

Slimmer organiseren

Praktijkgids voor de jeugd-ggz



Slimmer organiseren

Praktijkgids voor de jeugd-ggz

Slimmer organiseren

Praktijkgids voor de jeugd-ggz

Karel Diephuis
Flip Dronkers
Ingrid Janssen
Quirien van der Zijden

Met bijdragen van:
Tom Joosten
Monica Haimé
Marius Buiting

Omslag en binnenwerk:
Esther van 't Klooster

Beeldmerk:
Mart Warmerdam

Dit handboek is te downloaden via:
www.versnellingjeugdggz.nl

Dit Handboek is gefinancierd door het Fonds Psychische Gezondheid



Partners in Jeugdbeleid
E: info@partnersinjeugdbeleid.nl
W: www.partnersinjeugdbeleid.nl

CBO
E: doorbraak@cbo.nl
W: www.cbo.nl
Hoogmade / Utrecht – oktober 2011

Inhoud

Voorwoord

Inleiding

Deel 1: De Doorbraakmethode	11
1. De methode	13
2. De uitvoering	14
3. Toepassing binnen de eigen organisatie	15
Deel 2: Kennis over Slimmer Organiseren	21
1. De toepassing van logistieke principes	23
2. Optimaliseren van screening en onderzoek	31
3. Optimaliseren behandelduur	36
4. Zorgpaden in de GGZ (Tom Joosten)	45
Deel 3: Praktijkvoorbeelden	55
1. Verkorten van de wachttijd voor onderzoek	57
2. Optimaliseren van de onderzoeksduur	61
3. Verkorten wachttijd voor behandeling	65
4. Optimaliseren behandelduur	68
Deel 4: Verankeren en verspreiden	73
1. Tips voor verankeren en verspreiden	75
2. Gewoon heel erg goed zijn: een inzicht en een keuze (Marius Buiting)	79
3. Cultuurverandering in de GGZ (Monica Haimé)	85
Bijlage: resultaten en tips van Doorbraakteams	99
Over de auteurs	129

Voorwoord

Het is een tijd van ingrijpende veranderingen in de psychiatrie. Onze kinderen en ouders vragen iets anders (meer participatie), de professionele visie verandert (zoveel mogelijk – korte en soms digitale – behandeling binnen de eigen leefomgeving van het kind), en de maatschappelijke druk neemt toe (meer transparantie op de inhoud en de kosten, een snellere en beter afgestemde zorg, en dat alles ook nog eens voor steeds meer kinderen). Kortom, de zorg zit evident in een veranderfase. De veranderende inhoudelijke vraag dwingt ook om wijzigingen in de vorm, in de organisatie van onze zorg. En hoewel fundamentele veranderingen veel tijd kosten, zijn er ook al tal van aanpassingen die snel kunnen worden ingezet, met onmiddelijk resultaat.

Met groot enthousiasme werd in 2009 een doorstart gemaakt met Versnellingsprojecten in de kinder- en jeugdpsychiatrie, die al eerder hun effecten hadden bewezen. ‘Versnelling’ als term doet wat er met deze beweging gebeurt eigenlijk tekort. Niet alleen ontstaat er door – soms heel eenvoudige – aanpassingen in het werkproces een verkorting van de wacht- en doorlooptijd en een snellere toeleiding tot de zorg. De Versnellingsprojecten bieden ook de mogelijkheid om kwalitatieve verbeteringen aan te brengen.

Transparantie als eerste middel om kind, ouders (en professionals) meer zicht te geven op proces en de inhoud van hun traject. Dat alleen al biedt meer participatie mogelijkheden: precies waar we in de zorg naar toe willen.

Ook digitalisering zal de komende jaren alleen maar een grotere rol gaan spelen, mogelijk zelf voor ‘de voordeur’ van de zorg. Niet onbelangrijk: vanuit de zorg hebben we vaak veel zorg voor wie binnen is, maar dan kunnen we ook meer zorg dragen voor degenen die (nog) buiten staan! Beter organiseren van zorg betekent ook voor meer kinderen zorg kunnen bieden en eerdere zorg kan vaak verergering van de klachten voorkomen. Zo veel en zo vroeg als nodig en mogelijk, om het kind vlot zijn of haar gewone leven op te laten pakken. Ook snel antwoord krijgen als er geen sprake is van een psychiatrisch ziekte is belangrijk.

En wat blijkt verder: als we de vorm aanpassen, draagt dat bij aan de veranderende kijk op zorg bij de professionals. Ouders en kinderen zijn veelal positief over de veranderingen en dat stimuleert deze professionals weer.

De praktijkgids is een weergave van de projecten waar de teams met veel energie aan hebben gewerkt. Het geeft praktische handvaten om de zorg slimmer te gaan organiseren, zonder dat dit altijd lange implementatietrajecten vraagt. Geen eenmalige exercitie, want de meeste slimme ideeën zijn al opgenomen in de reguliere werkprocessen binnen de instellingen die hebben meegewerkt. Bedacht en uitgevoerd door professionals: de professional in the lead bij zorgorganisaties. Volgende keer Versnellingsprojecten waar ook kinderen en ouders in participeren? Ik kijk er nu al naar uit!

Ik wens u veel plezier met het lezen en vooral genoeg bij het toepassen van de hier gepresenteerde ideeën. Zonder twijfel wordt u aangestoken door het gedachtegoed en bedenkt u er nog een paar bij!

Bertine Lahuis

Kinder- en Jeugdpsychiater / Voorzitter raad van bestuur

KARAKTER Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Inleiding

In de twee Doorbraakprojecten Versnelling in de jeugd-GGZ experimenteerden ruim 50 teams voor poliklinische jeugdpsychiatrie met het slimmer organiseren van de zorg. Zij realiseerden daarbij een forse reductie in wacht- en doorlooptijden: geen 10% maar 50% tot 90%.

In de projecten, die liepen van maart 2008 tot februari 2009 en januari 2010 tot maart 2011, kregen de teams de op dit terrein aanwezige kennis op werkconferenties aangereikt. Om daar onder toevoeging van een stortvloed aan eigen creativiteit in de eigen praktijk ambitieus mee aan de slag te gaan. Praktijkervaringen die vervolgens onderling werden uitgewisseld. Dat ging onder de deelnemende professionals, experts en ondersteuners gepaard met een groeiend en aanstekelijk enthousiasme. Teweeggebracht door de constatering: het werkt!

Deze Praktijkgids is de neerslag van dit proces, en de opvolger van het in 2009 uitgebrachte Handboek Slimmer organiseren. Het bevat een schat aan kennis en praktijkervaringen. Gericht op het slimmer organiseren van zorg voor jeugd. Slimmer organiseren met als doel dat jeugdzorg beschikbaar is op het moment dat kinderen en jongeren dat nodig hebben, zonder dat zij daarop eerst moeten wachten.

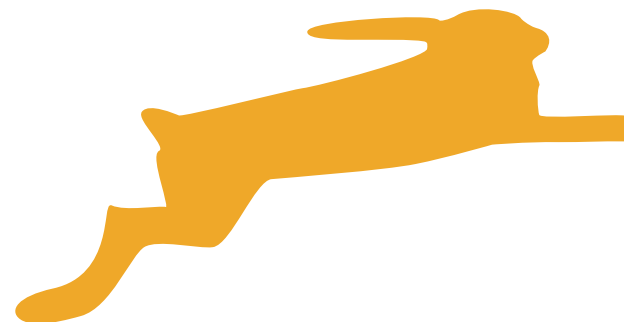
De Doorbraakteams van Accare, De Jutters, Dimence, Fornheze, GGZ Drenthe, GGZ-Westfriesland, Rivierduinen, Triversum, Yulius, Kinnik, De Gelderse Roos, Lucertis, GGNET, Altrecht, Karakter, het Leokannerhuis, Emergis en de Bascule namen hierin het voortouw.

Zij willen met dit handboek hun kennis en hun enthousiasme delen met iedereen die wil bijdragen aan het doorbreken van vaak onnodig lange wacht- doorlooptijden binnen de jeugdzorg.

Deel 1 van het handboek bevat een beschrijving van de Doorbraakmethode, die in het project werd gehanteerd. Deel 2 is geheel gewijd aan kennis over slim organiseren. Deel 3 staat beschrijft hoe de teams uit de jeugd-GGZ deze kennis toepasten in hun praktijk. In deel 4 staat beschreven hoe geboekte resultaten binnen organisaties kunnen worden verankerd en verspreid, en hoe de benodigde cultuuromslag kan worden gestimuleerd. In de bijlage vindt u resultaten en tips van de teams.

De projecten Versnelling in de jeugd-GGZ werden gefinancierd door de deelnemende instellingen en het ministerie van VWS. De landelijke projectleiding en ondersteuning was in handen van Partners in Jeugdbeleid en het CBO.

Het Fonds Psychische Gezondheid bekostigde de ontwikkeling van deze praktijkgids.



De Doorbraakmethode

Gezondheidszorg kan altijd beter. Maar het verbeteren van zorg is geen eenvoudige opgave. Vaak is de kennis er wel maar wordt deze – om allerlei redenen – niet of beperkt toegepast. De Doorbraakmethode is een gestructureerde manier van werken, speciaal ontwikkeld om beschikbare kennis en goede voorbeelden versneld in te voeren in de praktijk.

haas symbool van de
vruchtbaarheid, libido,
voortplanting, cyclische
wedergeboorte, slimheid,
snelheid en magische
kracht



1. De methode

‘Breakthrough’ is ontwikkeld door het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement, een onafhankelijke non-profitorganisatie die wereldwijde verbeteringen in de gezondheidszorg beoogt.

In Nederland is de Doorbraakmethode vertaald naar de Nederlandse situatie en in de gezondheidszorg toegepast door het CBO. Een aansprekend resultaat is het van weken naar dagen terugbrengen van de doorlooptijd van de diagnostiek van borstkanker in de Mamma-poli's. Een ander voorbeeld is het project Werken Zonder Wachlijsten (WZW) waarbij poliklinieken van ziekenhuizen hun toegangstijd hebben teruggebracht tot minder dan één week.

Binnen de GGZ past het Trimbosinstituut de methode toe bij de implementatie van behandelrichtlijnen. In de jeugd-ggz zorg werden met Doorbraak de wacht- en doorlooptijden drastisch teruggebracht, ondermeer door toepassing van de gestandaardiseerde diagnostiek trajecten en het werken met een behandelkaart.

Vijf principes vormen het fundament van de methode:

1. Slecht de kloof tussen kennis en praktijk

Wetenschappelijke kennis en goede voorbeelden verspreiden zich slechts in beperkte mate vanzelf. Veel van wat we weten passen we niet toe in de praktijk. Op het moment dat we dit wel gaan doen leidt dit tot aanzienlijke kwaliteitsverbetering.

2. Pak urgente zaken aan

De cliënt moet er merkbaar en meetbaar beter van worden. Zaken waar de cliënt veel last van heeft worden met voorrang aangepakt.

3. Formuleer doorbrekende doelstellingen

Doorbrekende – ambitieuze – doelstellingen genereren doorbrekende oplossingen. Streven naar het terugbrengen van (bijvoorbeeld) de onderzoekstijd van 3 maanden naar 1 dag stimuleert anders denken en anders organiseren.

4. Geef professionals ruimte én verantwoordelijkheid

Het zijn de professionals die innoveren en experimenteren met de herinrichting van het eigen werkproces; het management faciliteert.

5. Grootse doelen, kleine stapjes

Begin op kleine schaal te experimenteren. Pas verbeteringen daarna op grotere aantallen cliënten toe.

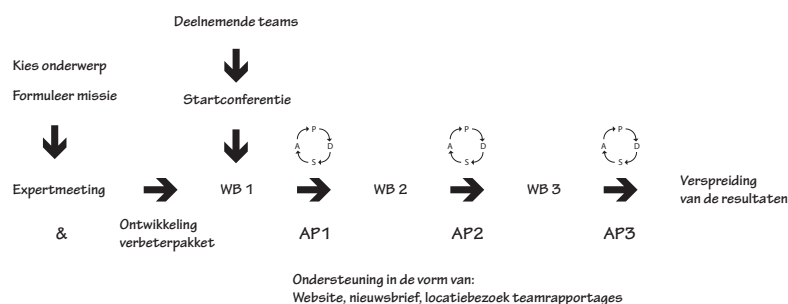
2. De uitvoering

Een Doorbraakproject start met het bepalen van een doelstelling, bijvoorbeeld het drastisch terugbrengen van de wacht- en doorlooptijden binnen geestelijke gezondheidszorg.

Vervolgens worden organisaties opgeroepen om deel te nemen. Deelnemende organisaties stellen een multidisciplinair Doorbraakteam samen. Dit team vervult binnen de instelling een pioniersfunctie. Door hen beproefde verbeteringen worden daarna binnen de instelling verspreid.

De uitvoering van een Doorbraakproject bevat de volgende stappen:

Stappen in een Doorbraakproject



Een expertteam, dat bestaat uit deskundigen en wetenschappers, zoekt succesvolle praktijkvoorbeelden en stelt daarmee een verbeterpakket samen: een verzameling van kennis, goede voorbeelden en verbeterideeën.

Tijdens het Doorbraakproject vormen de deelnemende teams uit de verschillende instellingen een samenwerkingsverband. Onderlinge informatie- en ervaringsuitwisseling vormen daarbij een essentieel onderdeel. De teams ontmoeten elkaar tijdens de startconferentie en de drie daaropvolgende werkbijeenkomsten. Deze bijeenkomsten zijn gericht op de uitwisseling van opgedane ervaringen, het aanleren van vaardigheden om veranderingen in te voeren plus het creëren van een lerend netwerk. Daarnaast komen specifieke inhoudelijke onderwerpen aan de orde die op dat moment relevant zijn voor de teams. Experts geven tijdens de werkconferenties presentaties of workshops over deze onderwerpen.

Tussen de conferenties door zijn er de zogenaamde actieperiodes (AP). Daarin worden verbeteringen doorgevoerd en de eerste resultaten bereikt. Via een website worden kennis en ervaringen, plannen en goede voorbeelden uitgewisseld.

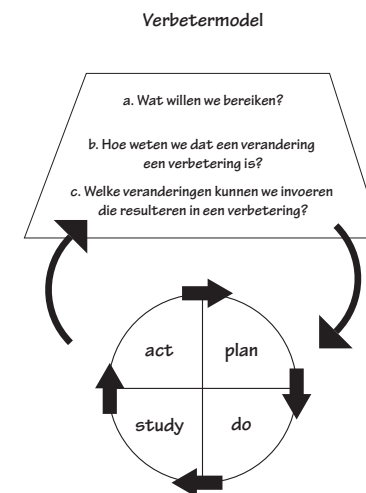
Het gehele project wordt ondersteund door een landelijk implementatieteam met adviseurs die zijn geschoold in de Doorbraakmethode.

3. Het verbetermodel

Als onderdeel van de Doorbraakmethode krijgen de teams een eenvoudig en handzaam verbetermodel aangereikt: het Nolanmodel (Langley, 1996). Dit is een hulpmiddel bij het invoeren van veranderingen. Het model geeft houvast om doelen en vorderingen concreet te maken en met elkaar te bewaken.

Het Nolanmodel bestaat uit twee delen:

1. Een set van drie vragen:
 - Wat willen we bereiken?
 - Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?
 - Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering?
2. De plan-do-study-act cyclus (PDSA-cyclus)



3.1 De drie Nolan-vragen

Wat willen we bereiken?

De hoofddoelstelling is het verkorten van de toegangs- en doorlooptijden binnen de geestelijke gezondheidszorg.

De deelnemende teams stellen in de startfase vast wat hun eigen SMART-doelstelling is. Waarbij SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Appellerend, Resultaatgericht en Tijdgebonden.

Bijvoorbeeld:

- *De toegangstijd voor nieuwe cliënten is maximaal 1 week.*
- *Het stellen van de diagnose ADHD duurt maximaal 14 dagen en 2 polikliniekbezoeken.*
- *Binnen 10 dagen na het starten van het onderzoek wordt met een eerste behandeling gestart.*
- *De totale doorlooptijd van onderzoek en behandeling is maximaal 10 maanden.*

Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?

