 'actief' + eerste behandeldatum wel ingevuld.

2) Geef het totale aantal in dat overblijft.

Wat is het gemiddeld aantal dagen dat deze cliënten al in de behandelfase zitten?

Zie XLT.

1) Filter op cliënten met status 'actief' + eerste behandeldatum wel ingevuld.

2) Bereken het verschil in dagen tussen de eerste behandeldatum en de datum van vandaag: (datum van vandaag - eerste behandeldatum)

3) Neem het gemiddelde van alle waarden uit stap 2.

Wat is het gemiddeld aantal lopende dossiers per VTE? Vul in per zorgdiscipline. Dit mag een inschatting zijn als hier geen cijfers over ter beschikking zijn.

Gemiddeld aantal lopende dossiers per VTE

Zorgpersoneel: medisch

Zorgpersoneel: psychologisch

Zorgpersoneel: psychosociaal

Zorgpersoneel: paramedisch

Zorgpersoneel: andere

Heeft de organisatie in de loop van 2024 minstens één maal een aanmeldstop gehanteerd?

☐ Ja, licht toe:.....

☐ Nee

Hoe vaak komt het voor dat cliënten niet aanwezig zijn op hun afspraak zonder verwittiging ("no-show")?

☐ Zeer zelden (minder dan 5% van de afspraken)

☐ Af en toe (5%-9% van de afspraken)

☐ Regelmatig (10%-19% van de afspraken)

☐ Vaak (20% of meer van de afspraken)

☐ Hier heb ik geen informatie over

Is er in uw centrum een aanwezigheidsbeleid voor cliënten (vb. afspraken rond verwittiging bij afwezigheid, schorsing bij herhaaldelijke no-shows, ...)?

☐ Ja, er zijn afspraken, maar deze zijn niet formeel vastgelegd

☐ Ja, een formeel en schriftelijk aanwezigheidsbeleid

☐ Nee, er zijn geen expliciete afspraken of beleid hieromtrent

Welke afspraken gelden er concreet?

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

Deel 8: Teams en medewerkers

In dit onderdeel gaan we in op de manier waarop medewerkers in uw CAR georganiseerd zijn in teams.

Onder een team verstaan we een groep medewerkers die nauw samenwerken in het verstrekken van zorg- en/of dienstverlening aan dezelfde cliënten. De medewerkers van een team werken dus nauw samen, er zijn teamvergaderingen, er is collectieve besluitvorming, ...

We maken een onderscheid tussen twee types teamwerking:

1. **Vaste teams:** Er is een grotendeels stabiele samenstelling tussen medewerkers die nauw met elkaar samenwerken.
2. **Ad-hoc teams:** Per cliënt wordt een team samengesteld op basis van diens noden. De samenstelling van medewerkers kan wisselen, afhankelijk van beschikbaarheid en expertise.

Er werken verschillende functies in uw CAR. Werken alle functies in teamverband?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Welke functies werken niet in teamverband?

- ☐ Medische functie
- ☐ Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)
- ☐ Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)
- ☐ Paramedische functie: kinesist
- ☐ Paramedische functie: logopedist
- ☐ Paramedische functie: ergotherapeut
- ☐ Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)
- ☐ Niet-zorgpersoneel: ondersteunend
- ☐ Niet-zorgpersoneel: middenkader
- ☐ Niet-zorgpersoneel: directie
- ☐ Andere
- ☐

Hoe wordt teamwerking in uw CAR hoofdzakelijk georganiseerd?

- ☐ Er zijn vaste teams met een relatief stabiele samenwerking van medewerkers.
- ☐ Er worden ad-hoc teams van medewerkers samengesteld per cliënt op basis van beschikbaarheid en expertise.
- Licht toe.

Deze vraag gaat over de vaste teams in uw CAR.

Er zijn 5 mogelijke teamtypes. De eerste vier verschillen van elkaar op 2 manieren.

1. De teams kunnen zorg of diensten verlenen aan alle mogelijke cliënten, of aan specifieke doelgroepen
2. De teams kunnen betrokken zijn bij het volledig proces dat een cliënt in uw CAR doorloopt, of slechts betrokken zijn bij een deel van het proces dat een cliënt in uw CAR doorloopt (vb. teams die enkel diagnostiek doen, teams die enkel behandeling doen).

De eerste 4 teamtypes bevatten altijd zorgpersoneel, maar kunnen daarnaast ook ondersteunende functies bevatten (bijvoorbeeld administratief personeel, IT, etc.), maar dit is niet verplicht. Daarnaast is er nog een 5de type dat enkel ondersteunende functies bevat, maar geen zorgpersoneel.

Kan je per teamtype aangeven hoeveel teams van dat soort teamtype er zijn in uw CAR?

Indien er van een bepaald teamtype geen teams zijn in uw CAR, vul dan 0 in.

Voor type 1 tot en met 4: Gelieve het teamtype te bepalen op basis van het zorgpersoneel in het team, zelfs als er ondersteunende functies (zoals administratief personeel, IT, enz.) aanwezig zijn. De specifieke samenstelling van elk team (zowel zorg- als niet-zorgpersoneel) kan in de volgende vraag verduidelijkt worden.

Teamtype 1: Levert zorg of diensten aan alle mogelijke cliënten, voor het volledig proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.

Indien je geen teams hebt van dit teamtype, vul dan 0 in.

Teamtype 2: Levert zorg of diensten aan alle mogelijke cliënten, voor een specifiek deel van het proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.

Indien je geen teams hebt van dit teamtype, vul dan 0 in.

Teamtype 3: Levert zorg of diensten aan een specifieke doelgroep of specifieke doelgroepen van cliënten, voor het volledig proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.

Indien je geen teams hebt van dit teamtype, vul dan 0 in.

Teamtype 4: Levert zorg of diensten aan een specifieke doelgroep of specifieke doelgroepen van cliënten, voor een specifiek deel van het proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.

Indien je geen teams hebt van dit teamtype, vul dan 0 in.

Teamtype 5: Ondersteunend team zonder zorgpersoneel. Dit zijn teams die uitsluitend ondersteunende functies vervullen (zoals administratie, IT, HR) en geen zorgpersoneel bevatten.

Indien je geen teams hebt van dit teamtype, vul dan 0 in.

Indien je nog andere teamtypes hebt die niet te categoriseren zijn onder teamtype 1 tot en met 5, vul dan hier het aantal van die andere teams in.

Indien je geen teams hebt van dit teamtype, vul dan 0 in.

Je gaf aan nog teams te hebben van een ander teamtype. Licht toe:

In de volgende tabellen ga je de samenstelling van de verschillende teams kunnen weergeven. [Je krijgt per aangeduid teamtype evenveel tabellen als dat je aangaf dat er teams waren.](#) Elke tabel staat voor één van uw teams. **Vul telkens in hoeveel mensen van elke personeelsfunctie deel uit maken van dat team.**

Dit is de tabel voor **Teamtype 1: Levert zorg of diensten aan alle mogelijke cliënten, voor het volledig proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.**

	Aantal keer dat deze functie in dit team zit
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	
Andere:	

Dit is de tabel voor **Teamtype 2: Levert zorg of diensten aan alle mogelijke cliënten, voor een specifiek deel van het proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.**

	Aantal keer dat deze functie in dit team zit
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	
Andere:	

Dit is de tabel voor **Teamtype 3: Levert zorg of diensten aan een specifieke doelgroep of specifieke doelgroepen van cliënten, voor het volledig proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.**

	Aantal keer dat deze functie in dit team zit
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	
Andere:	

Dit is de tabel voor **Teamtype 4: Levert zorg of diensten aan een specifieke doelgroep of specifieke doelgroepen van cliënten, voor een specifiek deel van het proces dat een cliënt in het CAR doorloopt.**

	Aantal keer dat deze functie in dit team zit
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	
Andere:	

Dit is de tabel voor **Teamtype 5: Ondersteunend team zonder zorgpersoneel**. Dit zijn teams die **uitsluitend ondersteunende functies vervullen (zoals administratie, IT, HR) en geen zorgpersoneel bevatten**.

	Aantal keer dat deze functie in dit team zit
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	
Andere:	

Dit is de tabel voor **Teamtype Andere**

	Aantal keer dat deze functie in dit team zit
Medische functie	
Psychologische functie (masters, voorbeeld: psychologie, orthopedagogie)	
Psychosociale functie (bachelors, voorbeeld: sociaal werk, toegepaste psychologie)	
Paramedische functie: kinesist	
Paramedische functie: logopedist	
Paramedische functie: ergotherapeut	
Zorgpersoneel: andere (vb. kinderverzorger)	
Niet-zorgpersoneel: ondersteunend	
Niet-zorgpersoneel: middenkader	
Niet-zorgpersoneel: directie	
Andere:	

Kenmerken per teamtype

Je gaf aan dat je minstens één team hebt in uw CAR die zorg of diensten verleent aan specifieke doelgroepen van cliënten. Op basis waarvan worden die specifieke doelgroepen bepaald?

- ☐ Specifieke leeftijd(en)
- ☐ Specifieke aanmeldingsklacht(en)
- ☐ Specifieke diagnose/doelgroep
- ☐ Specifieke complexiteit van de zorgvraag (vb. minder complex vs. complex)
- ☐ Specifieke verwachte lengte van het traject (vb. kortdurend vs. middellang of lang)
- ☐ Specifieke mate van urgentie (vb. weinig vs. zeer urgent)
- ☐ Andere:

Is er binnen de teams doorgaans een aparte leidinggevende positie?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Verricht de teamleider doorgaans ook uitvoerende taken (meewerkende teamleider) of is deze uitsluitend bezig met leidinggevende en/of andere indirecte taken ter ondersteuning van het team (indirecte teamleider)?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

- ☐ De teamleider werkt mee
- ☐ De teamleider is uitsluitend bezig met leidinggevende en/of indirecte taken.