Door resultaten te meten en deze af te zetten tegen het doel wordt zichtbaar of een verandering daadwerkelijk een verbetering is. Een belangrijk uitgangspunt bij meten is 'keep it short & simple' (KISS). Verzamel alleen die informatie waar je ook daadwerkelijk wat mee gaat doen.

De metingen zijn bedoeld om verbeteringen aan te tonen. De ervaring leert dat metingen in de startfase ook een bewustwordingsproces bij teams op gang brengen:

“Hoe is het mogelijk dat wij 25 weken over een onderzoek doen terwijl de feitelijke arbeidsuren die we in het onderzoek steken gemiddeld 25 uur bedragen?! Dat accepteren we niet langer, daar gaan we wat aan doen.”

Daarnaast is het de bedoeling dat de resultaten die de metingen te zien geven de teams stimuleren om zich te blijven inspannen om de beoogde doelstelling te realiseren.

Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering?

Bij deze derde vraag buigen teams zich over mogelijke veranderingen die kunnen leiden tot het bereiken van het geformuleerde doel. Teams kunnen daarbij putten uit de wetenschappelijke inzichten, ervaringen en praktijkvoorbeelden uit een verbeterpakket.

Onmisbare succesfactor is dat de teams deze inzichten combineren met hun eigen kennis, ervaring en creativiteit.

3.2 De PDSA-cyclus

Het tweede onderdeel van het model van Nolan is de 'rapid cycle improvement' of te wel het kort cyclisch verbeteren. Dit betekent dat de teams veranderingen eerst op kleine schaal uit proberen. Bijvoorbeeld door de nieuwe werkwijze eerst uit te laten voeren door een of twee behandelaars en bij slechts enkele cliënten.

De ervaringen die men hierbij opdoet, gebruikt het team om de verandering – zonodig – bij te stellen (= eerste PDSA cyclus).

Vervolgens passen de teamleden de bijgestelde verandering toe bij bijvoorbeeld vijf of tien cliënten. Ook nu weer evalueert het Doorbraakteam het proces en het geboekte resultaat (= tweede PDSA-cyclus).

Dit gebeurt net zo lang totdat het team het idee heeft dat de verandering klaar is voor gebruik.

Een Doorbraakteam kan tegelijkertijd aan meerdere kleine en grote veranderingen werken. Een mooie manier om dit te bewerkstelligen is dat ieder teamlid één verbeteridee onder de arm neemt om mee te experimenteren. Ook collega's buiten het Doorbraakteam kunnen worden betrokken bij het experimenteren met veranderingen.

4. Toepassing binnen de eigen organisatie

4.1 Intern Doorbraakproject

De kennis en de praktijkvoorbeelden die in deze praktijkgids bijeen zijn gebracht leiden niet vanzelf tot verkorting van wachttijden en optimalisering van de duur van de zorgprocessen. De macht der gewoonte is sterk, zonder extra impuls lukt het professionals niet om ingesleten werkwijzen te doorbreken. Ook is het zo dat succesvolle werkwijzen uit de ene instelling zich niet zo maar laten kopiëren naar een andere plek. Instellingen kunnen elementen uit de Doorbraakmethode gebruiken bij de toepassing van de kennis en voorbeelden binnen hun eigen praktijk. Hieronder enkele suggesties:

Voorbereidingen

“Think big act small”: formuleer een grote ambitie, zoek vervolgens naar wegen om op kleinere schaal successen te boeken. Hulpmiddelen hierbij

kunnen zijn:

- Formuleer een ambitieuze doelstelling.
- Maak het doel concreet en meetbaar: beschrijf hoe de situatie er voor cliënten, na het behalen van de doelstelling, uitziet.

Breng fasering aan:

- Kies zorgvuldig met welke teams of afdelingen wordt gestart. Begin met enthousiaste teams op plekken waar veel winst te boeken is.
- Baken de doelstelling af: welke doelgroep(en) en welke fase(n) in het zorgproces pakken we als eerste aan?

Aan de slag met meerdere teams

Het biedt voordelen om met meerdere teams tegelijk aan de slag te gaan. Net als in een landelijk Doorbraakproject kunnen dan gezamenlijke werkbijeenkomsten worden georganiseerd. Tijdens die bijeenkomsten wordt kennis overgedragen en ervaringen uitgewisseld. Ook kan een stimulerend competitie element worden ingebouwd door de teams hun eigen verbeteringen te laten presenteren.

Werkbijeenkomsten en actieperioden

Het interne project zou kunnen bestaan uit vier werkbijeenkomsten met daartussen actieperioden waarin de teams hun verbeteringen uitproberen.

Elementen voor een startconferentie

- Presentatie van de Doorbraakmethode en het verbetermodel (PDSA).
- Presentatie van kennis en praktijkvoorbeelden ter inspiratie.
- Presentatie teams: de teams voeren tevoren een nulmeting uit en krijgen gelegenheid hun vertrekpunt én hun ambities te presenteren.
- Eerste analyse van werkprocessen: de teams krijgen instructie om hun huidige werkproces in kaart te brengen. Op een groot vel papier geven zij aan welke stappen er worden gezet in de fase van het zorgproces dat zij willen optimaliseren. Bijvoorbeeld alle stappen vanaf het moment van aanmelding tot aan het eerste gesprek. Wie doet wat? (telefoniste, secretariaat, intaker, testassistenten, psychiater etc.) Hoeveel tijd kosten de activiteiten? (in minuten en uren) en hoe lang duurt deze fase al met al? (in dagen of weken).
- De teams formuleren hun eerste verbeterideeën en verbeteracties.

Na de startconferentie:

- Ronden de teamleden de analyse van hun werkproces af
- Stellen teamleden een beknopt plan van aanpak op (doelen, wie doet

wat, tijdspad en overlegmomenten)

- Stellen teamleden een eenvoudig meetplan op: op welke wijze meten zij de resultaten.
- Maken zij afspraken over verbeteracties voor de komende periode. De kennis en praktijkvoorbeelden uit dit handboek kunnen daarbij als inspiratiebron dienen.
- Voeren teamleden experimenten uit met behulp van de PDSA-cyclus (zie 3.2)

Twee werkbijeenkomsten

Ongeveer drie tot vier maanden en zes tot acht maanden na de startconferentie worden twee werkbijeenkomsten ingepland. Tijdens deze werkbijeenkomsten presenteren de teams hun verbeteracties en resultaten. Het programma van de werkbijeenkomsten wordt op maat gemaakt: afhankelijk van de vragen van de teams en de dingen waar ze tegen aanlopen. Tussen de bijeenkomsten door werken de teams verder aan hun verbeteringen.

Slotbijeenkomst

Ongeveer een jaar na de start van het interne Doorbraakproject presenteren de teams hun resultaten aan de instelling. Dit kan tevens de opmaat zijn voor een bredere verspreiding van de verbeteringen.

4.2 Van project naar verbetercultuur

Een succesvol Doorbraakproject levert niet alleen een doorbrekend resultaat op in de vorm van bijvoorbeeld een drastische afname van de wachttijden. Opvallend is telkens weer het positieve effect op de deelnemende teams. Teams die hebben ervaren hoe ze zelf de zorg kunnen verbeteren en gemotiveerd zijn om volgende stappen te zetten.

Het borgen van beide soorten resultaat is een kunst apart en verdient al vanaf de start van het project de volle aandacht.

Enkele tips voor het borgen van de verbeterde werkprocessen:

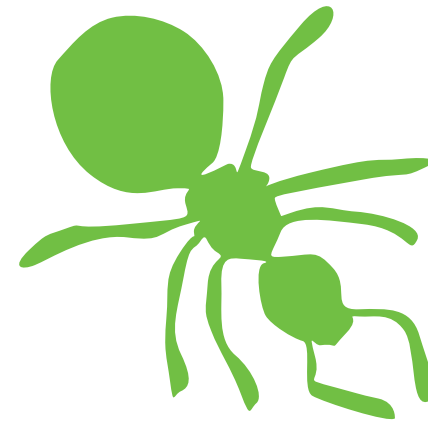
- Beschrijf de nieuwe werkwijze en veranker de wijzigingen binnen de bestaande werkprocessen. Denk bijvoorbeeld ook aan verankering binnen dossiervorming, registratiesystemen, agendasystemen ed.
- Blijf de resultaten monitoren
- Zoek naar verankering binnen de planning en control cyclus en/of organiseer interne audits.

Minstens zo belangrijk als het borgen van de “harde” resultaten is echter de opdracht om professionals te stimuleren om te blijven verbeteren. Hoe te zorgen dat het verbeteren van zorg de projectstatus ontstijgt en onderdeel wordt van het gewone werk? Dat vraagt om een cultuuromslag.

Deel 4 van deze praktijkgids is geheel gewijd aan het verankeren en verspreiden van behaalde resultaten, inclusief cultuurveranderingen.

Literatuur

L. Schouten en M. Minkman (2007), De Doorbraakmethode; (in: Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg) van Gorcum, Assen 2007.



Kennis over Slimmer Organiseren

Nationaal en internationaal is de afgelopen jaren veel kennis en ervaring opgedaan met het klantvriendelijk en efficiënt inrichten van zorgprocessen. In dit deel is de beschikbare kennis over het slimmer organiseren van de (geestelijke) gezondheidszorg bijeengebracht en geordend in vier hoofdstukken:

1. De toepassing van logistieke principes
2. Het optimaliseren van screening en onderzoek
3. Het optimaliseren van de behandelduur
4. Zorgpaden in de GGZ (een bijdrage van Tom Joosten)

1. De toepassing van logistieke principes

De hier beschreven zeven logistieke principes bieden teams handvaten om hun eigen werkproces klantvriendelijk en efficiënt in te richten. Met efficiënt wordt hier bedoeld dat de werkprocessen zo zijn ingericht dat professionals hun tijd maximaal kunnen besteden aan cliëntcontacten.

Elke afdeling binnen een organisatie is uniek in cliëntenpopulatie, werksoort, omvang, werkgebied en medewerkers. Er is dan ook geen standaard stappenplan dat door alle teams of afdelingen doorlopen kan worden om verhoging van toegangs- en doorlooptijden te verkrijgen. Wel is er een aantal principes werkzaam gebleken die vertaald kunnen worden naar de eigen afdeling of team. In dit hoofdstuk beschrijven wij zeven principes met voorbeelden voor toepassing in de praktijk.

Zeven logistieke principes

1. Stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod
2. Uitstel = meerwerk: doe het werk van vandaag vandaag
3. Minimaliseer het aantal wachtrijen
4. Optimaliseer het aantal consulten per cliënt
5. Optimaliseer het aantal cliënten per hulpverlener
6. Anticipeer op fluctuaties in vraag en aanbod
7. 100% bezetting kan niet zonder onaanvaardbaar lange wachtlijsten

1.1 Stabiele wachttijd duidt op evenwicht tussen vraag en aanbod

Indien er sprake is van een stabiele wachttijd (bijv gedurende een jaar altijd een wachttijd van ongeveer drie maanden) dan duidt dit op een evenwicht tussen vraag en aanbod. Evenwicht tussen vraag en aanbod betekent dat er géén sprake is van een tekort aan capaciteit. Indien de toegangstijd gestaag oploopt is de kans groot dat er wel sprake is van een capaciteitsprobleem.

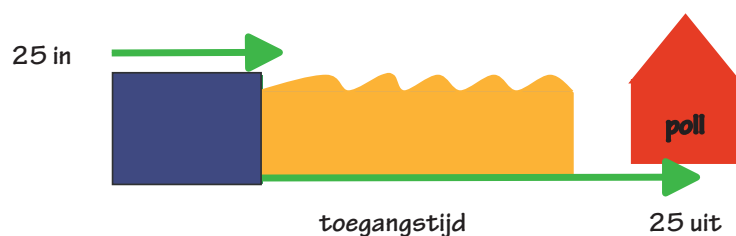
De toegangstijd is feitelijk het aantal pagina's in de agenda die omgeslagen moeten worden voordat een vrije plek gevonden wordt voor de eerste

mier symbool van de
ijver, orde, vooruitzien
en onvermoebare
dienstbaarheid, maar
ook van succesvolle
samenwerking

afpraak of de plaatsing op een groep. Indien die periode ongeveer hetzelfde is als enkele maanden geleden, bijvoorbeeld vier weken, zes weken of twee maanden, dan is er geen capaciteitsprobleem. Wel zijn we dan consequent vier weken, zes weken of twee maanden te laat. In principe betekent dit dat het aantal cliënten dat wekelijks of maandelijks wordt aangemeld (de vraag) evenveel is als het aantal cliënten dat per week of maand kan starten met de zorg (het aanbod). De toegangstijd zou immers gestaag moeten oplopen als het aantal cliënten dat wordt aangemeld telkens groter zou zijn.

Een stuwmeer van wachtenden...

De afdeling is het dorp in de vallei waar de rivier vanuit het stuwmeer doorheen stroomt. De dorpsbewoners zien elke dag de dam waarachter het stuwmeer grote druk uitoefent. Er is vaak veel energie en onderhandeling nodig om te zorgen dat het stuwmeer rustig blijft. Enkele voorbeelden: telefoontjes van ongeruste ouders en verwijzers beantwoorden, overleggen of een kind toch eerder geplaatst kan worden, de wachtlijst beheren, een extra intake inplannen, de lunchpauze opgeven...



Toch stroomt de rivier een eind stroomopwaarts het stuwmeer even snel in als aan de andere kant het water uit het stuwmeer richting het dorp stroomt. Als de rivier sneller zou instromen zou het waterpeil namelijk telkens verder stijgen tot het overstroomt. In werkelijkheid is het peil vrij stabiel, op wat dagelijkse bewegingen na.

Met andere woorden: als je de dam beheerst tijdelijk verder open stelt tot het stuwmeer leeg is, stroomt de rivier vervolgens uit zichzelf op dezelfde snelheid door het dorp als ervoor, maar dan zonder wachttijd.

Toename van de vraag door afname toegangstijd...

Op het moment dat de toegangstijden hoog zijn kan een verborgen vraag ontstaan. Cliënten willen niet meer zo lang wachten op een afspraak. Hun zorgvraag wordt dan niet of op een andere wijze beantwoord. Deze verborgen vraag kan zichtbaar worden op het moment dat het stuwmeer leeg is. De vraag kan ook toenemen doordat, tengevolge van het verdwijnen van toegangstijden, een aanzuigende werking ontstaat. Cliënten en verwijzers in de regio kiezen voor de instelling met de kortste toegangstijden. Op het moment dat de vraag toeneemt, kunnen de toegangstijden meteen weer oplopen.

Het is van belang om te anticiperen op deze mogelijke toename van de vraag. Deze toename kan tot op zekere hoogte worden opgevangen door capaciteitswinst als gevolg van efficiëntere werkprocessen. Mogelijk is het noodzakelijk dat de capaciteit structureel wordt uitgebreid.

1.2 Uitstel = meerwerk: doe het werk van vandaag vandaag

Het principe "Uitstel = Meerwerk" is van toepassing op velerlei werkzaamheden die we dagelijks uitvoeren. Het hebben van een stabiele wachttijd staat gelijk aan het structureel uitstellen van werkzaamheden. Dit uitstellen levert veel meerwerk op: het hebben van wachtlijsten kost tijd en geld.

Twee praktische voorbeelden van "uitstel = meerwerk" in dagelijkse werkzaamheden:

- Het schrijven van een verslag direct na afloop van een gesprek kost minder tijd dan enkele dagen (of weken) later. De informatie ligt immers nog vers in het geheugen.
- In drukke tijden passen we "triage" toe op onze mailbox. We checken de mails vluchtig op urgentie. Handelen de urgente af en stellen de rest uit tot rustiger tijden. Gevolg: vele e-mails hebben we al diverse keren gelezen voordat we ze afhandelen.

Het hebben van wachtlijsten levert veel meerwerk op. Het beheren van wachtlijsten en het overleg daarover kost tijd. Zo ook de vele telefoontjes van verwijzers die vragen of er nog wat gebeurt en van cliënten of bezorgde ouders die druk uitoefenen om eerder terecht te kunnen.

Eén van de gevolgen van een lange toegangstijd is dat een inschatting gemaakt wordt van de urgentie van binnenkomende cliënten: Welke vragen zijn (zeer) urgent en welke cliënten kunnen wat langer wachten op hulp? Wat in een dergelijk systeem gebeurt illustreren we hierna:

Wachttijstbeheer kost zeeën van tijd

In een ziekenhuis was een aparte afdeling die als enige activiteit het uittypen van brieven kende. Deze afdeling had altijd een grote hoeveelheid gedicteerde brieven klaarliggen om uit te typen. Om er zeker van te zijn dat urgente brieven snel genoeg klaar zouden zijn, waren vijf urgentiecategorieën afgesproken: brieven die vandaag of binnen één of twee of drie of vier weken af moesten zijn.

Onderzocht is hoeveel procent van elke categorie wekelijks aangevraagd werd en hoeveel er wekelijks werden getypt. Hieruit ontstond het volgende beeld:

Urgentie	Aangevraagd per week (vraag)	Daadwerkelijk per week (aanbod)
1 dag	5%	5%
1 week	15%	15%
2 weken	20%	20%
3 weken	50%	50%
4 weken	10%	10%

Wat valt op in de tabel?

Vraag en aanbod zijn perfect afgestemd!

Alleen wordt 95% consequent niet op dezelfde dag maar één, twee, drie of vier weken later uitgewerkt...

Vervolgens is onderzocht waar medewerkers, behalve het uittypen, hun tijd aan besteedden. 15% van de tijd bleek te gaan zitten in het bepalen van de urgentie, het plannen, het veranderen van de urgentiecategorie en alle discussie om deze zaken. Besloten werd om voortaan alle brieven binnen één dag uit te typen, ongeacht de (oude) urgentiecategorie.

Dit leverde niet alleen veel verraste gezichten van artsen en ander personeel op én 15% efficiencywinst, maar ook een stimulans voor en verbeterde motivatie bij de typistes.

In de oude situatie werd vandaag beschermd door zoveel mogelijk werk naar morgen door te schuiven. In de nieuwe situatie wordt morgen beschermd door al het werk van vandaag ook daadwerkelijk vandaag te doen.

Hoeveel tijd een zorgverlener per week kwijt is ten gevolge van het hebben van wachtlijsten is in de GGZ nooit onderzocht. Specialisten uit ziekenhuizen geven echter aan dat dit kan oplopen tot tientallen procenten.

Het principe doe het werk van vandaag vandaag kan ook vertaald worden naar doe het werk van deze week deze week. Wat de minimale toegangstijd is om nog efficiënt te kunnen werken is afhankelijk van de fluctuaties in de vraag. Hoe stabiel de vraag (het aantal cliënten dat per dag wordt aangemeld) hoe korter de toegangstijd kan zijn.

1.3 Minimaliseer het aantal wachtrijen

Met minder wachtrijen wordt de wet van de grote aantallen benut en kan met een kortere toegangstijd worden volstaan zonder efficiency verlies. Binnen de GGZ bestaan er drie soorten wachten:

Wachten op het eerste gesprek

Indien deze toegangstijd hoog is passen een aantal instellingen triage toe: cliënten krijgen een urgentiebepaling en komen als gevolg daarvan in verschillende wachtrijen (bijvoorbeeld: zeer urgent, urgent, midden, standaard).

Wachten op een diagnostisch onderzoek

Binnen diverse instellingen blijken wachtrijen te bestaan voor verschillende vormen van psychodiagnostisch onderzoek: een wachtrij voor specifiek ontwikkelings-anamnestic onderzoek, een wachtrij voor intelligentieonderzoek, een wachtrij voor persoonlijkheidsonderzoek, een wachtrij voor psychiatrisch onderzoek, etcetera.

Wachten op een specifieke vorm van zorg

Vrijwel alle instellingen kennen verschillende wachtrijen voor verschillende vormen van zorg: bijvoorbeeld een wachtrij voor sociale vaardigheidstraining, een wachtrij voor creatieve therapie, een wachtrij voor homtetraining en een wachtrij voor ouderbegeleiding.

Het minimaliseren van het aantal wachtrijen is belangrijk omdat:

- Een groter aantal wachtrijen de complexiteit vergroot: het kost veel tijd en energie om het systeem te beheersen.
- Meer wachtrijen betekent dat het aantal cliënten per wachtrij afneemt. De wachtrij wordt daardoor gevoeliger voor fluctuaties en heeft een grotere buffer nodig om efficiency verlies te voorkomen.

1.4 Optimaliseer het aantal consulten per cliënt

Door de vraag te verminderen komt er capaciteit vrij om meer cliënten tijdig te kunnen helpen. De vraag wordt omlaag gebracht door het aantal consulten per cliënt terug te brengen.

Het procentueel grootste deel van de vraag wordt 'veroorzaakt' door de hulpverlener die de cliënt vertelt dat hij een nieuwe afspraak moet maken. Dit komt tot uiting in twee indicatoren:

- Het aantal contacten dat nodig voor het stellen van de diagnose
- Het aantal contacten dat nodig is voor de behandeling

Het minimaliseren van het aantal consulten (zonder kwaliteitsverlies!) creëert ruimte om meer nieuwe cliënten te kunnen zien. Het reduceren van de herhaalfactor kan vooral door:

- Het kritisch evalueren van de onderzoeksfase: wanneer weten we genoeg om de juiste behandeling te kunnen starten? Kan deze fase in minder consulten worden afgerond?
- Het kritisch evalueren van de behandelfase: wanneer is het goed genoeg en kan de behandeling worden afgerond? Kan afronding worden versneld door nazorg en controle aan andere disciplines over te laten, bijvoorbeeld de huisarts?
- Cliënten alleen terug te laten komen bij klachten in plaats van routineus ter controle (alleen indien de aandoeningen en de omstandigheden dit toelaten).
- Het invoeren van consulten per e-mail of per telefoon.
- Het interval te verlengen voor consulten bij chronische aandoeningen.

Dergelijke veranderingen werken alleen in combinatie met een korte toegangstijd: de cliënt moet snel terecht kunnen als er een werkelijke zorgbehoefte is, ook zonder urgentieclassificatie.

Een andere vorm van het beïnvloeden van de vraag is het verbeteren van verwijzingen. Hier kan soms veel winst mee behaald worden.

1.5 Optimaliseer het aantal cliënten per zorgverlener

Door het aanbod te vergroten kunnen meer cliënten worden geholpen. Het aanbod kan worden beïnvloed zonder de capaciteit te vergroten. Dit gebeurt door het optimaliseren van het aantal cliënten per zorgverlener.

Met een zelfde capaciteit aan hulpverleners meer zorg bieden kan door:

- Taakverschuiving: bekijk kritisch wie welke taken nu uitvoert en of taken ook door anderen kunnen worden uitgevoerd. In de praktijk blijkt dat het secretariaat hulpverleners veel werk uit handen kan nemen, hulpverleners krijgen daardoor meer ruimte voor hun inhoudelijke werkzaamheden. Een efficiëntere inzet van de psychiater is een andere mogelijkheid om het aantal cliënten, dat met gelijke capaciteit geholpen kan worden, te vergroten.
- Het volledig benutten van de capaciteit. Zelfs in drukke tijden blijkt vaak toch nog enige onbenutte capaciteit te zijn, als je er maar goed naar kijkt.
- Meer telefonische contacten benutten, ook e-mail of groepsconsulten kunnen worden ingevoerd.
- Verstoringen tijdens de contacten verminderen.
- Het verminderen van het aantal cliënten dat niet op een afspraak komt opdagen, de zogeheten 'no shows'. De no shows worden in de dagelijkse praktijk vaak als plezierig ervaren omdat het even lucht geeft in de drukke dag en dat er onverwacht tijd vrijkomt om achterstallige administratie te doen en verslagen te maken. Maar voor elk contact is wel tijd besteed aan het voorbereiden ervan. Voor niets. Bovendien moet in de regel een nieuwe afspraak gepland worden, wat dubbel werk betekent. En uiteindelijk levert het een nieuwe afspraak op, op een andere drukke dag...

Het optimaliseren van het aantal cliënten per hulpverlener betekent echter niet dat de caseload moet worden verhoogd. Vaak kan zelfs het tegendeel worden aangeraden: met een lage caseload is het beter mogelijk om het werk van vandaag ook vandaag te doen. Ook is het mogelijk om afspraken met een cliënt kort achter elkaar in te plannen. De doorlooptijd per cliënt kan met een lagere caseload vaak aanmerkelijk worden bekort terwijl de zorgverlener op jaarbasis toch evenveel cliënten kan behandelen.

1.6 Anticipeer op fluctuaties in vraag en aanbod

Hoe korter de toegangstijd, hoe belangrijker het slim afstemmen van vraag en aanbod wordt. Fluctuaties in het aanbod moeten zoveel mogelijk worden beperkt, tegelijkertijd moet worden geanticipeerd op te verwachten fluctuaties in de vraag.

Wachlijsten zijn functioneel als buffers die fluctuaties opvangen: fluctuaties

in vraag (aantal cliënten dat per dag/week/maand wordt aangemeld), maar zeker ook de fluctuatie in aanbod (het aantal open plaatsen per dag/week/maand). De ideale lengte van de buffer wordt bepaald door:

De mate van fluctuatie in vraag en aanbod;

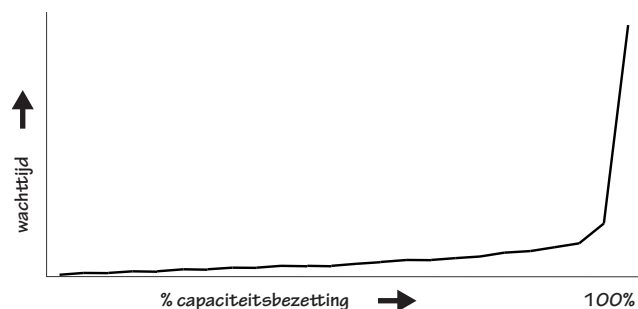
- de mate waarin op de fluctuatie in vraag geanticipeerd kan worden;
- de mate waarin flexibel op fluctuatie gereageerd kan worden.

Fluctuatie in vraag kan in enige mate beïnvloed worden, bijvoorbeeld door het goed inplannen van structureel drukke periodes (van bepaalde werksoorten is bekend dat de vraag toeneemt in december en rond de zomervakantie).

Fluctuatie in aanbod is gemakkelijker te beïnvloeden. Eén oorzaak van deze fluctuatie is het om uiteenlopende redenen verzetten van afspraken met cliënten door de ambulante hulpverleners. Een hulpmiddel om deze fluctuatie te verminderen is om af te spreken dat afspraken met cliënten in principe niet of uiterlijk 6 tot 8 weken te voren mogen worden afgezegd. Een ander voorbeeld is het afstemmen van vakanties op voorspelbare vraagfluctuaties. Zo zouden parttimers in drukke perioden extra uren kunnen werken, in rustige tijden (schoolvakanties bijvoorbeeld) kunnen zij dan extra vrije dagen opnemen.

1.7 100% bezetting kan niet zonder lange wachtlijsten

Eén van de belangrijkste logistieke inzichten voor het afstemmen van vraag en aanbod is dat 100% capaciteitsbezetting onmogelijk is zonder het accepteren van lange toegangstijden.



Relatie tussen bezettingspercentage en gemiddelde wachttijd bij één wachtrij. (oratie van Van Merode 2002).

Een mogelijke actie die op basis van deze notie genomen kan worden is het structureel iets hoger plannen van het aanbod dan de gemiddelde vraag. Tegelijkertijd ervoor zorg dragen dat in periodes van lagere vraag de overige tijd goed besteed kan worden, of dat mensen op die momenten minder uren werken.

Praktisch is bijvoorbeeld de tijdelijke inzet van een extra bed (of stoel in dagbehandeling) in de periode dat de ene cliënt aan het afbouwen is, terwijl een nieuwe cliënt juist opbouwt. In die periode kunnen groepswerkers wat extra uren inzetten. Deze extra uren worden rustige tijden gecompenseerd (bijvoorbeeld in weekenden en vakanties).

2. Het optimaliseren van screening en onderzoek

Screening en onderzoek zijn middelen om hulpvragen en zorgaanbod zo doelmatig mogelijk op elkaar af te stemmen. Hoe kunnen we deze hulpmiddelen zo effectief en efficiënt mogelijk inzetten? Zowel zorglogistieke als zorginhoudelijke overwegingen spelen hierin een rol. De puur zorglogistieke principes die samenhangen met een goede doorloop en geringe wachttijd voor screening en onderzoek staan in het vorige hoofdstuk beschreven. Hieronder behandelen we zeven meer inhoudelijk georiënteerde aanbevelingen voor de optimalisering van screening en onderzoek:

1. Laat goed opgeleide en ervaren hulpverleners screenen
2. Organiseer onderzoek getrapt van eenvoudig tot complex
3. Gebruik onderzoeksvragen die samen met cliënt zijn opgesteld
4. Onderzoek eerst dat wat strikt nodig is om behandeling te kunnen starten
5. Standaardiseer het onderzoek en gebruik valide en betrouwbare instrumenten
6. Standaardiseer de verslaglegging door met vaste rubrieken te werken, schrijf voor je cliënt
7. Formuleer eindconclusies en advies pas na inbreng van cliënt

2.1 Laat goed opgeleide en ervaren hulpverleners screenen

Bij een inhoudelijke screening gaat het om de vraag of de instelling of afdeling in staat is antwoord te geven op de vragen van de cliënt; is de

cliënt aan het juiste adres? Het gaat om een snelle beoordeling aan de voordeur op basis van voorhanden informatie met een voor de instelling aanvaardbare accuratesse. Dit vraagt om een inschatting van de problematiek van de aangemelde cliënt, een goede kennis van de verschillende mogelijkheden van het zorgaanbod van de instelling, en de vraag of en hoe die twee effectief op elkaar te passen zijn. Bijkomende vragen zijn die over veiligheid, beroepsethiek, gevolgen van een eventuele wachttijd en de match met specifieke hulpverleners.

De screener heeft dus niet alleen verstand van problemen en hulpvragen van cliënten en cliëntsystemen, maar evengoed van de werkzaamheid van het zorgaanbod voor bepaalde doelgroepen (evidence) en van de affiniteiten van specifieke hulpverleners. De screener wordt daarbij erg geholpen door kwalitatief goede informatie die bij de aanmelding wordt aangeleverd. Gezien de snelheid waarmee de screening plaatsheeft, is het van belang te investeren in goede (gestandaardiseerde) informatie bij aanmelding, korte gestandaardiseerde procedures en eventuele checklists die te gebruiken zijn om de besluitvorming te ondersteunen.

Hoewel de tijd die voor screening wordt uitgetrokken kort is, is de complexiteit van het proces van screening groot. Dat vraagt om ervaren en goed opgeleide hulpverleners aan de voordeur. De praktijk leert dat zij beter in staat zijn inschattingen te maken op basis van hun kennis en ervaring. Ook zullen zij daarin vanzelfsprekend wat meer durf aan de dag leggen dan beginnende hulpverleners. Het komt de kwaliteit en de snelheid van de besluitvorming ten goede.

2.2 Organiseer onderzoek getrapt van eenvoudig tot complex

We zijn inmiddels goed bekend met de voordelen van het getrapt organiseren van de zorg, de zogenaamde stepped care. Meer onderzoek leidt niet automatisch tot betere zorg. Dus ook voor het onderzoek als onderdeel van die zorg, geldt dat deze het beste getrapt georganiseerd kan worden (Kamphuis, 2011). Aan de ene kant van het spectrum staan de simpele enkelvoudige vragen, waarvoor weinig informatie nodig is om antwoorden te formuleren en verantwoorde beslissingen te nemen. Aan de andere kant bevinden zich de ingewikkelde complexe vragen waarvoor veel informatie nodig is om die te beantwoorden en om moeilijke beslissingen te kunnen nemen.