Hoe is de taakverdeling binnen de teams doorgaans georganiseerd?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

- ☐ De teamleden verrichten meestal dezelfde uitvoerende taken.
- ☐ De teamleden wisselen onderling regelmatig van job (jobrotatie of taakroulatie).
- ☐ Er is geen vaste taakverdeling: de verdeling van de taken tussen de teamleden wisselt voortdurend in functie van de omstandigheden.

In welke mate wordt er doorgaans teamoverleg georganiseerd?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

	nooit	soms	meestal	altijd
Teamoverleg is er op regelmatig geplande tijdstippen	☐	☐	☐	☐
Teamoverleg is er op onregelmatige basis naargelang de nood zich voordoet	☐	☐	☐	☐

Hoeveel tijd per week gaat er in de teams gemiddeld naar teamoverleg (per medewerker)?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

- ☐ Minder dan één uur
- ☐ Eén tot anderhalf uur
- ☐ Twee tot 2u30
- ☐ Drie tot 3u30
- ☐ Vier uur
- ☐ Meer dan vier uur

Hoeveel % van de teamoverlegtijd wordt gemiddeld besteed aan het bespreken van cliëntdossiers?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

- ☐ 0%
- ☐ Minder dan 25%
- ☐ Ongeveer 25%
- ☐ Ongeveer 50%
- ☐ Ongeveer 75%
- ☐ Ongeveer 100%

Hoeveel tijd per maand gaat er gemiddeld naar overleg met andere teams?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

- ☐ Minder dan één uur
- ☐ Eén tot anderhalf uur
- ☐ Twee tot 2u30
- ☐ Drie tot 3u30
- ☐ Vier uur
- ☐ Meer dan vier uur

Hoeveel % van de overlegtijd met andere teams gaat er per maand naar het bespreken van cliëntdossiers?

Vul in op basis van wat het vaakst voorkomt in uw CAR.

- ☐ 0%
- ☐ Minder dan 25%
- ☐ Ongeveer 25%
- ☐ Ongeveer 50%
- ☐ Ongeveer 75%
- ☐ Ongeveer 100%

Werken teams in uw CAR doorgaans met expliciete doelstellingen en/of opvolgingsmechanismen (vb. aantal cliënten zien, tijdsbesteding, kwaliteitsindicatoren, dashboard, KPI's, ...)?

- ☐ Ja, teams hebben expliciete doelstellingen (vb. aantal cliënten, tijdsbesteding, ...). Licht toe:
- ☐ Ja, teams kunnen zelf opvolgen in welke mate doelstellingen worden behaald (vb. via dashboard, zichtbare KPI's, ...). Licht toe:
- ☐ Ja, er wordt expliciet feedback gegeven aan teams over de mate waarin doelstellingen worden behaald (vb. via rapportering, bespreking in teamoverleg,...), zonder dat er expliciet en actief naar manieren wordt gezocht om de doelen (beter) te bereiken.
- ☐ Ja, er wordt feedback gegeven aan teams over de mate waarin doelstellingen worden behaald (vb. via rapportering, bespreking in teamoverleg,...) én er worden actief manieren gezocht om de doelen (beter) te bereiken.
- ☐ Niet van toepassing/ik weet het niet.

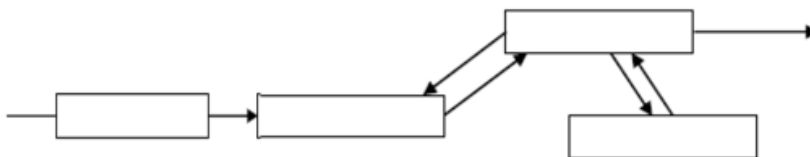
Op welke wijze is het proces dat een cliënt doorloopt gestructureerd binnen uw CAR, gerelateerd aan de teams die er binnen de organisatie zijn?

Dit gaat louter over het primair proces van diagnostiek en behandeling aan cliënten die zich binnen uw CAR aanmelden. Het gaat dus enkel om de teams die effectief diagnostiek en/of behandeling uitvoeren.

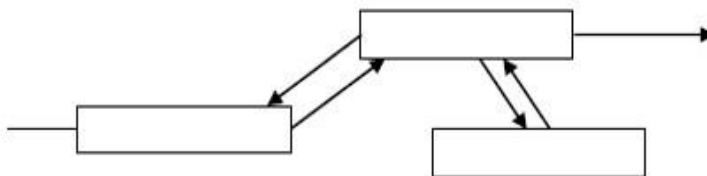
- Één hoofdstroom: de activiteiten verlopen na elkaar, in volgorde van het proces dat een cliënt doorloopt. De output van het ene team, is de input van het volgende team. Dit betekent dat cliënten in een specifieke volgorde in contact komen met verschillende teams. Vb. cliënten gaan eerst naar een team waarbij diagnostiek gebeurt en vervolgens naar een ander team waarbij behandeling gebeurt.



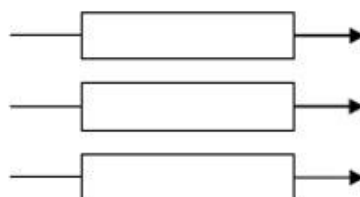
- Diagnostiek gebeurt als eerste in een apart team, vervolgens wordt de behandeling gegroepeerd in gespecialiseerde teams. Deze gespecialiseerde teams kunnen output leveren aan en ontvangen van elkaar. Dit betekent dat cliënten in contact komen met verschillende teams, maar niet in een vooraf vastgelegde volgorde. (vb. cliënt komt zowel bij team logopedisten als team psychologen; OF vb. cliënt wordt behandeld bij team kinderen, een ander team geeft ouderbegeleiding aan de ouders van dezelfde cliënt).



- Alle activiteiten zijn gegroepeerd in gespecialiseerde teams. Deze gespecialiseerde teams kunnen output leveren aan en ontvangen van elkaar. Dit betekent dat cliënten in contact komen met verschillende teams, maar niet in een vooraf vastgelegde volgorde. (vb. cliënt komt zowel bij team logopedisten als team psychologen; OF vb. cliënt wordt behandeld bij team kinderen, een ander team geeft ouderbegeleiding aan de ouders van dezelfde cliënt).
Diagnostiek gebeurt binnen dezelfde teams.



- Stroomsgewijs (meerdere stromen). De activiteiten zijn gegroepeerd in afzonderlijke stromen. Deze teams hebben elk hun eigen input en output. Dit betekent dat cliënten slechts in contact komen met één team. Vb. cliënt krijgt zowel diagnostiek als behandeling binnen hetzelfde team. De teams zijn dan bijvoorbeeld steeds gericht op een andere doelgroep.



Hoeveel hiërarchische lagen telt uw CAR? Begin met tellen vanaf het niveau van de eerste leidinggevende van het zorgpersoneel.

Hoeveel uitvoerende werknemers rapporteren gemiddeld aan het laagste leidinggevende niveau van uw CAR?

- ☐ Minder dan 5
- ☐ 5 tot 15
- ☐ 16 tot 25
- ☐ Meer dan 25

Indien u over dit onderdeel van de bevraging nog iets wenst toe te voegen, kunt u dat hieronder doen.

Deel 9: Afsluitende vragen

In deze laatste sectie van de bevraging stellen we nog wat ruime open vragen.

Kan u aangeven wat er met betrekking tot de manier van organiseren in uw CAR echt goed loopt en waarom u dit zeker behouden wenst?

Kan u aangeven wat er met betrekking tot de manier van organiseren in uw CAR minder goed loopt en waarom?

Welke aanpassingen met betrekking tot de manier van organiseren zouden volgens u de werking van uw CAR kunnen optimaliseren?

Zijn er binnen uw CAR al initiatieven of experimenten rond innovatie om (nog) beter te beantwoorden aan de noden van de cliënten?

Zijn er binnen uw CAR al initiatieven of experimenten rond innovatie om (nog meer) in te zetten op werkbaar werk voor de werknemer?

Zou je bereid zijn om deel te nemen aan een verdiepend interview van 1 à 2 uur, waarin we dieper ingaan op bepaalde aspecten van deze bevraging? Na afloop van de bevraging selecteren we drie CAR's uit de respondenten die 'ja' antwoorden. Door je bereidheid hier aan te geven, geef je aan open te staan voor een gesprek, maar dit betekent niet automatisch dat je gecontacteerd zult worden.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Dit is de laatste vraag van de bevraging. Indien u nog opmerkingen heeft, dan kan u die hieronder noteren.

Let op: dit was de laatste vraag van de bevraging. Zodra je hier op verder gaan klikt, kan je niet meer terugkeren en geen antwoorden meer aanpassen. Gelieve dus pas op verder gaan te klikken, wanneer je volledig klaar bent met het invullen van deze bevraging.

Checklist bij ontwerpsequens.