Het is daarbij ook van belang aan te sluiten bij richtlijnen die voor onderzoek en behandeling van bepaalde doelgroepen zijn geformuleerd. Daarin is meestal ook een hiërarchie te vinden van onderzoek dat minimaal uitgevoerd moet worden om tot een diagnose te komen, en optioneel aan-

vullend onderzoek dat daarin een eventuele verdieping kan aanbrengen, indien noodzakelijk.

2.3 Gebruik onderzoeksvragen die samen met cliënt zijn opgesteld

De opvatting dat de cliënt bij uitstek de deskundige is van zijn probleem en de onderzoeker de expert van zijn onderzoek, is niet nieuw. De aanvaarding daarvan betekent dat de cliënt een grote rol krijgt toebedeeld bij de formulering van de vragen waarvoor het onderzoek nodig is. Er zijn sterke aanwijzingen dat een onderzoek op maat, op basis van de vragen van cliënten zelf, positief bijdraagt aan het resultaat van de daarmee samenhangende behandeling (Kamphuis, 2011). Het geeft de grootste kans dat een cliënt ook werkelijk iets aan het onderzoek heeft. Eigenlijk wordt onderzoek daardoor een effectief onderdeel van de behandeling zelf. Door vragen van de cliënt als uitgangspunt voor het onderzoek te nemen wordt deze geactiveerd en dat maakt de cliënt zelf tot werkzame factor in de behandeling (Van Yperen e.a. 2010). Bovendien wees Shapiro (1991) op het belang van het bevorderen van de nieuwsgierigheid, bijvoorbeeld van ouders in wat hun kinderen beweegt, en daarmee van het herstel van compassie, als een belangrijke dynamiek in een geslaagde behandeling. Een onderzoek bij een kind waar ouders direct bij betrokken zijn, kan zo'n functie erg goed vervullen.

2.4 Onderzoek eerst dat wat strikt nodig is om behandeling te kunnen starten

Veel onderzoek wordt aangevraagd omdat behandelaars het nodig vinden om een precieze diagnose vast te kunnen stellen voordat de behandeling start. Zonder de belangrijke rol van een diagnose in de keuze van behandelingsstrategieën te willen bagatelliseren, zou het goed zijn om het besluit om te starten met behandelen wat vaker te nemen op basis van de voorliggende hulpvragen van cliënten. En die hulpvragen hebben bijvoorbeeld vaak meer te maken met hoe om te gaan met een druk en afgeleid kind dan met het vaststellen van de diagnose ADHD.

Bovendien leer je cliënten tijdens de behandeling beter kennen, waardoor veel antwoorden op in aanvang gestelde diagnostische vragen gedurende de behandeling duidelijk worden. Het behandelcontact kan er ook toe leiden dat nieuwe aanvullende onderzoeksvragen naar boven komen, die op dat moment een specifiek daarop gericht onderzoek noodzakelijk maken. Het is goed als onderzoek handelingsgericht (Pameijer, 2004) wordt vormgegeven en daarmee volledig ten dienste staat van een betere zorg.

2.5 Standaardiseer waar mogelijk en gebruik valide en betrouwbare instrumenten

Stel vast welke onderzoeken je in ieder geval bij welke doelgroepen of welke vraagstellingen wilt uitvoeren. Organiseer dit onderzoek ook goed. Wie doet wat, hoe, waarom en wanneer? Organiseer verschillende onderzoeken aansluitend en in samenhang zodat er niet voor ieder deelonderzoek een aparte afspraak gemaakt hoeft te worden bij een onderzoeker. Enige mate van standaardisatie van het in te zetten onderzoeksinstrumentarium vindt plaats door de selectie daarvan in de testbibliotheek van de instelling. Als het goed is, is die selectie een weerspiegeling van voorkeuren en affiniteiten op basis van de ervaring van de onderzoekers, COTAN beoordelingen, bruikbaarheid van het instrument, specifieke doelgroepen van de instelling, etc. Aanwijzingen voor het goed uitvoeren van onderzoek zijn bijvoorbeeld terug te vinden in de verschillende richtlijnen voor professionals in de GGZ en in de Algemene Standaard Testgebruik 2010 van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Voor het methodisch uitvoeren van onderzoek volgens handelingsgerichte diagnostiek is een handzaam format beschikbaar¹.

2.6 Standaardiseer de verslaglegging door met vaste rubrieken te werken, schrijf voor je cliënt

Er kan erg veel tijd gaan zitten in de verslaglegging als dat iedere keer als een nieuw creatief proces wordt opgevat. Lange verslagen kosten twee keer te veel tijd: om te schrijven en om te bespreken. Het helpt om een vaste structuur aan te houden voor de verslaglegging en sjablonen te ontwikkelen of over te nemen voor de verslaglegging over de verschillende testonderdelen. Dat kan veel tijd besparen. Een goed voorbeeld van zo'n sjabloon voor de interpretatie en verslaglegging van IQ scores met behulp van de WISC-III werd ontwikkeld door Yaron Kaldenbach².

Het grootste probleem voor veel schrijvers van onderzoeksverslagen is om een degelijke onderbouwing van de conclusies en het advies te combineren met een voor cliënten leesbaar en bondig verslag. Toen tijdschriften nog met kopijpapier voor redacteurs werkten, had Vrij Nederland onder aan ieder vel papier in rode letters de vraag gedrukt: "Is de lezer nog geïnteresseerd?". Het hield de redacteurs scherp. Leesbaarheid mag

zeker meer aandacht krijgen bij onderzoekers/rapporteurs en in supervises en in opleidingen voor psychodiagnostisch onderzoek beter worden meegewogen.

2.7 Formuleer eindconclusies en advies pas na inbreng van cliënt

De stap van ruwe onderzoeksdata naar conclusies in psychologisch onderzoek is vaak groot. Soms moet je ruwe data even een tijdje door je handen laten gaan en laten bezinken, voordat je de betekenis en de samenhang daarvan goed kunt doorzien. De directe respons op instrumenten en het geobserveerde gedrag tijdens de testafname, in samenhang met andere beschikbare informatie, vormen het materiaal waarop de onderzoeker zijn conclusies baseert. Het is verstandig daarin toch nog altijd voldoende ruimte te houden voor alternatieve verklaringen, die vaak buiten de scope van de onderzoekssetting gelegen zijn, en die in een bespreking met cliënten kunnen worden aangereikt. Zoals "Oh maar dat zegt hij altijd, dat komt uit zijn favoriete televisieserie", of "Hij heeft net iets vervelends met zijn neefje meegemaakt, waarschijnlijk reageert hij daarop".

De inbreng van cliënten bij het advies is zeker zo belangrijk te noemen. Westermann (2011) noemde het adviesgesprek een nog te veronachtzaamd gebied tussen onderzoek en behandeling en ontwikkelde een protocol om de betrokkenheid van cliënten in dit gesprek te ondersteunen, de zogenaamde dialoogmethode. Hij toonde aan dat ouders daardoor de voorgestelde behandeling beter accepteerden en verwacht dat zij daardoor de behandeling ook beter zullen opvolgen. Ook in de methode 'handelingsgerichte diagnostiek' komt dit aspect uitvoerig aan de orde. Een specifiek op de jeugdzorg geschreven versie van deze in het onderwijs ontwikkelde methode komt dit najaar uit (Pameijer en Draaisma, 2011). Al in de voorbereiding van het onderzoek wordt met cliënten gepraat over hun verwachtingen over de mogelijke conclusies en advies. Van belang is uiteindelijk dat de cliënt iets met het advies kán, en daarvoor is de dialoog met de cliënt en zijn inbreng bij het advies onontbeerlijk. Een advies dat niet wordt opgevolgd heeft geen enkele praktische waarde.

Literatuur

Kamphuis, J.H. (2011), *Therapeutische psychodiagnostiek*, De psycholoog jrg 46 nr. 6, pag. 10-18, Nederlands Instituut van Psychologen NIP, Amsterdam

¹ www.hgdingejeugdzorg.nl

² Eerder gepubliceerd in verschillende afleveringen van Kind & Adolescent Praktijk, en nu door de auteur Yaron Kaldenbach bijeengebracht op de website www.apollopraktijk.nl (WISC-III)

Pameijer, N. & Van Beukering, T. (2004), *Handelingsgerichte diagnostiek: een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsproblemen*. Leuven: Acco.

Pameijer, N. & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg: een kader voor besluitvorming*. Leuven: Acco.

Shapiro, E.R., Wesley Carr, A. (1991), *Lost in Familiar Places. Creating New Connections between the Individual and society*, Yale University Press, London

Westermann, G. (2011), *Ouders adviseren in de jeugd-GGZ. Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek* (proefschrift), Erasmus Universiteit Rotterdam

Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., Boendermaker, L. (2010), *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg*, NJI, Utrecht.

3. Het optimaliseren van behandelduur in de jeugd-GGZ

Het optimaliseren van de behandelduur is om twee redenen van belang: Cliënten hebben baat bij een goede en efficiënte, dus zo kort mogelijke en daardoor weinig ingrijpende behandelduur.

Binnen de (geestelijke) gezondheidszorg is sprake van schaarste. Het is de komende jaren dé uitdaging voor de GGZ én een maatschappelijke verantwoordelijkheid (ook van professionals) om met de middelen die ter beschikking staan zoveel mogelijk cliënten zo goed mogelijk te helpen.

Er zijn zowel inhoudelijke als organisatorische maatregelen mogelijk om invloed op de behandelduur uit te oefenen, in dit hoofdstuk beschrijven wij er vijf:

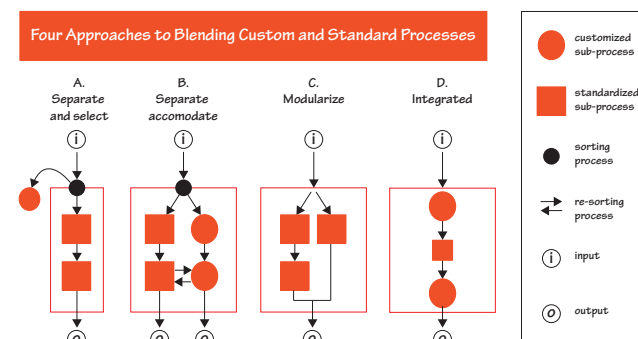
1. Combineer standaardisatie en maatwerk
2. Behandel planmatig en doelgericht
3. Bevorder actief de uitstroom
4. Maak een speciaal en duurzaam arrangement bij chroniciteit
5. Integreer het nieuwe werken

Het gecombineerd inzetten van deze maatregelen heeft de grootste invloed op de behandelduur.

Om de hier beschreven “technische” maatregelen succesvol toe te kunnen passen is binnen veel organisaties een behoorlijke cultuurverandering bij zowel professionals als managers noodzakelijk. Dit is een proces dat zorgvuldig gemanaged dient te worden (zie ook deel 4).

3.1 Combineer standaardisatie en maatwerk

Voor een goede cliëntenzorg is een combinatie van standaardisatie en maatwerk vaak aangewezen. Verschillende modellen zijn denkbaar, die ieder leiden tot een andere organisatie van het zorgproces, zie onderstaande figuur.³



Standaardiseer behandeling met behulp van evidenced based methoden⁴

Veel instellingen kennen een flink aantal sterk op elkaar gelijkende behandelmodules. Vaak omdat dit historisch zo gegroeid is, bijvoorbeeld omdat ze bij bepaalde medewerkers hoorden. Efficiënter is het om allerlei varianten zo veel mogelijk te vervangen door één of enkele bewezen effectieve modules en daar de organisatorische kaders voor te scheppen en de medewerkers voor op te leiden.

Behandelmethode die zich in onderzoek naar werkzaamheid bewezen hebben, zijn niet alleen effectiever gebleken, maar allereerst ook goed beschreven en theoretisch onderbouwd. De omvang van de in te zetten behandeling en de daarmee te behalen resultaten staan daarmee van te

³ Figuur overgenomen uit: Bohmer, R.M.J. (2005), *Medicine's Service Challenge: Blending Custom and Standard Care*, Health Care Manage Rev 30 (4), 322-330, Lippincott Williams & Wilkins Inc.

⁴ Evidence based kennis in ruime zin zoals gedefinieerd door Sackett, dat wil zeggen berustend op de integratie van bewijs uit onderzoek, praktijkkennis (expertise) en cliëntvoorkeuren (Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., et al. (2000). *Evidence-based medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone).

voren min of meer vast. Dat geeft transparantie naar de cliënt en geeft bovendien mogelijkheden om grip te krijgen op de behandelduur bij specifieke doelgroepen en klachten.

In richtlijnen zien we dat zich voor specifieke klachten vaker voorkeursbehandelingen aftekenen, die vervolgens een plaats krijgen in zorgprogramma's van instellingen. Veel instellingen hebben zichzelf inmiddels tot doel gesteld het aanbod telkens meer evidence based in te richten, onder meer door zorgprogrammering en de invoering van zorgpaden.

Gestandaardiseerde basisbehandeling volgens principes van getrapte zorg
Gestandaardiseerd basisaanbod is efficiënt wanneer een groot deel van de cliëntenpopulatie ermee geholpen is. Met cliënten die niet gebaat zijn bij dit aanbod of meer dan deze hulp nodig (blijken te) hebben wordt een plan op maat gemaakt.

Een behandelteam voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking stelde vast dat vrijwel alle aangemelde cliënten problemen formuleerden over de sociale redzaamheid. Verbetering hiervan zou kunnen leiden tot een belangrijke verbetering van het algeheel functioneren. Als basisprogramma voor alle cliënten van dit team wordt daarom doorlopend een groepstraining sociale vaardigheden aangeboden, omdat hiermee al een groot deel van de cliënten geholpen is.

Een team dat zich toelegt op ADHD vervolgt het adviesgesprek altijd met een aansluitend aanbod voor groepsgewijze psycho-educatie, een minimale interventie volgens de multidisciplinaire richtlijn ADHD, gevolgd door een follow-up gesprek om te bespreken of er verder nog behandeling nodig is. In veel gevallen blijkt dit voldoende te zijn en in ieder geval de juiste basis te bieden voor eventuele vervolghulp.

Opvallend is dat bij een recente aanpassing van de richtlijnen depressie & angststoornissen deze getrapd zijn gemaakt, waarbij altijd begonnen wordt met basisinterventies (1^e stap: minimale interventies, gericht op 1. tegengaan vermindering, 2. psycho-educatie en 3. preventieve maatregelen) en altijd afgesloten wordt met maatregelen in de sfeer van terugvalpreventie. Bij uitblijven van behandelresultaat is het devies volgens deze aanpassing op de richtlijnen: niet doormodderen maar altijd een 2nd opinion inroepen.

deling mogen verwachten leidt tot een beter behandelresultaat. Het te behalen einddoel (de eindsituatie) van de behandeling neemt daarin een belangrijke plaats in. Wat is een haalbare doelstelling, gezien het klachtenpatroon, gezien de aanleg en persoonlijkheid van de cliënt en zijn omstandigheden, gezien de mogelijkheden van de in te zetten behandeling? In de praktijk blijkt het vaak niet eenvoudig om tot goede, liefst nog SMART geformuleerde, doelformuleringen te komen. Dat is niet zo erg. De waarde van het stellen van doelen van de behandeling schuilt meer in de dialoog met de cliënt daarover, dan in die prachtige formuleringen. Het werken met doelstellingen, wordt door cliënten erg gewaardeerd. Het geeft hen houvast en duidelijkheid over waar het allemaal toe moet leiden. Tegelijkertijd schuilt de kracht van het werken met doelen ook op de sturende werking daarvan op de behandeling zelf. Procesmatig helpt het behandelaars (en cliënten) om zich sterker te bepalen tot die handelingen die bijdragen aan de geformuleerde doelstellingen, en het inslaan van zijwegen daarbij achterwege te laten. Dat heeft effect op de behandelduur. Door doelen rond autonomie en empowerment op te nemen ("wat is er nodig om zonder GGZ verder te kunnen?") kan ook gestuurd worden op de noodzakelijke behandelduur.