© Geert Van Hootegem

- ☐ 1. Zorg ervoor dat de missie, visie en strategie **AMOREE** is: ambitieus, mobiliserend, onderscheidend, relevant, eenduidig en echt is!
 - ☐ a. Zijn de prestatie-eisen goed gedefinieerd? Zijn er parameters op gebied van: productiviteit>kwaliteit>flexibiliteit>innovatievermogen>duurzaamheid>werkbaarheid>transparantie?
 - ☐ b. Zijn ze kwantitatief geformuleerd? Zo niet, doe toch maar een poging.
 - ☐ c. Zijn de prestatie-eisen geprioriteerd? Bepaal ten koste van welke prestatie-eisen je wil ontwerpen. Waarop wil je of moet je niet presteren? Het design dat alles kan, bestaat niet. Organiseren is immers kiezen en kiezen is verliezen. De ware schoonheid van een ontwerp is steeds *wabi sabi*: imperfect, vergankelijk en onvolledig.
- ☐ 2. Bepaal de grenzen van het te ontwerpen systeem. Bedenk dat er een grote kans is dat de symptomen binnen systeem N hun oorzaak kennen buiten dat systeem. Probeer een mandaat te verkrijgen of neem het gewoon om N+1 te gaan.
- ☐ 3. Bepaal de uitvoerende transformatie(s) = primaire proces = kerntaak, ... Soms is dat gemakkelijk en stabiel. Soms is dat heel moeilijk en heel fel in beweging.
- ☐ 4. Jaag de order/transformatiedeelverzamelingen door de VUCA-filter (Volatile – Uncertain – Complex – Ambigue). Vaak variëren de VUCA-variabelen samen, maar beschouw ze toch als onafhankelijk. Anders uitgedrukt, laat de vier VUCA-variabelen apart los op de onderscheiden deelverzamelingen.
 - ☐ a. Bedenk dat de order/transformatiedeelverzamelingen het niveau van 'activiteiten' overstijgen. Het betreft een abstractieniveau hoger. Dus niet 'bloedstalen afnemen' maar wel 'bloedwaarden bepalen voor onderscheiden patiëntengroepen'.
- ☐ 5. Indien order/transformatiedeelverzameling(en) een laag VUCA-gehalte scoren, is een functionele benadering in termen van productiviteit en kwaliteit wellicht aangewezen. Er ontstaat dan echter groot werkbaarheidsrisico. Wat vertellen de prestatiecriteria die het systeem wil neerzetten daarover? Indien hoge werkbaarheid een prestatie-eis is, moeten we ook bij laag VUCA-gehalte toch ordergebaseerd organiseren en de functionele variant verlaten.
- ☐ 6. Check of het productieverleden een goede gids voor de toekomst kan zijn. Indien wel, gebruik dit om de toekomst te ontwerpen. Indien niet, verken de toekomst anderwijs.
 - ☐ a. Bepaal de relevante criteria om de orders in deelverzamelingen op te splitsen. Soms kan dat snel en brainstormgewijs. Soms duurt het dagen! Uitdagend is het altijd. Hanteer de 'afwasmetafoor' om bij de les te blijven.
 - ☐ b. Zowel inductieve als deductieve facilitatietechnieken kunnen daarbij gebruikt worden.
 - ☐ c. Soms kan de marktsegmentatie van marketing en sales helpen, maar helemaal zeker is dat nooit. Wat we zoeken zijn orderfamilies die onderling processamenhang vertonen.
 - ☐ d. Bepaal de prioriteiten en zet ze in sequens. Het resultaat is een algoritme met al dan niet doodlopende armen.
 - ☐ e. Bereken de kwalitatieve en kwantitatieve vereiste capaciteit van elke stroom en toets de levensvatbaarheid.
 - ☐ f. Indien het onmogelijk blijkt te zijn om relevante criteria te onderscheiden dan blijft het mogelijk om analoge stromen te ontwikkelen.
- ☐ 7. Maak inventaris van voorbereidende, ondersteunende en regelende activiteiten.
- ☐ 8. Beleg deze activiteiten principieel decentraal. VUCA-omgevingen en een hoge werkbaarheid hebben dat nodig.
 - ☐ a. Elke reden om dat niet te doen is legitiem. Maar expliciteer! Met andere woorden: concentratie of centralisering moet beargumenteerd worden, deconcentratie of decentralisering niet! Dat is het verschil tussen modern sociotechnisch versus traditioneel ontwerpen.
- ☐ 9. De 'tenzij'-regel invoeren betekent niet automatisch dat er naar het meest centrale niveau **gecascadeerd** wordt. Zoek naar het meest adequate decentraal niveau.
- ☐ 10. "Eerst organiseren, dan automatiseren", is het (modern) sociotechnisch credo. Systemen, ongeacht of ze van technische, fysieke of non-**tangible** aard zijn, worden ontworpen in functie van het overall systeemdesign. En niet vice versa zoals dat meestal het geval is. Zo niet, zullen we organisaties (en hun deelsystemen of netwerken) nooit opnieuw uitvinden.

VOORAAN



REEKS GEN6 De tijden waarin een bedrijf kieskeurig het beste cv uit de stapel plukte, zijn voorbij. De arbeidsmarkt slinkt en elke kracht telt. Dus draait **trailerbouwer Stas** in Waregem de logica om: niet de directie, maar de lassers, ingenieurs en verkopers bepalen zelf hoe hun job eruitziet.

De fabriek waar iedereen zelf zijn job kiest: ‘Jongeren verwend? Godzijdank’

REPORTAGE
STEPHANIE DE SMEDT
EN LAURENS DEKOCK

‘Eén simpel cijfer: voor elke honderd mensen die in 2030 de arbeidsmarkt verlaten, komen er maar tachtig bij. Dat is dus een tekort van twintig.’

Pieter-Jan De Man is nog maar net gaan zitten in de vergaderzaal van Stas, het Waregemse familiebedrijf dat hij sinds 2015 leidt, of hij heeft er op zijn laptop al bevolkingsstatistieken bijgehaald. Hij wijst door het raam naar de E17. ‘Rij van Gent tot aan de Franse grens en de bedrijven vechten nu al om mensen. Als je dit cijfer ziet, dan weet je: dat is nog maar het begin.’

De Man werd in 2015 door eigenaar Francis Heyse binnengehaald bij Stas. Het bedrijf was in de decennia daarvoor uitgegroeid tot een Europese specialist in kippers en zelflossers, een type opleggers waarmee vrachtwagens aardappelen, grind of pallets makkelijk kunnen lossen.

Al die jaren was personeel vinden nooit een probleem geweest. Van oprichter Urbain Heyse, die in het naburige dorp Stasegem - vandaar de naam Stas - samen met zijn broer aanhangwagens was beginnen te maken voor de bloeiende vlasindustrie, tot kleinzoon Francis: ze hadden hun lassers en mekaniekers simpelweg maar van de straat te plukken.

‘In de jaren 80 waren mensen al blij dat ze een job hadden’, vertelt De Man. ‘Zelfs voor een stageplaats had je vijftig kandidaten. Maar in 2013 zei Francis tegen mij: ‘Ik vind niemand meer, iedereen hier in de buurt zoekt dezelfde ingenieurs.’ De vacatures bleven maar openstaan.’

De Man, die een carrière in hr had uitgebouwd, besliste daarop de organisatie radicaal om te gooien. In de plaats van nog harder te zoeken naar schaarse profielen, voerde Stas in 2018 een beleid in waarbij de werknemers zelf bepalen welke job ze doen. Hij priemt zijn vinger naar zijn scherm. ‘Die bevolkingspiramide, dat is waar alles om draait. We kunnen niet anders dan alles fundamenteel te herzien.’

Hij benoemt een dieper probleem waarmee stilaan elke werkgever worstelt: onze organisaties zijn gebouwd voor een schaarste aan jobs, niet voor een schaarste aan mensen. Dat systeem botst op zijn limieten.

Overall carports

‘Eigenlijk hebben we decennialang geleefd in een maatschappij met, cru gezegd, te veel mensen die konden werken’, zo schetst arbeidssocioloog Geert Van Hootegem, professor aan de KU Leuven, hoe we op dat punt gekomen zijn. ‘Tussen 1960 en 2015 is de arbeidsmarkt alleen maar gegroeid.’

‘Om dat te begrijpen, moet je naar de demografie kijken. Tijdens de Tweede Wereldoorlog werden veel minder kinderen



GEN6

Nooit eerder leefden zoveel mensen tegelijk zo lang. Het is een van de grootste successen van onze tijd. Steeds meer kinderen kennen hun overgrootouders en voor het eerst delen zes generaties dezelfde straten, dezelfde werk-vloer, dezelfde zorgen. Dat langere leven verandert alles.

Twee weken lang duikt De Tijd in wat dat betekent voor onze carrières, onze gezinnen, onze huizen en onze rekeningen.

Scan de QR-code en doe de interactieve test: waar sta jij tussen zes generaties?



geboren, waardoor er na 1945 een inhaal-beweging kwam: twee generaties vrouwen kregen tegelijk kinderen. Dat waren de babyboomers.’

‘Daarna doken we de gouden jaren 60 in. Het Marshallplan tilde de welvaart op, onderwijs werd gedemocratiseerd. Ik ben daar - zelf geboren in 1962 - het product van: mijn ouders gingen maar tot hun 14de naar school, ik kon verder studeren. Wat vroeger exclusief was voor de happy few, werd bereikbaar voor arbeiders. In het begin van de jaren 60 had niemand bij ons in de Gentse Kanaalzone een auto. Vijf jaar later stonden overal garages en carports.’

De groeiende welvaart ging gepaard met steeds kleinere gezinnen. Vrouwen kregen minder kinderen. ‘Maar omdat die eerste babyboom zo groot was, volgde met mijn generatie een soort tweede, afgeleide boom. Wij kwamen in de jaren 80 op de arbeidsmarkt. Dat gaf zestig jaar lang een ongezien grote beroepsbevolking.’

De langdurige weelde aan arbeidskrachten drukte volgens Van Hootegem een stempel op hoe we werk organiseerden. Bedrijven bouwden hun structuur rond ‘modelwerknemers’: mensen die pasten in een welomschreven functieomschrijving. Wie niet voldeed aan het profiel, kwam er niet in. Er kwamen hiërarchische managementniveaus, een uitdijende vergadercultuur en steeds meer specialisatie. ‘Omdat we het ons konden permitteren.’

‘Om de jeugdwerkloosheid te bestrijden, stuurden we werknemers vroeger met brugpensioen. Mijn ouders en schoonouders zijn op hun 55ste gestopt. Eén van mijn beste vrienden ging op zijn 48ste met brugpensioen bij de spoorwegen’, vertelt Van Hootegem.