Breng einddoelen behandeling in strak evaluatieschema met cliënt onder
Tussentijds evalueren van de behandeling, op basis van vooraf gestelde einddoelen, is een belangrijk instrument om controle te houden op de behandelduur.

Het reflecteren op de mate waarin de einddoelen al of niet in zicht komen kan het aanleiding zijn samen te besluiten de behandeling bij te stellen of deze af te sluiten. Door die evaluaties samen met cliënten uit te voeren bevordert dit bovendien de transparantie.

Tussentijdse evaluaties krijgen effect op de behandelduur als deze bij aanvang van de behandeling onwrikbaar in de agenda van behandelaar en cliënt zijn verankerd. Het evalueren op behandelresultaten kan goed worden ondersteund door de methodiek van de doelrealisatie¹ hierop toe te passen. Daarbij wordt aan ieder behandelresultaat een klein schaaltype gehangen.

Einddoelen behandeling	Slechter dan beginsituatie	Gelijk gebleven	Vooruitgegaan	Doel gehaald
Einddoel 1			X	
Einddoel 2				X
Einddoel 3		X		
Etc.				

3.2 Behandel planmatig en doelgericht

Werk volgens vooraf met cliënt opgestelde realistische behandelresultaten

Goed afstemmen met cliënten over wat zij van de in te zetten behan-

Door de evaluatie op deze manier te visualiseren wordt voor cliënt en behandelaar op eenvoudige manier zichtbaar hoe de behandeling vordert. Extra aandacht kan daarbij uitgaan naar doelen waarop geen of weinig vooruitgang wordt geboekt en het zoeken en zo nodig aanpakken van de oorzaken daarvan. Er wordt afgesloten zodra de doelen van de behandeling zijn gehaald.

Het systematisch evalueren op einddoelen kost de behandelaar weinig tijd en kan in de plaats komen van uitgebreide beschrijvende evaluaties. Wel kunnen de ontwikkelingen op de einddoelen eventueel kort worden toegelicht, min of meer zoals een leerkracht cijfers van de schoolrapporten van een korte toelichting voorziet. Meer is voor de goede voortgang van de behandeling eigenlijk niet nodig.

Organiseer collegiale verantwoording over de doelmatigheid van de behandeling

Het kwaliteitssysteem van GGZ instellingen schrijft vaak periodieke team-evaluaties of een andere vorm van collegiale verantwoording van behandelingen voor. Een evaluatie op de doelstellingen van de hulp aan de hand van hierboven weergegeven format doelrealisatie leent zich niet alleen voor bespreking met cliënten maar kan ook voor een collegiale bespreking worden ingebracht, eventueel aangevuld met concrete vragen van de behandelaar. De nadruk van de evaluatie ligt op die doelstellingen waarop zich problemen in de voortgang voordoen.

Dit collegiale overleg kan worden gebruikt voor een 2nd opinion en tegelijkertijd zo worden ingericht dat het kan gelden als intervisie in het kader van herregistratie van de deelnemers.

3.3 Bevorder actief de uitstroom

Veel behandeltrajecten duren te lang omdat de hulp niet tijdig wordt afgesloten. Soms omdat dit veel administratieve rompslomp met zich meebrengt, soms door drukte, of omdat we het niet aandurven om cliënten los te laten of er werkelijk niet op kunnen en mogen vertrouwen dat het daarna goed gaat. Ook zien we regelmatig dat behandeltrajecten langer duren dan nodig omdat de noodzakelijke aansluiting op onderwijs maar twee maal per jaar mogelijk is of omdat een vervolgvoorziening een lange wachtlijst kent. Maar ook omdat de kennis vaak ontbreekt over de optimale behandelduur. Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat (semi)residentiële behandeling van kinderen en jeugdigen na gemiddeld zo'n 6 tot 9 maanden sleets raakt. De dalende lijn in gedragsproblemen maakt weer een opgaande beweging, terwijl taakvaardigheden (mogelijk

onder invloed van hospitalisatie effecten) afnemen. Van ambulante programma's is het verloop van de effectiviteit in de tijd minder goed bekend. Wel kennen deze over het algemeen een sterkere protocollering waarmee het aantal contacten en de totale duur vaak min of meer vaststaan.

Om uitstroom te bevorderen zijn de volgende principes van belang:

- a. Organiseer de afsluiting van de zorg en wat daarna moet gebeuren al bij de aanvang van de zorg en maak daarover goede afspraken met cliënten en met partnerorganisaties bij een zorgtraject. Houd daarbij ook rekening met de aansluiting op onderwijs en maak zo nodig afspraken met onderwijsvoorzieningen.
- b. Zoek naar een normering voor de behandelduur van de verschillende programma's op basis van kennis over de werkzaamheid en liefst ook eigen onderzoek. Betrek daarin ook de frequentie van de contacten met hulpverleners. En natuurlijk moet in voorkomende gevallen gemotiveerd kunnen worden afgeweken van de norm.
- c. Blijf trouw aan de in het behandelplan opgenomen prognose van de einddatum en het aantal contacten en ontmoedig het tussentijds bijstellen van de prognose.
- d. Concentreer je op kerntaken (wat bij de missie van de instelling/afdeling past, waar je goed in bent) en beperk je daartoe. Maak je eigen zorgaanbod tot een onderdeel in een goed geregistreerd zorgtraject waar ook andere voorzieningen een aandeel in hebben (z.g. ketensamenwerking).
- e. Werk samen met andere Ω: de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek. Samenwerking vanuit de notie van één gezamenlijk doel en één plan en vanuit het gemeenschappelijk primaire proces levert forse winst op voor cliënten, behandelaars, instellingen en de samenleving. Goede samenwerking belooft kortere of geen wachtlijsten, betere doorverwijzing, goede overdracht van informatie, meer preventie en betere samenhang van diensten. Samenwerking volgens de principes van 1Gezin1Plan: met ouders, jeugdvoorzieningen en voorzieningen voor volwassenen werpt in diverse regio's al zijn vruchten af.²

3.4 Maak een speciaal arrangement bij chroniciteit

Chronische problematiek rechtvaardigt nog geen chronische behandeling bij de GGZ. Hoe meer de chronische cliënt zich selfsupporting ontwikkelt, des te beter dat voor hem en het klachtenverloop is. Dat betekent dat in de eerste plaats goed gekeken moet worden naar de noodzakelijke

behandelfrequentie. Kan die bij deze cliënt niet omlaag? Daarnaast zijn er verschillende systemen in gebruik voor reguliere controles van chronische cliënten waardoor behandeling tijdig kan worden afgesloten. Verschillende instellingen werken met een soort 'strippenkaart', die recht geeft op een aantal contacten. Het voordeel daarvan is drieledig:

De behandeling kan eerder worden afgerond omdat cliënten er op kunnen vertrouwen dat ze snel terecht kunnen als dat nodig is

Op het moment dat cliënten later weer hulp nodig hebben kunnen ze snel terecht: geen wachtlijsten, geen intakeprocedures.

Het systeem wordt ontlast doordat er minder heraanmeldingen zijn.

In samenwerking met het voorliggende veld is het ook mogelijk tot afspraken te komen over een gemeenschappelijke aanpak. Te denken valt aan maatregelen zoals medicatiecontroles door de huisarts en laagdrempelige begeleiding in de wijk. Dit alles volgens het logistieke principe: laat specialisten specialistisch werk doen. Daarbij is het belangrijk dat consultatie of zo nodig een ad hoc interventie door de GGZ eenvoudig mogelijk blijft. Aan de basis van ieder arrangement staat altijd een deugdelijk plan voor terugvalpreventie dat samen met de cliënt wordt opgesteld.

Binnen regio's zal goed nagedacht moeten worden hoe met hulp van 'disease management', een brede programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten, op termijn de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor chronische patiënten behouden kan worden.

3.5 Integreer het nieuwe werken

Maak gebruik van informatietechnologische middelen die doelmatiger werken kunnen ondersteunen.

In een recent onderzoek van Alares³ worden een aantal van deze mogelijkheden vooral ten behoeve van de jeugdzorg verkend. Volgens de auteurs ondersteunen technologische innovaties samenwerking tussen hulpverleners, cliëntenparticipatie en laagdrempelige toegang, zelfredzaamheid van cliënten, minder regeldruk en meer werkplezier.

Van belang is dat deze technische hulpmiddelen vanuit een geïntegreerde visie op de hulp door een op waarden gestuurde organisatie worden ingezet en daarvan een doelmatig onderdeel gaan uitmaken, en niet zomaar als leuke speeltjes worden toegevoegd aan het aanbod.

Voorbeelden van mogelijk bruikbare technische innovaties voor de behandeling zijn (deels overgenomen van Pons et al, 2010):

E-mental health

Een aantal organisaties binnen de GGZ heeft al een ruime ervaring opgebouwd in internethulpverlening en dit geïntegreerd in het totale hulpaanbod. Daarbij vindt het contact tussen cliënt en hulpverlener 'key to key' (via de toetsenborden) plaats. Grote voordelen die genoemd worden zijn de laagdrempeligheid, het beter afgestemd zijn op communicatie van jongeren, de relatieve anonimiteit, de landelijke beschikbaarheid en de goede effecten bij met name angst- en stemmingsstoornissen. Er zijn inmiddels een groot aantal modules voor internethulp ontwikkeld. Het Trimbos instituut heeft veel kennis op dit gebied verzameld en toegankelijk gemaakt voor de sector.

Begeleiding met Twitter

Bij deze innovatie vindt begeleiding van de cliënt door de professional plaats door middel van Twitter. Dit wordt toegepast bij een organisatie in de langdurige zorg. De cliënt laat iedere dag vóór 10.00 uur weten dat hij is opgestaan, dat hij heeft gegeten en wat zijn plannen zijn voor die dag. Dit is laagdrempeliger dan e-mailen en/of bloggen. Voor de cliënt is het eenvoudig statusupdates te geven en voor de hulpverlener is het eenvoudig deze te volgen. De frequentie van fysieke bezoeken neemt hierdoor af terwijl de hulpverlener een veel actueler beeld heeft in de voortgang van de cliënt.

Internetplatform jeugdsector

Een organisatie voor jeugdzorg ontwikkelde een online platform ter versterking van en aanvulling op het bestaande zorgaanbod. Jongeren kunnen, terwijl ze nog op een wachtlijst staan, zich al aanmelden op het platform. Hierop hebben ze alvast contact met professionals en worden ze eerder en vaker geholpen. Op het moment dat ze de echte afspraak hebben, is er al een contact geweest en een relatie ontstaan. Dit scheelt tijd en verhoogt de kwaliteit.

Grip op je Dip

De Grip op je Dip website is bedoeld voor jongeren van 16 tot 25 jaar met depressieve klachten. De website bevat informatie over symptomen van depressie en hoe men hiermee kan omgaan. De site biedt een chatbox en mailservice voor jongeren. Zij zetten eigen verhalen op de website en delen deze met anderen. Daarnaast is er een zelftest onderdeel. Dit is de zogenaamde depressievragenlijst. Alles is volledig anoniem te gebruiken. Grip op je Dip is niet bedoeld voor de zwaardere gevallen van depressie.

OV-applicatie voor autistische jongeren

De OV applicatie op de iPod geeft steun aan autistische jongeren in de vorm van een elektronische vraagbaak (OV-app). De OV-app werkt door middel van een vraag en antwoord systeem. Ieder antwoord op een vraag leidt weer tot een vervolgvraag totdat er een goed en passend antwoord voor de situatie gevonden is (denk aan de help functie bij word). De meest voorkomende situaties zijn in de applicatie gedekt. De OV-coach is een altijd beschikbare, niet stigmatiserende digitale coach voor mensen met autisme, waardoor de mogelijkheden tot zelfstandige deelname aan de maatschappij toenemen.

Maar ook kunnen behandelaars in een reguliere behandeling ruimer gebruik maken van moderne ICT, door vis à vis contacten af te wisselen of te combineren met een uitwisseling via e-mail of social media, om zo cliëntcontacttijd te beperken of deze af te bouwen, en de autonomie van de cliënt te bevorderen.

Literatuur

- ¹ Yperen, T. van, van der Steege, M. (2007), Voor het goede doel, werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg, Utrecht: NJi
- Steege, M. van der, Raamwerkafspraken doelrealisatie, Utrecht: Nji en www.prestatieindicatorenjeugdzorg.nl
- ² Zijden, Q van der, K. Diephuis (2011), Handleiding gezinsplan: samenwerken volgens de principes van 1Gezin1Plan, Partners in Jeugdbeleid, www.partnersinjeugdbeleid.nl
- ³ Pons, K, L. Waling en R. Kroon (2010), Technische innovaties, kansen voor de jeugdsector, Alares, Den Haag.

4. Zorgpaden in de GGZ

Tom Joosten

op de agenda werd gezet. De conclusie: de zorg zou een hogere kwaliteit halen, met minder fouten en lagere kosten, als meer met zorglogistieke principes zou worden gewerkt.

De reacties waren niet altijd even positief: 'een cliënt is geen postpakketje' en andere oneliners domineerden een tijdje het publieke debat, en daarmee hebben de criticasters een punt. Toch wordt zorglogistiek een steeds belangrijker thema in de zorg, ook in de GGZ. Dat moet ook wel. Uit onderzoek van GGZ Nederland (2009) blijkt namelijk dat wachtlijsten in de GGZ nog steeds een groot probleem zijn. In 2007 bijvoorbeeld, werd slechts 47% van de jeugdigen in de GGZ binnen 4 weken na aanmelding gezien voor een eerste contact. En dat is niet de enige wachtlijst. Ook tijdens diagnostische fase en tijdens de behandeling moeten cliënten regelmatig lang wachten. Om deze situatie te verbeteren, wordt de laatste jaren steeds vaker gebruik gemaakt van zorgpaden. De ervaringen met zorgpaden in de GGZ zijn echter nog beperkt: in 2007 waren er nog niet veel instellingen die het concept kenden of ermee werkten. GGzE startte in dat jaar met zorgpaden en heeft in de afgelopen jaren verschillende zorgpaden ook ingevoerd. In deze bijdrage wil ik iets vertellen over onze ervaringen met zorgpaden in de afgelopen jaren.

4.1 Aanleiding: waarom werken met zorgpaden?

GGzE wil, net als alle andere GGZ instellingen in Nederland zo kort mogelijke wachtlijsten. Dat was een van de redenen om te gaan werken met zorgpaden. Toch is er ook nog een aantal andere redenen te noemen. De afgelopen jaren is het aantal cliënten in de GGZ enorm gegroeid. Zo groeide in 2007 het aantal ambulante cliënten in de jeugd GGZ in één jaar al met 23%. Al die cliënten moeten worden geholpen. Soms gebeurt dit in een korte tijd, door één hulpverlener, maar vaak zijn cliënten langer in zorg en worden ze in die tijd geholpen door meerdere hulpverleners en met verschillende soorten therapieën. Dat moet allemaal goed op elkaar afgestemd zijn om het maximale resultaat te bereiken. Het gevolg is dat niet alleen de cliënten, maar ook zorgprocessen vaak 'complex' zijn. Om die complexiteit in beeld te brengen, vroegen we binnen GGzE in 2009 aan de TU Eindhoven (TU/e) om onze zorgprocessen binnen GGzE centrum kinderen en jeugd (K&J) visueel weer te geven. Het resultaat is weergegeven in onderstaande figuur (Van der Zanden, 2010). Een blokje in deze figuur is een behandeling, bijvoorbeeld 'psychotherapie' en behandelingen zijn met elkaar verbonden als ze op elkaar volgden. Hoe dikker een lijn, hoe vaker dit voorkomt. Het resultaat is een zogenaamd 'spaghettidiagram'. Een plaatje dat goed weergeeft hoe complex de zorg

Het kan écht: Betere zorg voor minder geld. Het is de pakkende titel van een rapport uit 2004 dat is opgesteld onder voorzitterschap van Peter Bakker werkzaam bij postbedrijf TPG. Het was een van de eerste keren dat in de Nederlandse zorg het thema 'patiëntenlogistiek' zo prominent

soms georganiseerd is.

Een complexe zorgaanbod is soms nodig om een complexe hulpvraag te beantwoorden. Aan de andere kant: een complexe cliënt betekent niet automatisch complexe zorg. Binnen GGzE willen we daarom kritisch kijken naar de vraag of deze complexiteit niet soms wat minder kan. Dat is een wens van het management, maar ook vanuit de werkvloer kwam de vraag naar voren. Eén van de instrumenten die we hiervoor inzetten zijn 'zorgpaden'.



Zorgprocessen in de GGZ

4.2 Zorgprogramma's en zorgpaden

Eind jaren '90 en begin 2000 ontwikkelden veel instellingen zorgprogramma's. De definitie van een zorgprogramma is: 'het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, gericht op het verlenen van bepaalde diensten met het doel bepaalde effecten te bewerkstelligen ten behoeve van een gespecificeerde doelgroep' (GGZ Nederland, 2002). Zorgprogramma's zijn kortom, beschrijvingen van de zorg die een instelling in huis heeft voor een doelgroep. Instellingen beantwoorden daarmee de vraag: welke zorg willen we nu wel, en welke zorg willen we nu niet in huis hebben om cliënten met stoornis X te behandelen. Zorgprogramma's zijn opgebouwd uit modules, zoals bijvoorbeeld cognitive gedragstherapie of psychodiagnostiek. Modules zijn de bouwstenen die hulpverleners kunnen inzetten tijdens de behandeling van een cliënt. Zorgprogramma's zijn dus vooral beschrijvend en gericht op het geven van overzicht: wat is goede zorg? Zorgprogramma's zijn minder geschikt om de vraag te beantwoorden 'hoe kunnen we goede zorg

dan ook goed organiseren?' Het is juist dit aspect dat bij zorgpaden veel aandacht krijgt.

Het ontwikkelen van zorgpaden wordt gezien als een manier om de juiste zorg (zoals bijvoorbeeld vastgelegd in richtlijnen), op een juiste wijze te organiseren. Er zijn verschillende namen voor zorgpaden in omloop, bijvoorbeeld klinische paden, klinische zorgpaden en de Engelse varianten daarvan. Welke naam ook wordt gebruikt, het gaat bij zorgpaden altijd om een verzameling van verschillende methodes en hulpmiddelen om de leden van een multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen; daarbij worden taakafspraken gemaakt voor een specifieke clientenpopulatie. Een zorgpad is dus niet hetzelfde als een zorgprogramma of een module en zit daar qua grootte, omvang en duur vaak tussenin. Hoewel er internationaal vaste stappen zijn gedefinieerd die elk team moet doorlopen om te komen tot een zorgpad (Vanhaecht et al. 2010), is er een grote mate van vrijheid in de manier waarop je die stappen moet doorlopen en welke methoden en technieken je gebruikt. Omdat deze stappen al eerder goed beschreven zijn (en deels in het Nederlands), wil ik hier in deze bijdrage niet verder op ingaan, maar verwijs ik graag naar deze publicaties (Vanhaecht & Sermeus, 2002; Vanhaecht et al. 2010).

4.3 Voor welke processen kun je zorgpaden ontwikkelen?

Een aantal voorstanders van zorgpaden zeggen dat zorgpaden kunnen worden gebruikt voor alle doelgroepen en alle soorten processen. De ervaringen binnen GGzE zijn wat genuanceerder. Wij hebben gemerkt dat zorgpaden het meest succesvol kunnen worden ontwikkeld voor processen die aan een aantal voorwaarden voldoen.

De eerste voorwaarde is vooral pragmatisch: het proces waarvoor je een klinisch pad wilt ontwikkelen moet een bepaald volume hebben. Dat wil zeggen dat er regelmatig cliënten zijn die het proces doorlopen. Het ontwikkelen van een zorgpad doe je altijd samen met een multidisciplinair team, onder begeleiding van iemand die de methodiek kent. Dat proces kost tijd en dus geld. Als er niet een bepaald volume is aan cliënten dat het proces gaat doorlopen, dan is het simpelweg niet rendabel om zoveel tijd, en dus geld, te besteden aan de optimalisatie van dat proces. Er zijn geen stelregels om te bepalen wanneer er voldoende cliënten zijn om er een zorgpad voor te ontwikkelen. Eigenlijk zou je het ook kunnen omdraaien. Kijk maar eens naar de processen binnen je eigen instelling die het grootste volume hebben: waarom zou je daar niet mee starten? Eén van de redenen waarom je toch niet kunt starten met een bepaald

proces dat een hoog volume heeft, is dat het proces heel erg onvoorspelbaar verloopt. In logistieke termen wordt dit ook wel een hoog variabel proces genoemd en dit is dan ook de tweede voorwaarde waaraan het proces moet voldoen om er een zorgpad voor te kunnen ontwikkelen.

Het herkennen van een hoog variabel proces is niet zo moeilijk: het verloopt bij elke cliënt anders. Toch is het lastiger om dit argument te gebruiken om een zorgpad wel/niet te ontwikkelen. Eén van de problemen waarom je een zorgpad gaat ontwikkelen is juist dat processen soms niet goed verlopen en dat er veel variatie zit in de aangeboden kwaliteit van zorg. Variatie kan dus ook juist een reden zijn om wel met zorgpaden aan de slag te gaan. Welk proces wel, en welk proces niet geschikt is voor zorgpadontwikkeling wordt daarmee lastiger te bepalen, maar voor sommige processen staat de mogelijkheid om iets met zorgpaden te doen buiten kijf. Daarom richten binnen GGzE veel zorgpaden zich op de eerste fases na de aanmelding van een cliënt die vaak gestructureerd en voorspelbaar verlopen. Denk hierbij aan intake, diagnostiek, assessment en geprotocolleerde behandeling. Tot nu toe hebben we minder ervaring met het ontwikkelen van zorgpaden voor latere fases van de behandeling.

De laatste voorwaarden waar je bij het ontwikkelen van je zorgpaden rekening mee moeten houden, richten zich op ondersteuning door het management. Een eerste manier waarop het management zorgpadontwikkeling kan ondersteunen is door zelf niet aan de werkgroep deel te nemen. De reden hiervoor is dat we gemerkt hebben dat discussies zich anders te snel op het aspect 'geld' focussen, waarbij medewerkers bij elk extra onderzoek dat ze graag zouden willen uitvoeren hoopvol (of angstig) naar de manager in de werkgroep kijken om te vragen of dit financieel haalbaar is. Dat is niet het idee achter zorgpaden. Dat betekent niet dat geld géén rol speelt. Integendeel. Binnen GGzE vragen wij het management juist daarom om de werkgroep ook op een tweede manier te ondersteunen, door aan te geven waar een verbeterd proces aan moet voldoen. Wil men een proces dat sneller verloopt? Meer volgens richtlijnen? Met minder inzet van medewerkers? Met een maximale tijdsbesteding? Goedkoper? Met deze eisen kan de werkgroep aan de slag. Op deze manier committeren managers en hulpverleners zich vooraf aan het resultaat: als werkgroepen een zorgpad ontwikkelen dat voldoet aan de randvoorwaarden dan zal de manager de invoering ervan steunen.

Natuurlijk moeten er ook afspraken gemaakt worden over de tijd die hulpverleners besteden aan het ontwikkelen van zorgpaden. Want zorgpaden

ontwikkelen kost best wel tijd: in de werkgroep sessies, maar ook buiten deze sessies is er af en toe een moment nodig om gegevens na te zoeken of een richtlijn of artikel te lezen. Een deel hiervan is regulier werk (immers: dan word je ook geacht om je literatuur bij te houden), maar een deel hiervan is extra tijd. Deze tijd (werkgroeptijd en 'uitzoektijd') zou door het management geoormerkt moeten worden om te voorkomen dat ze opgaat aan andere zaken.

Een belangrijke stap in de ontwikkeling van zorgpaden is het testen van een eerste, conceptversie van het pad. De werkgroep heeft tot die tijd alleen 'op papier' geprobeerd een nieuwe situatie te ontwerpen. Die nieuwe werkwijze moet op een gegeven moment getest worden in de praktijk, om te ontdekken waar dingen goed gaan, maar vooral ook waar de nieuwe werkwijze nog moet worden aangepast. Binnen GGzE gebeurt dit testen vaak door de leden van de werkgroep zelf, waarbij de managers soms als cliënt fungeerden. Dat heeft veel voordelen: de hulpverleners hebben zelf het zorgpad ontwikkeld en weten dus ook het idee achter alle stappen in het proces. Daardoor kunnen ze het makkelijkst kijken of het nieuwe proces in de praktijk aan de verwachtingen voldoet. De managers zien wat er tijdens de ontwikkeling gebeurd is en krijgen een beter beeld van de ideeën van de hulpverleners. Als het testen een paar keer succesvol is verlopen, volgt bijstelling en wordt het invoeren opgeschaald. Ook dit lukt niet zonder hulp van het management en daarom vragen we ze hier vooraf al rekening mee te houden.

4.4 Zorgpaden in de jeugd GGZ

Eén van de plekken binnen GGzE waar verschillende zorgpaden zijn ontwikkeld is GGzE centrum kinder- en jeugdpsychiatrie. Daar zijn in de afgelopen jaren verschillende werkgroepen aan de slag gegaan om zorgprocessen in kaart te brengen en verbeteren. In de volgende tabel staat een overzicht van de ontwikkelde zorgpaden:

Naam zorgpad	
Aanmelding en intake	(Eerste fase van) Behandeling ASS
Diagnostiek bij (een vermoeden van) ADHD	Diagnostiek en behandeling van meervoudige gedragsstoornissen
(Eerste fase van) Behandeling ADHD	Klinisch Psychiatrische Gezinsbehandeling: eerste fase
Diagnostiek bij (een vermoeden van) een autisme spectrum stoornis (ASS)	Diagnostiek voor kinderen van 0-4 jaar/ Diagnostiek voor kinderen van 4-6 jaar

Zoals de tabel laat zien zijn de meeste zorgpaden gericht op de diagnostische fase. Dit komt omdat deze trajecten vaker wat voorspelbaar verlopen en dus beter zijn vorm te geven in klinische paden. Bovendien staat in veel richtlijnen beschreven welke diagnostische onderzoeken gewenst zijn bij een bepaald ziektebeeld, waardoor werkgroepen ook gemakkelijker kunnen bepalen hoe een klinisch pad eruit moet zien. Een laatste reden om met deze fase te beginnen is omdat een groot deel van de tijd van hulpverleners in het centrum aan diagnostiek besteed wordt.

Het ontwikkelen van zorgpaden voor de behandelfase is tot nu toe lastiger gebleken. Dat heeft er vooral mee te maken dat er veel (gewenste) variatie zit in de zorg die een cliënt krijgt aangeboden. Binnen GGzE centrum kinder- en jeugdpsychiatrie is veel deskundigheid in huis om op de specifieke vraag van een cliënt antwoord te geven, zowel individueel, als in groepsverband. Dat betekent dat een behandelaar, de cliënt en zijn/haar systeem veel verschillende behandelvormen kunnen kiezen. Dit leidt op systeemniveau echter weer tot grotere complexiteit en lagere planbaarheid en standaardiseerbaarheid. De zorgpaden voor behandeling die wel zijn ontwikkeld richten zich weer op de eerste fase van behandeling, net nadat de diagnostiek is afgerond en geven invulling aan het principe van GGzE dat behandeling (bijvoorbeeld bij autisme) in ieder geval altijd groepsgewijze psycho-educatie aan ouders omvat. Omdat hiervoor een vaste groep is, die regelmatig wordt aangeboden, is het hier wel mogelijk om dit stuk van het zorgproces verder te standaardiseren.

4.5 Resultaten van het werken met zorgpaden

Ondertussen zitten we een aantal jaren na de ontwikkeling en implementatie van de eerste zorgpaden en is het werken met zorgpaden binnen het centrum redelijk goed ingeburgerd. Wat zijn de ervaringen van het centrum tot nu toe?

Met name de diagnostische paden hebben ervoor gezorgd dat de doorlooptijd van deze trajecten in de afgelopen jaren enorm is teruggebracht. Cliënten doorlopen dit traject (afhankelijk van het ziektebeeld waarvoor men onderzocht wordt) nu in één tot drie ochtenden. Dat is een significante verbetering ten opzichte van de oude situatie, waarin het soms meerdere maanden duurde voordat dit traject was afgerond. De korte doorlooptijd is dan ook een aspect dat door ouders en cliënten zeer gewaardeerd wordt.

Een ander effect van de invoering van zorgpaden is dat de diagnostische

trajecten vollediger worden. In de oude situatie kwam het regelmatig voor dat niet alle diagnostische onderzoeken werden uitgevoerd, of niet volledig werden uitgevoerd. Omdat in het zorgpad de hele ochtend van te voren al gepland staat, inclusief de testen die worden afgenomen en het uitwerken daarvan, komt deze situatie nu veel minder voor. Voor ouders en cliënten is dit fijn, omdat ze aan het einde van de ochtend alle resultaten te horen krijgen, voor hulpverleners is dit fijn, omdat dit betekend dat aan het einde van de ochtend al het werk voor deze cliënt klaar is.

De ontwikkeling van klinische paden door professionals zelf heeft als belangrijk neveneffect dat zorgprofessionals zelf een versimpeling aanbrengen in complexe zorgprocessen die vaak al lang op een vaste manier werden uitgevoerd. Zelf meedenken wordt zo het devies. Aan de andere kant moet het versimpelen van zorgprocessen en het ontwikkelen van zorgpaden geen doel op zich worden. Hulpverleners moeten wel oog blijven houden voor het diagnosticeren en behandelen van de cliënt en zijn/haar problematiek, en niet alleen 'klinische paden' uitvoeren. Alleen zo blijft het mogelijk om een op de individuele cliënt afgestemd hulpaanbod te organiseren dat optimaal gebruik maakt van de creativiteit en kennis van hulpverleners.

Een belangrijke, maar lastige fase in dit project was het daadwerkelijk invoeren van de zorgpaden. In de ontwikkeling van de zorgpaden was met name veel aandacht besteed aan de zorginhoud, wat er daadwerkelijk zou moeten gebeuren op de dagdelen dat cliënten langs komen. Minder aandacht ging uit naar de gevolgen die het werken van zorgpaden heeft voor ondersteunende afdelingen, met name het secretariaat. Dat de onderzoeken niet meer verspreid zijn over een langere periode, maar in één of een paar dagdelen, betekent ook dat alle administratie van de cliënt voor die ochtend in orde moet zijn: het dossier moet worden aangemaakt, relevante informatie moet in dit dossier worden overgenomen en vragenlijsten die cliënten voor het onderzoek thuis moesten invullen moesten sneller worden ingevoerd. Dat betekent een hogere (piek)belasting van het secretariaat. Hier was bij de ontwikkeling en de implementatie minder rekening mee gehouden, wat betekende dat er op dit gebied problemen ontstonden.

Een tweede probleem zit in de aansluiting tussen de zorgpaden en de behandeling die daarna moet volgen. Doordat cliënten sneller het diagnostisch traject afronden, kunnen ze ook sneller met de behandeling starten. Maar omdat ook hier wachtlijsten en wachttijden bestaan, wordt een deel

van de tijdswinst die in het diagnostisch pad wordt geboekt weer teniet gedaan. Binnen GGzE centrum kinder- en jeugdpsychiatrie betekent dit dat er veel meer aandacht moet worden besteed aan de afstemming van diagnostiek en behandeling en de overall doorstroming binnen het centrum. Dit vereist onder andere nieuwe managementinformatie (hoe lang duurt nu precies de behandeling voor een bepaalde doelgroep, hoeveel cliënten wachten voor deze behandelvorm, wie kan er worden afgesloten). Het kost het centrum de nodige moeite om deze cijfers daadwerkelijk uit het registratiesysteem te krijgen of zelf bij te gaan houden.

4.6 Conclusies

Terugkijkend over de afgelopen jaren heeft het introduceren van zorgpaden binnen GGzE centrum kinder- en jeugdpsychiatrie veel teweeg gebracht bij medewerkers en cliënten. Onder 'resultaten van het werken met zorgpaden' vertelde ik hier al meer over.