Het was een stilzwijgende deal waarbij iedereen won: de ouders waren verlost van een vervelende job, ze konden misschien nog wat in het zwart werken en voor de kleinkinderen zorgen. De jongeren waren blij, want zij hadden jobs. De vakbonden waren tevreden, de bedrijven zagen hun duurste werknemers verdwijnen en de politiek was gerust.

Werknemers ‘met een hoek af’

‘Maar nu keert de curve dus om’, zegt Van Hootegem. De grote groep babyboomers gaat met pensioen. Tegelijk stromen veel minder jongeren in en ze doen dat steeds later. De beroepsbevolking is voor het eerst aan het krimpen. De slide op de laptop van De Man toont wat ons te wachten staat.

‘Wie gaat al die jobs invullen?’, vraagt Van Hootegem. ‘Niet de Poolse poetsvrouwen en stukadoors, want daar is de krapte zo mogelijk nog groter dan hier. En wie heeft recht op het overblijvende talent? De overheid, de zorg, het onderwijs en de industrie: iedereen vist in dezelfde vijver. Dit is geen crisis van één sector, het is een algemeen probleem.’

VOORAAN

Fysieke arbeid blijft een uitdaging, ook in de nieuwe manier van werken bij Stas. ‘Je kan niet alles oplossen met technologie. Fysiek werk en een pensioenleeftijd van 67, daar zijn we nog lang niet.’

Profiel Stas

Stas is een Waregemse fabrikant van stalen en aluminium kippers en zelflossers. Het bedrijf is vandaag in handen van Francis Heyse, de kleinzoon van oprichter Urbain Heyse.

Het bedrijf heeft fabrieken in Waregem, Doornik en het Roemeense Medias. 90 procent van de productie is bestemd voor export naar heel Europa.

Alles samen werken er zo’n 500 mensen. De groepsomzet bedroeg vorig jaar 140 miljoen euro.

Het kraakt aan alle kanten. Bedrijven worstelen met de vervanging van wie uitstroomt. Intussen kunnen we de oplopende vergrijzingsfactuur alleen betaalbaar houden als zoveel mogelijk mensen - liefst zo lang mogelijk - aan het werk blijven.

‘Omdat werkgevers minder selectief zijn, komt iedereen het systeem binnen. Ook mensen ‘met een hoek af’, zoals ik dat noem. Dan blijkt: we hebben niet geleerd om met al die diversiteit om te gaan. Het systeem is daarvoor niet geschikt. Mensen vallen uit. De ‘goeie’ werknemers worden zo extra belast en ook zij vallen uit. Resultaat: meer dan een half miljoen langdurig zieken die de regering nu probeert te activeren.’

Om het hoofd te bieden aan de nieuwe realiteit, werkte Van Hootegem de laatste jaren een nieuw organisatie­model uit. In oktober publiceerde hij daarover het boek ‘Archipelagos’. Het is dat systeem dat De Man gebruikte bij Stas.

Bedrijfsbarbecues

Terug in Waregem knikt de directeur naar buiten. Op een zo goed als lege parking achter de kantoren staat een blinkend zwarte kipper. ‘De beste van Europa’, grijnst hij. ‘Dat kan ik statistisch bewijzen. In Spanje is er een testcentrum. Ze kantelen daar de kippers om te zien hoe schuin hij kan staan voor hij omvalt. Bij ons hebben ze de test stopgezet. Ze konden nog, maar ze wilden niet meer verder gaan.’

Tussen 1960 en 2015 is de arbeidsmarkt alleen maar gegroeid. Cru gezegd hebben we decennialang geleefd met te veel mensen die konden werken.

Geert Van Hootegem
Professor arbeidssociologie KU Leuven

‘Het punt is: dit is wat wij doen. Mijn job is mensen te laten samenwerken om die kippers te bouwen. Onze concurrenten kunnen dezelfde robots, machines en technologie kopen. Het is met de mensen die de machines bedienen dat we het verschil maken. Te vaak nog wordt gedacht dat hr gaat om bedrijfsbarbecues en team-buildings. Het gaat om echte wetenschap waarmee je kan innoveren.’

De Man nam de hele organisatie van Stas op de schop. Hij hakte alle managementlagen weg. ‘Er zijn geen middle-managers meer die fulltime bezig zijn met anderen te doen werken.’ Ook de opsplitsing in afdelingen sneuvelde. ‘Alles zat apart. Dat leidde tot ongelooflijk veel vergadertijd. Er was ook veel interne wrevel: als een bestelling via sales binnenkwam, rolden ze bij engineering al met de ogen: wat hebben ze nu weer verkocht?’

Wie gaat al die jobs invullen? Niet de Poolse poetsvrouwen en stukadoors, want daar is de krapte zo mogelijk nog groter dan hier.

Geert Van Hootegem
Professor arbeidssociologie KU Leuven

‘Volgens de jongste cijfers van de SERV (*de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen, een adviesorgaan, red.*) heeft 51,8 procent van de Vlamingen een job die ‘werkbaar’ is. Dat verbetert, maar het is nog altijd maar de helft. Niet-werkbaar werk geeft stress en burn-outs, dat weten we. Maar het gaat ook om mensen die zich afvragen of hun job er überhaupt toe doet. Wie de hele dag formulieren invult of een installatie bewaakt die één keer per week uitvalt, raakt zijn motivatie kwijt.’

Vol gas

Op een lentedag in 2018 sloopte De Man de muren. ‘Met pizza en bier.’ Net zoals bij de Zweedse muziekstreamingdienst Spotify zette hij een systeem op waarbij teams samen verantwoordelijk werden voor een product. Elke ochtend komen die samen. ‘De tijd tussen een klantenvraag en een antwoord is nu maximaal 24 uur.’

Dat is efficiënter, maar het leidt vooral ook tot meer betrokkenheid. ‘Iedereen weet nu perfect wat hij bijdraagt aan elke trailer die hier buitenrijdt. Toen in 2021 het schip Ever Given het Suezkanaal blokkeerde, viel de wereldwijde voorraad­ing stil. Normaal zou je zeggen: dat is een probleem voor aankoop. Maar bij ons sprong iedereen recht - sales, hr, administratie - om mee naar materiaal te zoeken.’

De meest verregaande ingreep moest evenwel nog komen. Stas besliste dat voortaan elke werknemer zelf zijn job zou invullen. Geen vast omschreven functies meer die iemand jarenlang uitvoert - tot hij promoveert of ergens anders naartoe gaat - maar wel werk op maat.

Daarvoor stelde De Man een complexe matrix op als leidraad. Heel simpel uitgelegd: hij knipte alles wat in het bedrijf moet gebeuren op in taken en niveaus. Elk jaar opnieuw beslist iedere werknemer tijdens een gesprek hoeveel van de werkpakketten hij op zich neemt. Voert hij die uit zoals verwacht, dan krijgt hij een premie én spaart hij een virtueel krediet om opleidingen te volgen om andere taken te kunnen uitvoeren. Maar niets is verplicht.

Alle hens aan dek

Sinds 2010 vergrijst Vlaanderen in sneltempo. Tegenover elke honderd Vlamingen op arbeidsleeftijd - de groep tussen 20 en 64 jaar - stonden in 2010 67 mensen die ouder en jonger waren. Tegen 2050 zullen dat er 87 zijn, een stijging die bijna uitsluitend op rekening komt van de groeiende groep gepensioneerden.

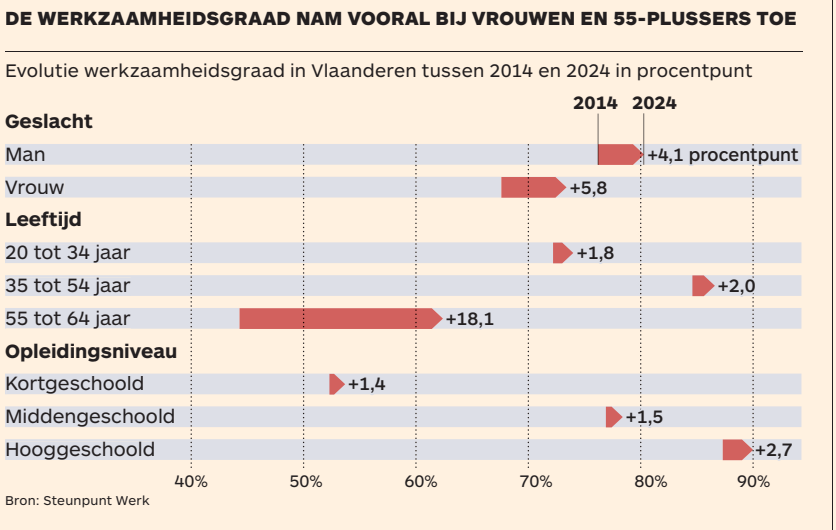
Willen we al die mensen ondersteunen, de pensioenen betaalbaar houden en de oplopende zorgkosten dragen, dan moeten zoveel mogelijk mensen aan het werk. De voorbije jaren is Vlaanderen daar goed in geslaagd. Meer nog: omdat er steeds meer vrouwen, mensen met een beperking en 50-plussers aan de slag gingen (*zie grafiek*), halen we een werkzaamheidsgraad van 77,6 procent. Dat betekent dat zoveel Vlamingen tussen de 20 en 64 jaar effectief een job uitoefenen.

De economische afhankelijkheidsratio - het totaal aantal werkenden tegenover het aantal niet-werkenden -

is daardoor gedaald. Van 141 niet-werkenden per 100 werkenden in 2000 zijn we in een kwarteeuw gezakt naar 127 niet-werkenden per 100 werkenden.

Volgens het onderzoekscentrum Steunpunt Werk kunnen we die ratio de komende jaren stabiel houden - en dus de factuur voor de sociale zekerheid oprapen - als we tegen 2030 80 procent van de mensen op beroepsactieve leeftijd aan de slag krijgen. Dat is de doelstelling van de regering. Daarna moet er nog meer gebeuren. Ofwel een nog hoger percentage mensen aan het werk krijgen, ofwel mensen langer laten werken.

In beide gevallen is de uitdaging groot. Het houdt in dat we mensen die vaak moeilijker te activeren zijn aan de slag moeten krijgen en houden, zo blijkt uit een eerdere analyse van De Tijd. Het gaat onder meer om mensen die ziek uitgevallen zijn of niet aan een job raken, en om huisvrouwen met een migratieachtergrond.



‘Mensen weten zelf het best wat ze aankunnen in een bepaalde fase in hun leven’, zegt De Man. ‘Wil iemand de komende drie jaar vol gas geven in zijn carrière? Prima, die krijgt begeleiding. Wil iemand het even rustiger aan doen door jonge kinderen of de zorg voor ouders? Ook goed.’ Oudere lassers die fysiek werk moeilijker aankunnen, kunnen kiezen voor lichtere taken zoals magazijnwerk. ‘Vroeger werd dat als minderwaardig gezien, nu wordt er spontaan naar gevraagd.’

De directie legt steeds opnieuw de puzzel. Is er werk dat niet ingevuld raakt, dan moeten ze rekruteren. ‘Dat lukt’, zegt De Man. ‘Maar natuurlijk is het ingewikkeld. Niets was zo eenvoudig als Henry Ford die de poorten van zijn autofabriek opentrok en de mensen telde die hij nodig had. Die tijd is voorbij. De komende dertig jaar wordt het gewoon niet meer eenvoudig.’

Nee, jongeren zijn niet lui

Het model van Stas schuift ongewoon veel beslissingsmacht door naar werknemers. Wringt dat niet? Er is al veel frustratie over

‘Ik ben 44’, zegt De Man. ‘In mijn tijd kregen vaders tien dagen vaderschapsverlof. Nu verplicht de wet me er twintig te geven. Ik kan zeggen: amai, ik heb veel harder gewerkt. Maar het is toch fantastisch dat we de luxe hebben gecreëerd dat vaders langer bij hun pasgeboren baby en hun partner kunnen zijn?’

Hij schudt het hoofd. ‘Als de jongeren *hard to get* spelen, zullen de bedrijven hen wel serieus moeten nemen. Anders zullen ze helemaal niemand meer vinden. Maakt dat van hen een verwende generatie? Godzijdank. Ik gun het ze van harte. Ze zullen het ook langer moeten volhouden.’

Maanden gesukkeld

De omslag was niet makkelijk, geeft hij toe. ‘De eerste vergadering nadat de muren gesloopt waren, dat was de hel. We hebben maanden gesukkeld om het goed te krijgen. De haters zullen altijd eerst gelijk krijgen. Er zijn altijd dingen die je niet hebt voorzien. Maar vandaag ben ik 300 procent zeker dat we niet meer terug kunnen. Iedereen zou gek worden van de traagheid en de besluiteloosheid.’

Niets was zo eenvoudig als Henry Ford die de poorten van zijn autofabriek opentrok en de mensen telde die hij nodig had. Die tijd is voorbij.

Pieter-Jan De Man
Directeur Stas

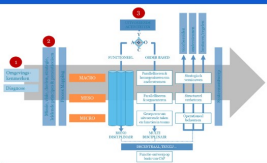
‘Zelfs mensen die het decennialang anders gewend waren, hebben opvallend snel de klik gemaakt. Ze voelen de voordelen. Ze beslissen nu zelf wat ze doen. Wordt er nog eens neerbuigend gekeken naar de vrijheden die jongere generaties eisen en krijgen? *Fair enough*. Als de 91-jarige vader van onze eigenaar langskomt, leg ik het ook vaak opnieuw uit. Ik zeg er dan altijd bij wat het alternatief is.’

Dat alternatief is de situatie van 2015. ‘We zijn intussen al drie keer verkozen tot Top Employer en vier keer tot Factory of the Future. We vinden volk. We krijgen vragen van andere bedrijven die beseffen dat ze iets moeten doen.’

Maar zelfs het meest flexibele organisatie­model is niet zaligmakend, zo besluit hij. ‘We krijgen de oudere werknemers mee in ons werksysteem. Een man die zopas na 45 jaar bij ons met pensioen is gegaan, heeft hier de laatste vijf jaar met een tablet gewerkt. Dat lukt allemaal. Maar voor fysieke arbeid zie ik echt nog een grote uitdaging.’

‘Als straks door de vergrijzing steeds meer mensen fysiek lichter werk willen doen, dan zijn er in onze fabriek simpelweg geen plaatsen genoeg. We doen alles wat we kunnen: onderdelen lichter maken, de montage eenvoudiger. Maar je kan niet alles met technologie oplossen. Fysiek werk en een pensioenleeftijd van 67, daar zijn we nog lang niet.’

Blauwdruk: Beproefd arbeidsorganisatiemodel voor CAR's



1

**OMGEVING
WAARIN WE
WERKEN IS
FUNDAMENTEEL
VERANDERD IN
DE LAATSTE 50
JAAR**

**VUCA: VOLATIEL,
ONZEKER,
COMPLEX,
AMBIGU**

Decreet GGZ, evoluerend zorglandschap (netwerken, samenwerking, ...), veranderende zorgvragen, tekorten op de arbeidsmarkt, werkbaarheid van jobs onder druk, digitalisering, AI, integratietraject CAR-CGG, ...

**==> HOUDT DE
HUIDIGE MANIER
VAN ORGANISEREN
NOG STAND?**

**==> ZIJN WE KLAAR
VOOR DE
TOEKOMST, OM
WENDBAAR IN TE
SPELEN OP
VERANDERINGEN?**

2 MISSIE, VISIE, STRATEGIE

Veel variatie: Elk centrum deels andere formulering. Vaak historisch gegroeid.

Toch veel overeenkomsten:

- Samenwerken,
- Professionaliteit / expertise/ evidence-based werken
- Maatwerk
- Laagdrempeligheid

AMOREE?

- Inhoud sluit aan bij maatschappelijke noden, maar vaak nog te abstract of institutioneel.
- Blijft teveel hangen op niveau van 'wat' en 'hoe' vb. "multidisciplinaire diagnostiek en behandeling"; het 'waarom' (vb. 'laten deelnemen aan het gewone leven', 'participatie') is meestal onvoldoende expliciet en doorleefd.
- Weinig écht onderscheidende elementen, zeker niet tussen de verschillende CAR, maar ook niet met andere types organisaties
- Blijkt niet altijd makkelijk uit te leggen aan medewerkers, cliënten of externen.
- Simpele, heldere taal en concrete voorbeelden of beelden/visuele metaforen kunnen helpen om de missie echt over te brengen.

Keuzes van elk CAR afstemmen op de specifieke behoeften van eigen populatie en regio, binnen een gedeelde sectorvisie en missie die ruimte biedt voor lokale accenten en unieke context. Verschillen zijn wenselijk als ze bewust, in functie van de populatie en afgestemd op andere actoren in de regio gekozen worden (Zorgvraag/aanbod-configuratie in je geografische gebied).

2 PRESTATIE-EISEN

**Wat willen we kunnen?
Wat zijn we bereid niet te kunnen?**

- Bereikbaarheid
- Voor iedereen toegankelijk, inclusief (SES, taal, ...), laagdrempelig
- Zorggebruiker centraal
- Werkbaarheid, betrokkenheid, inspirerende werkomgeving, haalbaar werk
- Effectief: doelgericht
- Efficiënt, financieel break-even.
- Kwaliteit (multidisciplinaire, specialistische zorg, ambulant)
- "Goed genoeg" (doorstroom), revalidatiepotentieel aanwezig, herstelgericht
- Behandelen én begeleiden
- Behandelen niet begeleiden
- Korte wachttijd
- Geïntegreerd samenwerken met interne & externe actoren
- Blijvende beschikbaarheid (nazorg, aftercare, follow-up)
- Instroom voorrang voor dringende prioritaire hulpvragen.
- Directe opstart voor iedereen
- Zorg voor alle leeftijden
- Zorg voor iedereen in alle regio's, taalgebieden
- Aanbod voor elke doelgroep
- Dienstverlening voor externe doeleinden
- Volledig individueel maatwerk
- Uitsluitend de best opgeleide teams
- Kinderen zonder context behandelen
- Altijd beschikbaarheid buiten kantooruren

Het is essentieel dat elk centrum expliciet maakt welke prestaties (uit bovenstaande lijst) het vooropstelt en daarbij ook prioriteiten kiest: wat krijgt voorrang als belangen botsen? Wat ben je bereid om eventueel op te offeren? Tijdens het ontwerpproces worden alle keuzes en scenario's telkens kritisch getoetst aan deze prestatie-eisen én hun onderlinge volgorde.

Welke activiteiten behoren tot het primair proces?

Verschillende perspectieven, onder meer:

- Ontwikkeling van kinderen stimuleren
- Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling
- Diagnostiek
- Behandeling
- Alles wat factureerbaar is
- Aanmelding
- Intake
- Rapportering
- Contact met ouders, school, andere partijen
- Nazorg/opvolging

→ Belang van definitie diagnostiek (vb. categoriale vs. procesdiagnostiek)

Bepaal voor je CAR welke kernactiviteiten je tot het primair proces rekent (de activiteiten die rechtstreeks waarde toevoegen voor cliënt en context). Alleen voor deze primaire activiteiten kies je expliciet of je ze functioneel (per discipline) of ordergebaseerd (rond cliënten/orders) organiseert.