De concrete resultaten zijn belangrijk omdat ze iets vertellen over de problemen waar je als team, afdeling, centrum of instelling tegenaan kunt lopen als je met zorgpaden aan de slag gaat. De belangrijkste conclusie is wat mij betreft echter niet dat werken met zorgpaden de doorlooptijd van een traject kan verkorten, of dat je bij het werken met zorgpaden ook aandacht moet besteden aan de ondersteunende processen.

De belangrijkste les zit hem wat mij betreft erin dat het werken met zorgpaden veel duidelijker dan voorheen verbeterpunten binnen het centrum heeft blootgelegd, die daarna opgelost kunnen worden. Want natuurlijk was het voor de invoering van zorgpaden voor het secretariaat bijvoorbeeld ook moeilijk om al het papierwerk op tijd af te krijgen en natuurlijk was de afstemming tussen instroom, diagnostiek, behandeling en uitstroom ook voor de invoering van zorgpaden iets wat niet altijd goed ging. Doordat een deel van dit traject echter is verbeterd, wordt het nu een stuk sneller duidelijk waar andere knelpunten precies liggen en kunnen die ook opgepakt worden.

Zorgpaden zijn dus niet een wondermiddel waarmee je alle problemen in één keer opgelost hebt. Wel zijn het uitstekende instrumenten om gedurende langere periode continue verbetering door te voeren. En vele kleine verbeteringen brengen de zorg weer stappen vooruit. En om de woorden van Bakker uit zijn logistiek rapport maar een beetje aan te passen: 'Het kan 'écht... betere zorg' (en misschien ook voor minder geld).

Tom Joosten (1980) studeerde Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. Hij werkt bij GGzE als senior onderzoeker binnen de onderzoeksgroep 'Evidence Based Management in de GGZ' van Prof. Dr. Inge Bongers. Daarnaast is hij bezig met een promotieonderzoek op het gebied van zorglogistieke bedrijfsvoering in de GGZ. De afgelopen jaren was hij de projectleider van het project 'zorgpaden' binnen GGzE. In deze hoedanigheid heeft hij GGzE centrum kinder- en jeugdpsychiatrie geholpen bij het opzetten van hun zorgpaden. Het GGzE project werd in 2009 door Zorg voor Beter uitgeroepen tot het beste project van het programma management van kwaliteit in de langdurende zorg. Voor vragen over zorgpaden of zorgpadontwikkeling kun je hem mail op: TCM.Joosten@GGzE.nl of T.C.M.Joosten@UvT.nl

Literatuur

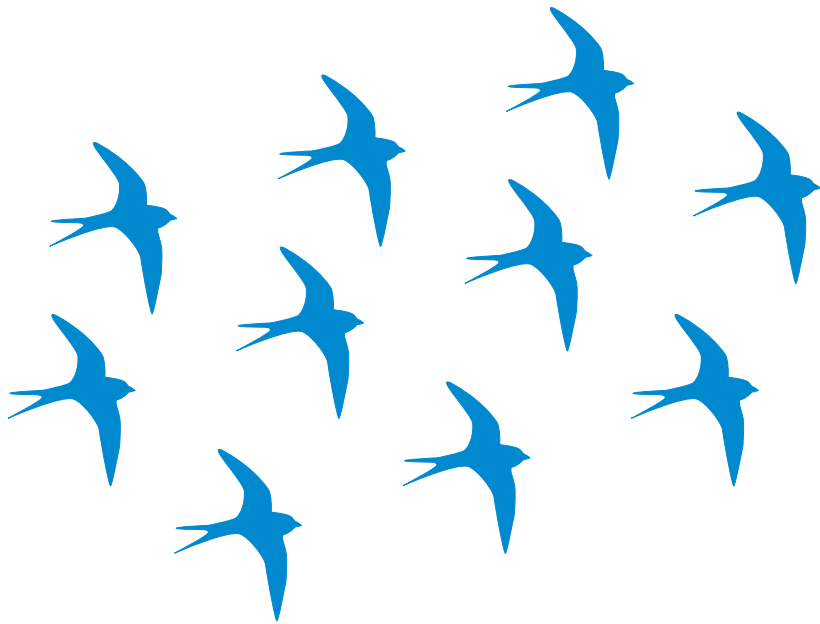
- GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat: sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland
- Vanhaecht, K., Sermeus, W. (2002). *Ontwikkeling implementatie, en evaluatie van een klinisch pad*. 30 stappenplan van het netwerk klinische paden.
- Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Deneckere, S., Lodewijckx, C., Panella, N., Vleugels, A., Sermeus, W. (2011). *7 fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden*. Tijdschrift voor Geneeskunde, 67, NR. 10, 473-481.
- Verburg, H., van Rest, E. (redactie). (2002). *Programma's in de GGZ: handreiking voor zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland / Trimbos Instituut
- Van der Zanden, L. (2010). *Process improvement in mental healthcare: a data-based method for care delivery process analysis in GGzE Centre child and adolescent psychiatry*. Masterthesis, Technische Universiteit Eindhoven



Praktijkvoorbeelden

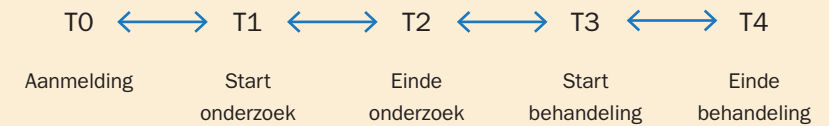
Hoe is kennis over versnellen toe te passen in de praktijk van de GGZ?

In dit deel geven we voor iedere fase in het zorgproces voorbeelden van verbeteringen die teams in de ambulante Jeugd-ggz zelf bedachten en toepasten.



zwaluw symbool
van de traditionele
aankondiging
van de lente,
symbool van
vrijheid,
vernieuwing
en verrijzenis

4 fasen in het zorgproces



In dit hoofdstuk onderscheiden we in het zorgproces 4 fasen:

1. Wachtijd voor onderzoek: van aanmelding tot start onderzoek
2. Onderzoeksfase: van start tot einde onderzoek
3. Wachtijd voor behandeling: van einde onderzoek tot start behandeling
4. Behandelfase: van start tot einde behandeling

Zorgaanbieders en verzekeraars hebben voor de eerste drie fasen afspraken gemaakt, over de maximaal aanvaardbare wachttijden, de zogenaamde Treeknormen:

Fase	Treeknormen ggz
1. Wachtijd voor onderzoek	4 weken / 80% binnen 3 weken
2. Onderzoeksfase	4 weken / 80% binnen 3 weken
3. Wachtijd voor:	
- behandeling ambulant	6 weken / 80% binnen 4 weken
- behandeling klinisch	7 weken / 80% binnen 5 weken
- beschermd wonen	13 weken / 80% binnen 8 weken
4. Behandelfase	Geen Treeknorm

1. Verkorten van de wachttijd voor onderzoek

1.1 Het aanmeldpakket

Cliënten krijgen regie over hun aanmelding

Bij een instelling met een centrale toegang is het aanmeldtraject teruggebracht van 20 weken naar enkele weken. De duur van de aanmeldingsfase is voortaan afhankelijk van de cliënten zelf.

Na hun aanmelding krijgen cliënten een aanmeldpakket met informatie en vragenlijsten (Achenbachlijsten, ontwikkelingsvragenlijst, schoolvragenlijst) toegestuurd.

De informatie voor cliënten is bedoeld om uit te leggen hoe de aanmelding en het onderzoek gaat, en wat zij verder van de instelling mogen verwachten.

De aanmeldcoördinatoren screenen dagelijks de nieuwe aanmeldingen en houden bij welke lijsten binnen zijn. Direct nadat de lijsten ingevuld zijn geretourneerd wordt het intakegesprek ingepland.

Cliënten die niet thuis zijn wordt gevraagd om zelf terug te bellen voor het maken van de intakeafspraken. Voorheen was het secretariaat veel tijd kwijt met eindeloos achter mensen aanbellen.

Doordat er al veel voorinformatie bekend is, kan de intake specifiek en effectiever worden gepland dan voorheen. Zo veel mogelijk gebeurt dit bij een intaker die later ook de behandelaar wordt. De benodigde tijd voor intake blijkt door deze ingrepen ook korter, vervolgonderzoeken kunnen eerder worden ingepland.

De totale in- en doorstroomtijd wordt hiermee verkort. Aanmeldcoördinatoren geven aan dat cliënten vaker heel snel aan de beurt zijn.

Bijeffect is echter wel dat sommige cliënt(systemen) geen lijsten terug (kunnen) sturen en dat dan geen uitnodiging volgt. Als tussenoplossing krijgt het niet reagerende cliëntstelsel nu na paar weken een brief met uitnodiging tot extra hulp bij aanmelding.

Reageren ze daar binnen een paar weken niet op, dan worden ze uitgeschreven. De (vaak toch “vervuilde”) wachtlijst is hiermee aanmerkelijk verkort.

1.2 De online intake agenda

Geïnspireerd op het boeken van een vliegticket

Het plannen van een intake met meerdere partijen is geen sinecure, zo ondervond een afdeling voor gezinsbehandeling, waar veel cliënten in het kader van een kinderschermingsmaatregel worden aangemeld. Deze afdeling kampte al jaren met grote problemen om de intake zo georganiseerd te krijgen dat zowel alle gezinsleden als de verwijzer, meestal de gezinsvoogd, daarbij aanwezig konden zijn. Het leidde over het algemeen tot een tijdverslindend telefonisch heen en weer bellen over de mogelijke

data, waarbij iedere deelnemer zo zijn eigen agendaproblemen bleek te hebben. Het had bovendien tot gevolg dat de gezinsafdeling de verantwoordelijkheid voor het komen tot die eerste afspraak zo niet bewust naar zich toetrok, maar dan toch wel toegeschoven kreeg.

Geïnspireerd op het boeken van een vliegticket en vliegtuigstoel vanaf de computer thuis, kwam het verbeterteam van deze afdeling op het lumineuze idee om de verwijzer samen met het gezin zelf een afspraak in te laten boeken in een online intakeagenda van de afdeling. De regie voor een goede en tijdige afspraak ligt daarmee bij de verwijzer en het gezin. De verantwoordelijkheid voor het bieden van voldoende en tijdige intake-mogelijkheden bij de afdeling gezinsbehandeling.

Vanwege beveiligingsproblemen is de online intakeagenda, waarop van buitenaf afspraken op kunnen worden ingeboekt, nog niet operationeel. Tijdelijk is daarom nog de tussenkomst van het secretariaat nodig. De verwijzer belt op het moment dat het gezin bij hem is en het secretariaat boekt de afspraak in.

De nieuwe werkwijze leidt tot een forse afname van no shows en minder tijdsbesteding door het secretariaat. De tijd tussen aanmelding en intake is afgenomen met 30%. Niet de afdeling gezinsbehandeling, maar ouders en verwijzers bepalen voortaan de tijd tussen aanmelding en intake.

1.3 Minder stappen zetten

Alle handelingen nauwkeurig geanalyseerd

Vaak lijkt van het bestaan van lange wachtlijsten een zekere gewenning uit te gaan...

Dat begon voor een van de teams ongemakkelijk te voelen op het moment dat zij de processtappen tussen aanmelding en start onderzoek analyseerden. Iedere handeling in dat traject werd onder de loep genomen:

- Bij wie komt de aanmelding binnen?
- Wie zorgt voor administratieve verwerking en inschrijving?
- Naar wie gaat de aanmelding voor een eerste screening?
- Wie zorgt voor eventuele toezending vragenlijsten en formulieren?
- Wie regelt de toedeling aan een intaker en hoe eenvoudig of ingewikkeld is dat?
- Wie kan vervolgens die afspraak in de agenda vastleggen?, etc.

Tegelijkertijd werd genoteerd hoeveel tijd verstreek tussen twee handelingen. Dat bleek meestal om dagen te gaan. Totaal namen deze handelingen zo'n 14 dagen in beslag. Ook werd duidelijk dat de cliëntgegevens in deze fase door zes verschillende handen gingen.

Met kleine ingrepen konden aanmerkelijke verbeteringen worden aangebracht:

Er zijn nu slechts drie personen betrokken bij het proces van aanmelding tot start onderzoek: de persoon van de aanmelddienst, de secretaresse en de intake. Daardoor hoeven minder mensen tijd uit te trekken om zich te verdiepen in het dossier. Door het vereenvoudigen van het proces gaat ook minder tijd verloren tussen de handelingen. Daarmee kan het hele aanmeldproces nu in één dag worden afgerond.

1.4 Vermindering wachtrijen en beïnvloeden instroom

Dankzij centrale aanmelding

Een team stelde zichzelf tot doel hun toegangstijd te verminderen van gemiddeld 7 naar maximaal 3 weken. Daartoe is binnen deze instelling een centrale aanmelding gerealiseerd en is de "onterechte" instroom gereduceerd.

Op de centrale aanmelding wordt bekeken waar de cliënt onderzocht en behandeld gaat worden. Uitgangspunt is dat cliënten geplaatst worden op een locatie in de eigen buurt, maar dat ze een plek aangeboden krijgen op een andere locatie als daar een kortere toegangstijd is.

Uit intern onderzoek bleek dat veel cliënten een vraag hadden die eigenlijk beter bij een andere instelling kon worden beantwoord. Soms wachtten cliënten onnodig wekenlang om na de eerste screening te worden doorverwezen. Andere keren werd, vanuit klantvriendelijkheid, toch een aantal gesprekken gevoerd om cliënten op weg te helpen.

Om dergelijke vervuiling van de wachtlijst tegen te gaan zijn heeft dit team de aanmeldcriteria verder verhelderd en deze extern gecommuniceerd. Dit is gebeurd in samenwerking met BJZ en collega's van andere locaties.

2. Optimaliseren van de onderzoeksduur

2.1 Intake koppels

Twee durven meer dan één

Een afdeling voor algemene kinder- en jeugdpsychiatrie had er meer dan drie maanden voor nodig om alle stappen in het onderzoek te doorlopen. Na een grondige analyse van dit proces besloten de medewerkers om de zaak om te gooien.

Versnellende elementen in een nieuwe aanpak waren ten eerste een nieuwe en strakke agendering van het onderzoek op zo'n manier dat dit in drie achtereenvolgende stappen in drie weken kon worden afgerond. Ten tweede werd veel tijd gewonnen door het onderzoek te laten uitvoeren door intake koppels. Dit laatste heeft veel voordelen, mits een aantal beslissingen direct door dit intakekoppel genomen kan worden. Een intakekoppel kan in de meeste gevallen de functie van het Multidisciplinair overleg overnemen en spaart daarmee veel tijd en geld. Door een goede samenstelling van de koppels leidt dit tot verantwoorde beslissingen (collegiale toetsing). Ook blijkt dat koppels het vaker aandurven om op basis van werkhypotheses een behandeling te starten. Ook dat is winst.

Intake koppels kunnen zich tijdens het onderzoek na een gemeenschappelijke start zo opsplitsen dat de een het kind onderzoekt, en de ander in diezelfde tijd de ouders spreekt voor een uitgebreide anamnese.

Aan het eind komt het intakekoppel weer bij elkaar om de bevindingen te delen en verder beleid uit te stippelen in overleg met ouders en kind. Het is een vorm van wrapped around onderzoek: de benodigde onderzoekers zitten als het ware tegelijkertijd om de cliënt heen, in plaats van dat cliënten van onderzoek(er) naar onderzoek(er) gesleept worden die er ieder een eigen agenda op na houden. Een dergelijk wrapped around onderzoek is afhankelijk van de hulpvraag eenvoudig te variëren door bijvoorbeeld de psychiater even te laten aanschuiven, of door het onderzoek van een kind achter een one-way screen uit te voeren, waardoor een andere onderzoeker eventueel samen met ouders mee kan kijken.