Voor voorbereidende/ondersteunende activiteiten geldt 'decentraal tenzij': leg ze standaard in de teams, behalve als er sterke redenen zijn om het centraal te doen.

Wat zijn relevante inputkenmerken of outputkenmerken van de orders ?

- Leeftijd
- Diagnose/problematiek
- SES
- Toegang tot Nederlandse taal
- Bereidheid voor therapie (van ouders)
- Inschrijfbaarheid Vlaamse Sociale Bescherming
- Geslacht
- Woonplaats
- Draagkracht
- Medische urgentie/noodzaak tot snelheid
- Contextkenmerken (vb. gezinskenmerken, financiële kwetsbaarheid)
- Methodologie: individueel vs. groep
- Cultuur/etniciteit: andere visie op ontwikkelingsstoornissen.

Leeftijd, diagnose/problematiek zijn de dominante kenmerken waarop vandaag therapeuten worden gealloceerd, waardoor er steeds unieke projectgroepen ontstaan. Het primair proces wordt er zelden op aangepast. Medische urgentie als kenmerk leidt vaak wel tot een fast lane (NAH/gehoor). Het order wordt voornamelijk als het kind gedefinieerd terwijl er mogelijkheden zijn om dit te verruimen naar (ook nog) context, zorgvraag/hulpvraag.

3 PRIMAIR PROCES

Organisatie van het primair proces

Splitsen diagnostiek & behandeling

- Specialisatie, expertise differentiaaldiagnostiek
- Onafhankelijkheid/objectiviteit
- Afstemming/overleg nodig, meer relaties, meer kans op afstemmingsfouten
- Minder continuïteit voor cliënt
- Dubbele wachtrij, "push"
- Wij-zij dynamiek, leidt soms tot onnodige herhaling testen
- Efficiëntere planning*
- Forfaitdruk makkelijker bewaken*

**Er wordt opgemerkt dat deze voordelen mogelijks ook behaald kunnen worden door D & B te integreren.*

Diagnostiek & behandeling in dezelfde teams

- Integrale blik op het traject, end-to-end verantwoordelijkheid, eigenaarschap
- Minder onafhankelijke blik
- Minder overdracht/afstemming, minder relaties, minder kans op afstemmingsfouten
- Meer continuïteit voor cliënt
- Snellere doorstroom, "pull"
- Minder dubbel werk/herhaling

Je hoeft niet voor alle orders dezelfde organisatiekeuze te maken. Indien je er als centrum bijvoorbeeld voor kiest om ook diagnostiek te doen voor derden, kan een aparte diagnosecel zinvol zijn (mits voldoende volume). Je sorteert dan op 'wel of niet behandelen binnen het CAR'. Dan heb je teams die het volledige traject doen én een apart team voor alleen diagnostiek. Je kunt er ook voor kiezen om diagnostiek en behandeling voor alle orders apart te doen, of voor alle orders in dezelfde teams te doen. De keuze hangt mee af van de grootte van je centrum.

Orders niet sorteren (standaardtraject)

- Indien homogene orders:
 - Eenvoudige planning
 - Voorspelbare doorlooptijden
 - Efficiënt
- Indien heterogene orders:
 - Onvoorspelbare doorlooptijden
 - Veel tijd naar ad hoc maatwerk

Orders sorteren (ordergebaseerd primair proces)

- Efficiënt bij heterogene orders
- Voorspelbare planning en doorlooptijd per stroom
- Minder ad hoc maatwerk noodzakelijk

Bepaal of het zinvol kan zijn om bewust op bepaalde ordenkenmerken te sorteren, bijvoorbeeld omdat ze structureel een impact hebben op de organisatie van je primair proces, vb.: cultuursensitieve diagnostiek: structureel extra contextgesprek, extra psychoeducatie, andere behandeldoelen, ... Je benoemt dus order/transformatiedeelverzameling(en). Organiseer enkel aparte stromen als volume en impact op organisatie primair proces dat rechtvaardigen; bij te klein volume kan het ook een keuze zijn om binnen de bestaande teams extra expertise te voorzien rond bepaalde thema's. Belangrijk: sorteren vereist een zuiver algoritme. Het neemt doorgaans wat tijd om tot heldere stromen te komen. Een fast lane zonder wachttijd kan ook een aparte stroom zijn. Of een stroom (groep orders) dat standaard een traject tijdens de wachttijd krijgt aangeboden. Indien je order/transformatiedeelverzameling(en) weinig VUCA zijn, kan je functioneel organiseren. Weet dat dit de werkbaarheid onder druk zet. Of dit belangrijk is hangt af van de prestatie-eisen die je voorop stelt.

Therapeuten-allocatie op basis van capaciteit

- Meer relaties, meer afstemming, meer kans op afstemmingsfouten (verschillende medewerkerscombinaties mogelijk)
- Optimale benutting capaciteit
- Versnipperde verantwoordelijkheid
- Mogelijks minder continuïteit voor cliënt

Vaste teamsamenstelling

- Minder relaties, minder afstemming, minder kans op afstemmingsfouten
- Mogelijks kwetsbaarder bij ziekte/uitval (marge voorzien)
- Sterkere teamcultuur, gezamenlijke verantwoordelijkheid
- Meer continuïteit voor cliënt (vaste gezichten)

De keuze hoeft niet voor elk order hetzelfde te zijn, maar kan gebeuren in functie van je prestatie-eisen (die mogelijks ook verschillend kunnen zijn tussen de orders). Een combinatie tussen één of twee kernfiguren/casemanagers die het traject volgen van begin tot eind, samen met een flexibele schil is ook mogelijk. Hou bij de samenstelling van vaste teams zoveel mogelijk rekening met de 10 principes voor effectieve teams.

Bijlage 5: Cliëntfiches (persona's) gebruikt in het ontwerptraject

Persona 1

Beschrijving

Kind van 5 jaar met neurobiologische ontwikkelingsstoornis, met impact op schoolresultaten, sociaal-emotioneel functioneren en gedrag thuis. Thuis worden meerdere talen gesproken en er zijn sociale problemen (werkloosheid, armoede, uitsluiting).

Traject

Ouders melden telefonisch aan na doorverwijzing (vaak CLB). Er volgt een telefonische screening door het onderzoeksteam. Indien vermoeden NOD + juiste leeftijd/regio → opname op wachtlijst onderzoek. Onderzoeksfase met intake (psycho + arts), extra observatie/testing, multidisciplinaire teambespreking en adviesgesprek met ouders/context. Bij inschrijfbaarheid en gezamenlijke motivatie → wachtlijst therapie per behandelteam, opstart multidisciplinaire behandeling met jaarlijkse evaluatie en beslissing tot verlenging of afronding.

Drempels / keuzemomenten

Wachttijd tot telefonische screening, tot onderzoek en tot therapie.

Keuzes: 1) wel of niet wachten op onderzoek, 2) wel of niet wachten op therapie, 3) jaarlijks beslissen om therapie voort te zetten of te stoppen.

Persona 2

Beschrijving

Kleuter van 4 jaar met diagnose ASS en vermoedelijke verstandelijke beperking (COS), globale ontwikkelingsproblemen. Belaste familie: ASS bij gezinsleden, andere kinderen in andere trajecten. Gaat naar gewoon onderwijs met leersteun, grootouders nemen soms zorg op.

Traject

Aanmelding na doorverwijzing COS. Screening door psycholoog, daarna wachttijd van een half tot één jaar. Intake met observaties (o.a. LKEPM, gesprekken, evt. testing), opmaak handelingsplan en adviesgesprek. Start multitherapie (individueel en/of groep: logo, kine, ergo, MIO, ouderbegeleiding, cursus), aangevuld met schooloverleg. Tot aan het therapieplan is het volledige team betrokken, daarna vooral behandelende therapeuten met psycholoog/arts/coördinator.

Drempels / keuzemomenten

Na aanmelding snel screening, maar vervolgens 6-12 maanden wachttijd voor start.

Persona 3

Beschrijving

Kleuter met diagnose ASS via COS, functionele tekorten op meerdere ontwikkelingsdomeinen. Er is expliciete vraag naar ambulante therapie.

Traject

Op basis van hulpvraag, COS-gegevens, vragenlijsten en aanmeldingsgesprek/intake beslist het opnameteam (arts, staf, psychosociaal) of het kind in aanmerking komt voor een groep. Indien ja → doorverwijzing naar groepswerking (vast team, 3x/week). Indien nee → ambulante therapie met ad-hoc team (logo, kine, ergo). Na 3 maanden evaluatie en bijstelling therapieplan; nadien volgt het gewone verlengingsregime. Later kan doorstroom naar groep nog.

Drempels / keuzemomenten

Belangrijkste keuzemoment in aanmeldings- en intakefase: groep, ambulant, of geen opname. Omdat diagnostiek al elders gebeurde, is er focus op snelle opstart therapie.

Persona 4

Beschrijving

Kind van 5 jaar met ASS-diagnose via COS. Beiden ouders aanwezig, grootouder speelt grote rol in opvang. Schoolgang verloopt moeilijk; kind mag nog maar 2 dagen naar school. Ouders zeer betrokken maar neigen naar overbescherming waardoor kind steeds meer afgeschermd wordt.

Traject

Aanmelding via website, administratie plaatst kind op aanmeldlijst. Inschattingsgesprek, dan opname op wachtlijst behandeling. Tijdens wachttijd modules voor ouders en grootouder. Na een jaar: toewijzing aan team, bilan (psycho, logo, kiné, ergo) en opmaak therapieplan. Kind en ouders starten behandeling; grootouder wordt betrokken. Na 6 weken eerste evaluatie, daarna driemaandelijkse kindbesprekingen. Na 1 jaar hertesting van ontwikkelingsdomeinen, begeleiding stopt na 2 jaar met overdracht naar netwerk.

Drempels / keuzemomenten

Lange wachttijd en hoge intensiteit (2–3x/week; ouders minimaal wekelijks aanwezig). Jaarlijkse evaluatie met beslissing over verlenging. Strakke planning door gekoppelde therapieblokken.

Persona 5

Beschrijving

Infant (3 maanden), doelgroep DSH, doorverwezen via UZ Gent. Nederlandstalige, hoogopgeleide en bezorgde ouders.

Traject

Telefonische aanmelding na verwijzing UZ. Intake door intakecoördinator. Start gespecialiseerd onderzoeksteam (psycho, NKO-arts, logo, audio, kine, evt. ergo), gevolgd door adviesteam en adviesgesprek met context. Fast-line opstart behandelfase (geen wachttijd), startteam en evolutieteams. Parallel psychologische ondersteuning van ouders en samenwerking met crèche/thuisbegeleiding/ziekenhuis. Specifiek aanbod met ouderavonden, hanen, psycho-educatie. Afsluiting met eindteam en doorverwijzing.

Drempels / keuzemomenten

Geen wachttijd: prioritaire doelgroep met sterke wetenschappelijke onderbouwing voor onmiddellijke start.

Persona 6

Beschrijving

Eerste kleuter met taalproblemen en unilateraal hoorapparaat. Kerngesin, enig kind. Ouders zoeken gespecialiseerde gehoor-/taalondersteuning.

Traject

Ouders melden aan via webformulier. Aanmeldingsverantwoordelijke screent volgens criteria, maakt dossier aan, vraagt externe verslaggeving op en neemt contact met ouders/school. Na inschatting: intake, opstart bilanfase met psycholoog, administratie en medisch secretariaat. Multidisciplinair onderzoek (schoolbezoek, psycho, ergo, kine, logo, medisch, audio), registratie in EP, onderzoeksteam beslist over therapie, conventiestatus en behandelplan. Eventueel geen therapie maar doorverwijzing. Daarna wachtlijst therapie, planning uurrooster, start therapie met planningsgesprek, betrekken van context/school, evolutieteams en verlengingsprocedure. Afronding via stopteam, stopverslag en vervolgzorg.

Drempels / keuzemomenten

Wachttijd op antwoord na digitale aanmelding, wachttijd voor bilan en therapie. Keuzemoment: al dan niet ingaan op behandelplan. Complex traject met veel stappen en administratie.

Persona 7

Beschrijving

Kleuter (5–6 jaar) met laag IQ, multiculturele achtergrond, weinig gestructureerde thuiscontext en significante ontwikkelingsachterstand op diverse domeinen, met storend gedrag.

Traject

Standaard traject: aanmelding, intake, onderzoek, teambespreking, behandeling, bespreking en educatie van context, betrekken van andere zorgactoren, multidisciplinaire besprekingen met ouders, en doorverwijzing indien nodig. Deze stappen komen vaak meermaals terug.

Drempels / keuzemomenten

Lange wachttijd. Zeer intensief traject voor kind en context, vraagt veel draagkracht en afstemming.

Persona 8

Beschrijving

Jongen in vijfde leerjaar met ernstige motorische problemen, DCD, ASS en ADD, leermoeilijkheden (rekenen, spelling, begrijpend lezen, taal), aandachtsproblemen en depressieve kenmerken. Kerngezin met weinig betrokken vader, moeder met eigen depressieve klachten; broer met ADHD en ODD. Veel intra-familiale conflicten en emotionele belasting. J. voelt zich onvoldoende begrepen door ouders en school.

Traject

Aanvankelijk privé-kinesithérapie. Aanmelding in CAR via privé-kine. Eerste gesprek maatschappelijk werker, dan drie jaar wachtlijst. Vervolgens multidisciplinair bilan (psycho, logo, ergo, kine, arts) en start therapie (L, E, K). Regelmatige schooloverleggen, interne besprekingen met kinderpsychiater, extra diagnostiek (DCD, ADD, ASS). Therapie wordt aangepast (afbouw K/ E, opstart psychotherapie) omwille van draagkracht moeder. Na twee jaar worden L en E afgerond, psychotherapie loopt kort door. Doorverwijzing naar CGG wordt voorzien.

Drempels / keuzemomenten

Zeer lange wachttijd (3 jaar). Tekort aan kinderpsychiater → trage diagnostiek. Beperkte draagkracht moeder → moet keuzes maken in therapiesessies. Interne keuze om therapie na 2 jaar te stoppen, wat hier te vroeg aanvoelt. Moeizame doorverwijzing naar CGG, weinig CLB-betrokkenheid.

Persona 9

Beschrijving

Kind van 8 jaar met ASS en ADHD, normale begaafdheid in gewoon onderwijs. Schoolse problemen, regulatieproblemen en sociale moeilijkheden. Warme thuissituatie, maar weinig begrenzing in opvoeding.

Traject

Aanmelding en screening door psycholoog, daarna lange wachtfase. Vervolgens uitgebreid multidisciplinair bilan (alle disciplines) met therapieplan. Start therapie: individuele en groepssessies, ouderbegeleiding, schooloverleg.

Drempels / keuzemomenten

Zeer lange wachttijd vooraleer bilan en therapie kunnen starten.

Persona 10

Beschrijving

Kleuter (3–6 jaar) met vermoeden ontwikkelingsstoornis en functionele tekorten op meerdere domeinen. Gaat al naar school, CLB betrokken, maar nog geen beeldvorming. Ouders zoeken diagnostiek én behandeling.

Traject

Telefonisch aanmeldingsgesprek, vragenlijsten voor ouders/school. Opnameteam beslist binnen 2 weken over in aanmerking komen. Ouders worden snel geïnformeerd en uitgenodigd voor aanmeldingsgesprek in centrum; administratie en info over wachttijd (1,5–2 jaar). Bij oproep: intake (psycho + arts), functioneel onderzoek (psycho, logo, ergo, kine, arts), hypothesevorming, bijkomende onderzoeken, adviesgesprek. Indien therapie aangewezen: therapieplan en inplanning in uurrooster, opnieuw ad-hoc team op basis van hulpvraag en mogelijkheden ouders.

Drempels / keuzemomenten

Zeer lange wachttijd tot onderzoek (beperkte artsencapaciteit). Tweemaal samenstelling ad-hoc team → veel overleg. Ouders moeten kiezen: wachten op multidisciplinair traject of elders (monodisciplinair) hulp zoeken, zeker omdat er geen vervoer is en centrum afgelegen ligt.

Persona 11

Beschrijving

Kind van 4 jaar, aangemeld door CLB omwille van ernstige ontwikkelingsachterstand. School staat onder druk. Geen Nederlands bij moeder, beperkt Nederlands bij vader. Geen lokaal netwerk; twee oudere kinderen, moeder niet werkend, vader werkloos.

Traject

Aanmelding via website, administratie bevestigt. Voortrajectteam (psycholoog) voert inschattingsgesprek: hulpvraag, indicatiestelling, noden tijdens wachttijd. Kind komt in aanmerking voor behandeling, ouders gaan in op modulair aanbod tijdens wachttijd. Maatschappelijk werker verkent netwerk en verwijst door. Na 7 maanden start bilan bij team 1, met overdracht van voortraject. Kind blijkt lager IQ, krijgt MDT-advies en start met intensieve multidisciplinaire behandeling (logo, kiné, ergo, psycho). Na 6 weken teamoverleg, driemaandelijkse evaluaties, na 1 jaar hertesting. Na 2 jaar afronding en overgang naar buitengewoon onderwijs; ouders worden nog 6 maanden opgevolgd.

Drempels / keuzemomenten

Lange wachttijd, maar project Warme Wachtkamer verzacht dit. Rol maatschappelijk werker cruciaal. Voortraject geeft al veel info → gerichtere bilan, maar vraagt wel extra inzet.

Persona 12

Beschrijving

Volwassen zorggebruiker met plotse doofheid en cochleair implant. Context: partner/grootouders, werkend, met evenwichts- en tinnitusklachten en nood aan psychologische ondersteuning.

Traject

Aanmelding met gerichte vraag na CI-implant en naar tinnitus-team. Intake, gespecialiseerd onderzoeksteam (psycho, NKO, audio, logo, kine + MDT voor VAPH). Adviesteam en adviesgesprek met zorggebruiker en context. Fast-line opstart behandelfase. Evolutieteams stemmen IHP bij, met nauwe samenwerking met werkcontext en familie. Extra aanbod: tinnitus- en evenwichtsdienst, groepstherapie, hoorhulpmiddelen via hoorcentrum. Afsluiting met eindteam en doorverwijzing naar netwerk.

Drempels / keuzemomenten

Geen wachttijd voor opstart therapie; wel wachttijd/beperkte capaciteit voor groepstherapie.

Persona 13

Beschrijving

Kind in eerste leerjaar, vermoeden autisme en DCD. Gescheiden ouders.

Traject

Aanmelding via externe actor met tolk. Intake met tolk, dan wachtlijst voor onderzoek. Gespecialiseerde bilanfase (kinderpsychiater, psycho, logo, audio, ergo, kine, schoolobservatie). Adviesteam en adviesgesprek met context en brugfiguren. Wachtlijst voor behandeling (individueel + groep), dan start met startteam. Speciale groepswerkingen (PASS, EF-groepen), individuele therapie, kinderpsychiatrische opvolging, aanklampend aanbod (bv. zomer). Meerdere tussentijdse besprekingen en bijsturing IHP, eindteam en doorverwijzing.

Drempels / keuzemomenten

Zelfde drempels als persona's in deze module: lange wachtlijsten, complexe afstemming met tolk en meerdere actoren.

Persona 14

Beschrijving

Jonge kleuter met sterk vertraagde ontwikkeling, afwijkend gedrag en ASS-diagnose. Moeilijk functioneren op school (beperkt aanbod), overbezorgde ouders in groot gezin.

Traject

Zelfde trajectopbouw als persona 13: externe aanmelding met tolk, intake, wachtlijst, gespecialiseerd bilan (multidisciplinair + contextobservatie), adviesteam met context, wachtlijst voor behandeling, startteam, specifiek aanbod (PASS, EF-groepen, individuele therapie, kinderpsychiater, zomeractiviteiten), herhaalde bijsturingen IHP, eindteam en doorverwijzing.

Drempels / keuzemomenten

Lange wachttijd. Zeer intensief traject voor kind en context. Ouders hebben tijd en energie nodig om traject vol te houden.

Persona 15

Beschrijving

X. is een 4-jarige kleuter (tweede kleuterklas, dubbelt later derde) met ASS, ernstige taalproblemen en kenmerken van DCD. Hij groeit op in een anderstalig gezin; moeder leert Nederlands, vader spreekt gebrekkig Nederlands. Ouders en oudere zus zijn sterk betrokken en stimuleren taal. X. is vrolijk en geniet van 1-op-1, maar raakt bij drukte snel overprikkeld met woedebuien. Taalbegrip beter dan taalproductie, betrokkenheid in klas groeit.

Traject

Diagnose en bilan in COS (licht verstandelijke beperking + ASS). Aanmelding in CAR, gesprek met maatschappelijk werker, onderzoeksperiode. Opstart multidisciplinaire therapie (logo, psycho, ergo, kine), X. is zeer therapietrouw en komt ook naar vakantieprogramma's. Mama volgt oudercontacten en psycho-educatie bij kinderpsychiater/psycholoog. Leersteun wordt aangevraagd in januari 2024. Drie keer per jaar wordt er uitgebreid overleg gehouden met school, leersteuner, ouders, familie en CLB, voorafgegaan door intern MDO in CAR.

Drempels / keuzemomenten

Anderstaligheid belemmert deelname aan bestaande oudergroepen. Interne regel om therapie na 2 jaar te stoppen zorgt hier voor spanning: ouders en team willen liefst verlengen, zeker bij overgang naar derde kleuterklas of BUO.

Persona 16

Beschrijving

Kleuter (5 jaar) met al 2 jaar multitherapie wegens algemene ontwikkelingsproblemen vanuit verstandelijke beperking. Doorverwijzing naar buitengewoon onderwijs, maar er is ofwel geen plaats, of ouders willen niet. IAC-traject in gewoon onderwijs met leersteun, gemotiveerde juf die grenzen bereikt door ernstige achterstand en gedragsmoeilijkheden.

Traject

Multitherapie in groep en individueel, intensieve LKE-werking, met schooloverleg en oudergesprekken door LKE en psycholoog.

Drempels / keuzemomenten

Keuze tussen verderzetten in gewoon lager onderwijs of doorstroom naar BUO. Vraag of therapie na enkele jaren nog voldoende meerwaarde heeft, en wat het alternatief is.

Persona 17

Beschrijving

Kleuter die start in of overstapt naar een school BO, type 2/9/basisaanbod, school op dezelfde campus als CAR, met samenwerkingsverband. School detecteert therapievraag en bespreekt die met ouders.

Traject

Kinderen van de school krijgen voorrang, vergelijkbaar met prior-doelgroepen. Op basis van vraag van school/ouders wordt bekeken of kind in aanmerking komt voor groepswerking. Indien niet, volgt intake bij psychosociaal team en arts, plus screeningsmomenten bij logo, kine, ergo. Ad-hoc team stelt therapieplan op en bespreekt dit met ouders; therapie start bij voorkeur met dezelfde therapeuten, maar soms met andere.

Drempels / keuzemomenten

Voorrang door samenwerkingsverband brengt ook verwachtingen mee. Soms is er tweemaal samenstelling van ad-hoc team, wat extra afstemming en tijd vraagt.

Persona 18

Beschrijving

Kind van 3,5 jaar, aangemeld via COS Antwerpen, op wachtlijst voor ASS-diagnose. Alleenstaande moeder besloot kind thuis te houden omdat schoolstart moeilijk liep. CLB maakt zich zorgen en ziet afwezigheid op school als probleem.

Traject

Aanmelding via website door COS, met expliciete toestemming van mama voor info-uitwisseling. Kind op aanmeldlijst, inschattingsgesprek door coördinator → opname op wachtlijst, COS wordt geïnformeerd. Na 8 maanden start onderzoeksfase bij team 1, in combinatie met lopend COS-onderzoek. Eerst resultaten COS afwachten, dan beperkte bijkomende observatie ouder-kind en kiné. Daarna multidisciplinaire bespreking en opstart behandeling met nadruk op psychologische opvolging vanwege zorgen CLB/COS. Na 6 weken en 6 maanden kindbesprekingen met aanpassingen van therapie (bijv. ergo toevoegen, meer schoolgericht werken). Na 1 jaar evaluatie en verlenging, na 2 jaar stopzetting.

Drempels / keuzemomenten

Dubbele wachtlijsten (COS + CAR). Multidisciplinariteit vereist veel planning; extra schoolaanwezigheid van therapeuten vraagt verschuivingen in andere therapieën. Alleenstaande moeder met weinig netwerk kan intensief schema (2x/week) moeilijk volhouden.

Persona 19

Beschrijving

Adolescent met ASS/ADHD, GES-problematiek in regulier onderwijs. Leeft in een nieuw samengesteld gezin, anderstalige context met nood aan tolk, vluchtverhaal. Draagkracht gezin en school staan onder druk.

Traject

Aanmelding via externe actor met tolk. Intake + tolk, vervolgens wachtlijst voor onderzoek. Gespecialiseerd bilan door multidisciplinair team met nadruk op participatie en contextobservatie. Adviesteam met tolk, context, brugfiguren. Wachtlijst voor opstart behandeling (individueel en groep). Start met startteam en breed aanbod: PASS-groepen, individuele psychotherapie, kinderpsychiatrische opvolging, EF-groep, aanklappende zorg (bv. zomeraanbod). Meerdere crisismomenten met bijsturing IHP.

Drempels / keuzemomenten

Wachttijd voor onderzoek en therapie (individueel + groep). Overvolle agenda's kinderpsychiaters en psychologen, tekort aan psychotherapie-uren. Tolkenbudget en beschikbaarheid beperkt. Zware dossiers vragen veel vergadertijd en coördinatie met externe partners; werkbaar werk komt onder druk.

Persona 20

Beschrijving

Kind in vierde leerjaar met ADHD-diagnose, concentratieproblemen, leerproblemen en schrijfmotorische problemen, plus sociale moeilijkheden. Kerngesin. Problemen begonnen al in kleuterklas (niet schoolrijp, moeilijk stilzitten).

Traject

Zelfde trajectopbouw als persona 19: externe aanmelding met tolk, intake, wachtlijst, multidisciplinair bilan, adviesteam, wachtlijst therapie, opstart met startteam, mix van individuele therapie en groepsaanbod, kinderpsychiatrische opvolging, EF-training, aanklappende zorg. Regelmatige IHP-bijsturing en eindteam met doorverwijzing.

Drempels / keuzemomenten

Dezelfde: lange wachtlijsten, beperkte kinderpsychiatrie- en psychotherapiecapaciteit, nood aan tolk, intensieve MDO's.

Persona 21

Beschrijving

Lagere schoolkind (1e–2e leerjaar) met ontwikkelingsachterstand en taalprobleem. Thuis is er beperkt talig aanbod, afwijkend gedrag, gescheiden ouders, moeilijke afstemming tussen beide.

Traject

Zelfde multidisciplinaire trajectstructuur als persona 19–20: externe aanmelding (soms met tolk), intake, wachtlijst onderzoek, bilan met focus op participatie en schoolobservatie, adviesteam, wachtlijst therapie, opstart multitherapie met groeps- en individueel aanbod, meerdere MDO's, eindteam en doorverwijzing.

Drempels / keuzemomenten

Lange wachttijd, soms té lang waardoor behandeling minder haalbaar of relevant wordt. Keuze tussen sneller monodisciplinair eerste lijn of wachten op multidisciplinair CAR-aanbod. Intensief traject vraagt veel afstemming tussen beide ouders.

Persona 22

Beschrijving

Jongen van 4 jaar (2e kleuterklas, dubbelt later 3e kleuterklas) met taal- en fijne motoriekproblemen. Groeit op in Nederlandstalig kerngezin; moeder kreeg zelf lang CAR-therapie, vader heeft dyslexie. Beiden werken als verpleegkundige.

Traject

Eerste gesprek met ouders kort na aanmelding (2021). Start bilan in mei 2023 (intake, multidisciplinair onderzoek, adviesgesprek). Start therapie in juli 2023 (ergo, kine, logo). Gaandeweg bijsturing: opstart psychologische begeleiding voor sociale vaardigheden en EF, stopzetting ergo, sociale groepjes met leeftijdsgenoot. Regelmatig MDO in team, overleg met ouders en school. Therapieduur licht verlengd tot okt. 2025 i.v.m. bijkomende diagnostiek (dyslexie + ontwikkelingsdysfasie). Daarna stopzetting en doorverwijzing naar privélogopedie en heropstart leersteun en hulpmiddelen (bv. voorleessoftware).

Drempels / keuzemomenten

Wachttijd: >2 jaar tussen aanmelding en bilan. Ouders ervaren late doorverwijzing door school/CLB en moeten zelf veel trekken. Samenwerking met school is bereidwillig maar traag, waardoor afspraken en maatregelen vertraging oplopen.