2.2 Diagnostiek in twee weken

Cliënten en medewerkers profiteren

Een team, gespecialiseerd in cliënten met een licht verstandelijke beperking, ontwikkelde een diagnostiektraject met een vaste doorlooptijd van

twee weken. Het volledig diagnostiektraject bestaat uit klachtenanamnese, kinderpsychiatrisch onderzoek (KPO), ontwikkelingsanamnese, twee maal psychodiagnostisch onderzoek (PDO) en een adviesgesprek. Deze trajecten worden in blokken in de agenda's van medewerkers gezet. Hierin hoeven alleen nog namen ingevuld te worden.

Voorbeeld diagnostiektraject in twee weken:

Maandag		Donderdag (optioneel)	Vrijdag
Intake (KJP, GZ, NP)		Psychodiagnostisch- onderzoek (GZ)	Adviesgesprek (GZ)
IQ (GZ)	Ontwikkelings Anamnese (NP)		
KPO (KJP)			
Eind van de dag beslissing: nog vervolgonderzoek nodig?			

KJP = Kinderpsychiater GZ= GZ psycholoog NP= Nurse practitioner

Het team begon met een diagnostiektraject van één week. Daarin bleek echter te weinig ruimte voor onderlinge afstemming om tot een gedegen conclusie en advies te komen. Daarom zijn de trajecten omgezet naar twee weken.

Door op de eerste onderzoeksdag naast klachtenanamnese, kinderpsychiatrisch onderzoek en ontwikkelingsanamnese ook al psychodiagnostisch onderzoek (in veel gevallen intelligentieonderzoek) te doen, kan door deze extra informatie het stellen van de diagnose eerder en sneller plaatsvinden. Daarnaast start het team tegenwoordig vaker met de behandeling op basis van een voorlopige diagnose: er is meer aandacht voor procesdiagnostiek.

Zowel medewerkers als patiënten en ouders zijn voorafgaand aan de intake op de hoogte van het diagnostiektraject. Ouders worden voorafgaand aan de intake gebeld en het traject dat zij gaan doorlopen wordt met hen doorgesproken. Hierdoor werd meer commitment gekregen.

De huidige werkwijze heeft verschillende voordelen:

Clënten zijn tevreden, zij hebben sneller duidelijkheid. De intake trio's ervaren deze manier van samenwerking als prettig en stimulerend. De case-

load van de coördinator neemt af. Hierdoor heeft deze meer overzicht en hoeft minder terug te kijken in dossiers. Dit levert tijdswinst op en het gevoel dat er nog veel op je schouders drukt neemt af.

2.3 Getrapte en gecoördineerde onderzoekstrajecten

Minder onderzoek en één cliënt tegelijkertijd

Een van de team bracht de doorlooptijd van het onderzoek terug van 54 naar 13 dagen door het aantal onderzoeken te beperken en kritisch te kijken naar administratieve processen.

Het aantal onderzoeken is beperkt door vermindering van het aantal tests dat 'standaard' wordt afgenomen. De onderzoeken voor zowel ADHD als ASS onderzoek zijn aangepast en de Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ. Bij het ADHD onderzoek is neuropsychologisch onderzoek voortaan optioneel in plaats van standaard.

Het team heeft een centrale planning van de onderzoeken ingevoerd: de psychodiagnostisch medewerker coördineert en plant het volledige onderzoekstraject voor alle cliënten en alle diagnostici. Deze planning gebeurt in vooraf geblokkeerde onderzoeksmomenten en zijn inclusief uitwerktijd, besprekingsmoment en adviesgesprek. De cliënt krijgt een overzicht van alle afspraken.

De caseload van diagnostici is verminderd: zij hebben op elk moment slechts één cliënt in een onderzoekstraject.

2.4 Generalistisch team met een ASS- en een ADHD-poli

Beter plannen, meer standaardisatie

Een generalistisch team startte met een ASS-poli en zette vervolgens ook nog een ADHD-poli op.

De ASS-poli omvat een onderzoekstraject en een psycho-educatiegroep voor ouders. Daarnaast zijn er aanvullende behandelmogelijkheden binnen de al bestaande behandelmodules.

Door agenda's anders in te plannen, overleggen beter op elkaar af te stemmen en verslaglegging meer te standaardiseren is de duur van de onderzoeken aanzienlijk afgenomen.

Daarnaast is een groepsaanbod voor ouders ingevoerd. Ouders geven aan dat zij tevreden zijn over de snelheid van het onderzoek en dat zij het

daarop volgende aanbod van de ASS-poli prettig en volledig vinden. Het team heeft plannen om de poli uit te bereiden met een aanbod gericht op nazorg.

Door de invoering van de ASS-poli is voor de meeste psychologische onderzoeken zowel de wachttijd als de doorlooptijd afgenomen. Dit komt mede doordat eerst een onderzoek volledig afgerond wordt voordat een volgend onderzoek van start gaat.

Vervolgens heeft het team een ADHD-poli opgezet. Deze vertoont grote overeenkomsten met de ASS-poli. Het betreft diagnostiek en psycho-educatie voor ouders. Met daarnaast medicatiebegeleiding en een verbeterde terugkeer richting de huisarts, met een telefonisch medicatiesprek-uur en een gemakkelijke terugkeer voor behandeling bij de poli.

2.5 Vereenvoudiging papierstroom

Geen teksten meermalen overtypen

Doelstelling van een team was om de onderzoekstijd, de tijd tussen intakegesprek en het adviesgesprek, met 50% te bekorten. Daarmee zou het team binnen de Treeknormen voor deze fase komen.

Vooral de inefficiëntie in de benodigde verslaglegging was de behandelaars een doorn in het oog. Zo werd de inhoudelijke informatie uit het indicatieverslag van Bureau Jeugdzorg, een belangrijke verwijzer van dit team, door de intake medewerker voor een belangrijk deel opnieuw overgetypt ten behoeve van het eigen sjabloon voor de verslaglegging. Daarbovenop moest veel informatie uit het intakeverslag van het team nogmaals worden opgenomen in een behandelplan en een huisartsenbrief.

Dat alles is inmiddels sterk vereenvoudigd doordat er een sjabloon voor de intake rapportage is ontwikkeld, dat direct een tekst oplevert die integraal als huisartsenbrief en als behandelplan kan dienen.

Met bureau jeugdzorg wordt nu overlegd over het digitaal aanleveren van hun indicatierapport. Als dat gerealiseerd is kan de tekst daaruit direct worden overgenomen door de intaker van de ggz.

Inmiddels is, niet alleen maar mede dankzij de vereenvoudiging van de papierstroom, de onderzoekstijd met 74% teruggebracht.

3. Verkorten van de wachttijd voor behandeling

3.1 Tijdens adviesgesprek de behandeling direct doorplannen

Meer snelheid, meer houvast

Rond een derde van alle aanmeldingen voor onderzoek en behandeling bij de poliklinische jeugd-GGZ gaat om vermoedens van ADHD. De grote stroom aanmeldingen leidt bij veel instellingen tot verstoppingen en wachtlijsten voor de gehele populatie cliënten. Een aparte efficiënte aanpak voor het onderzoek en de behandeling van ADHD in een zogenaamde 'zorgstraat' kan voor een betere doorstroom van de gehele afdeling zorgen. Er zijn inmiddels veel goede ervaringen opgedaan met ADHD-poli's, waar onderzoek en adviesgesprek meestal binnen één enkele dag plaatsvindt. Dat kan door een slimme organisatie waarbij de agenda van de verschillende benodigde onderzoekers is afgestemd op de komst van de cliënt op een afgesproken dag of dagdeel.

Sommige ADHD-poli's gaan nog verder en organiseren ook hun behandeling voor deze groep op slimme en efficiënte wijze. Die behandeling behoort stepped care te zijn opgebouwd en start met een minimale interventie psycho-educatie, zoals dit ook in de multidisciplinaire richtlijn ADHD wordt aanbevolen.

Een afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie koppelt aan het adviesgesprek altijd een groepsgewijs gegeven psycho-educatie. De behandelaar plant aan het eind van het adviesgesprek gelijk deze psycho-educatie in. Door deze groepsgewijs te organiseren wordt tijd gewonnen, kan het lotgenotencontact actief worden benut, maar ook heeft een eventuele no-show van een deelnemer minder impact.

Daarnaast plant de behandelaar tijdens het adviesgesprek vast een follow-upgesprek in, om te kijken welke hulpvragen er na de psycho-educatie nog liggen, of dat dit traject zo voldoende was en kan worden afgesloten. Deelnemers aan dit psycho-educatie traject blijken erg positief te zijn over de kwaliteit en de snelheid van de module. Het doorplannen van de afspraken met cliënten geeft bovendien duidelijkheid en houvast aan cliënten. Het stroomschema voor behandelaren dat aan de organisatie van de zorgstraat ten grondslag ligt, schept eenzelfde duidelijkheid aan hulpverleners. Een eventueel vervolg van de behandeling, bijvoorbeeld in de vorm van een afspraak voor een medicatiesprek-uur, vindt sneller plaats door deze gestructureerde wijze van werken.

3.2 Groepsaanbod op maat

Minder wachten door meer groepen

De doelstelling van een van de teams was om de wachttijd te verminderen door de behandelcapaciteit te vergroten. Dit door de inzet van minder individueel aanbod en meer en beter groepsaanbod. Het gehele groepsaanbod werd daartoe gereorganiseerd én uitgebreid:

- De omvang van de psycho-educatieve oudercursus ADHD is teruggebracht van 5 naar 4 bijeenkomsten en er is gestart met een ADHD-jongerengroep psycho-educatie. Ouders van kinderen met ADHD geven aan dat ze het als positief ervaren dat er nu ook met de jongeren zelf gewerkt wordt. De pre- en postmetingen bij de psycho-educatiegroepen voor jongeren laten een significante stijging van kennis- en inzichtniveaus van de deelnemers zien.
- De behandelduur in de ADHD-groepen is afgenomen van 63 naar 21 dagen (-71%).
- Het team heeft de psycho-educatieve oudercursus en jongerencursus ASS opgesplitst in een basisgroep en een vervolggroep (getrapte zorg). Deze groepen worden gegeven in een verhouding 2:1. Voor de ASS groepen is de behandelduur afgenomen van 70 naar 30 dagen (-57%).
- De groepen uit het eerstelijns aanbod zijn door het team kritisch geëvalueerd. Deze evaluatie had tot resultaat dat enkele groepen zijn geschrapt en overgedragen naar de 1ste lijnssector.
- Tot slot zijn er groepsbehandeling gestart voor cliënten met angststoornissen en psychotherapiegroepen. Voor cliënten met angststoornissen is de behandelduur teruggebracht van 296 naar 86 dagen (-70%).

3.3 Cliëntvolgsysteem en het matchen van hulpverleners

Een klusje met heel positieve gevolgen

Gebrek aan zicht op de fase in het hulpverleningsproces waarin cliënten zich bevonden was voor een team de belangrijkste reden om een cliëntvolgsysteem te ontwikkelen.

Door inzichtelijk te maken hoe alle cliënten het proces van aanmelding tot afsluiting doorlopen en waar de wachtrijen ontstaan, kon gericht actie ondernomen om de doorstroming te bevorderen. Zicht op instroom,

capaciteit en uitstroom maakt regie mogelijk, via gerichte maatregelen kunnen deze drie grootheden in balans worden gebracht. Onbalans leidt onvermijdelijk tot wachtrijen.

Met het planbord konden ook de 15 (!) gehanteerde wachtlijsten worden geïntegreerd tot één wachtrij. Door het samenbrengen van de wachtlijsten werd niet alleen overzicht maar ook veel administratietijd gewonnen.

Tegelijkertijd werd door het team intern een inventarisatie gemaakt van affiniteiten en specialismen van medewerkers voor bepaalde cliëntgroepen of problematiek. Dat bleek een betrekkelijk eenvoudig klusje met heel positieve gevolgen: door cliënten na aanmelding op basis van affiniteiten te koppelen aan hulpverleners werd een aanzienlijke winst in doelmatigheid en cliëntvriendelijkheid bereikt. De hulpverleners bleken over het algemeen minder tijd nodig hebben voor het onderzoek. Bovendien konden cliënten na de intake veel vaker de behandeling vervolgen bij dezelfde hulpverlener.

3.4 Vermindering wachtrijen en flexibele instroom

Minder wachten dankzij de basisgroep

Eén van de principes voor het minimaliseren van wachttijd is het verminderen van het aantal wachtrijen. Meerdere wachtrijen vergroot de complexiteit en het kost meer tijd en energie om een systeem met meerdere wachtrijen te beheersen.

Een team heeft ervoor gekozen om dit principe te tarten door een basisbehandeling voor alle kinderen te ontwikkelen. Het idee is dat alleen bij gegronde redenen een kind niet naar deze groep wordt doorverwezen. Vanuit ervaring opgedaan met diagnostiek en behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking, hebben zij de aanwezige en deels zelf op de doelgroep aangepaste, specifieke behandelmethoden nader geanalyseerd. Vanuit deze analyse kwam de gedachte naar voren dat, onafhankelijk van de specifieke problematiek van de jongeren, zij allen kunnen profiteren van de behandeling gericht op basale vaardigheden. Het gaat hierbij om de volgende thema's:

1. Basiscommunicatie/sociale vaardigheden
2. Gevoelens herkennen
3. Zelfbeeld verbeteren
4. Psycho educatie

Aan het eind van het project liet dit team zien dat deze behandeling bij tweederde van de kinderen werd ingezet.

Een ander belangrijk element van de ontwikkelde training, is het feit dat de behandeling open is. Met 'open' wordt hier bedoeld dat het om een training gaat waarbij niet enkele op één vaste datum een kind kan starten met deze behandeling. Op ieder moment dat er een plek vrij komt in de groep, kan een ander kind instromen. Er is dus gezorgd voor een flexibele instroom wat ook weer een positief effect heeft op de wachttijd.

4. Optimaliseren behandelduur

4.1 Doelgericht behandelen

De behandelkaart werkt

Een team formuleerde als ambitieuze doelstelling een afname van de behandelduur tot 6 maanden. Het team ontwikkelde daartoe hun eigen Behandelkaart: een gevouwen A-4 waarop voor de cliënt alle praktische en juridische afspraken staan genoteerd.

Bij de start van de behandeling besteedt dit team met cliënten veel aandacht aan het afstemmen van verwachtingen en concrete, meetbare (smart)doelen. De afspraken worden voor het gehele traject bij aanvang met de cliënt ingepland. Ook wordt vastgelegd wanneer geëvalueerd wordt, zowel met de cliënt als in het team.

Bij het niet halen van de behandeldoelen wordt de behandeling niet automatisch verlengd. Eerste wordt in kaart gebracht waarom de doelen niet zijn gehaald en/of een cliënt meerdere keren niet is gekomen. Behandeldoelen kunnen natuurlijk worden aangepast indien nodig of gewenst, na overleg met het team. Het is nadrukkelijk niet zo dat behandelingen alleen nog maar kortdurend zijn. Het gaat erom dat er afspraken worden gemaakt, dat de eindigheid van de behandeling wordt besproken en neergezet. Ook is het belangrijk dat wordt aangegeven en besproken dat er inspanningen van de cliënt worden verlangd en of die haalbaar zijn op moment van starten.

Bij de cliënten waarmee met de behandelkaart is gewerkt, is de frequen-

tie enorm omhoog gegaan; no-shows zijn duidelijk verminderd, behandelingen worden sneller afgerond en dossiers gesloten.

Een behandelduur van circa 6 maanden blijkt net haalbaar. De verwachting is dat dit voor stoornissen als ADHD, PDD, ASS, gedrags-, angst- en stemmingstoornissen te doen is en dat deze binnen die termijn kunnen verdwijnen of dat de klachten in ieder geval duidelijk afgenomen zijn. Zo niet dan moet kritisch gekeken worden naar de integriteit en het type van de uitgevoerde interventies (zijn die volgens de richtlijn, het protocol?), de diagnose, en de therapeutische relatie.

Medewerkers die met de behandelkaart werken zijn tevreden, kinderen/jongeren en ouders ook: afspraken en verwachtingen zijn helder. Ambivalentie over de behandeling of de nodige inspanningen om de behandeldoelen te halen, komen direct op tafel en zijn zo direct onderwerp van gesprek.

Het secretariaat is erg content omdat zij maar één keer een afsprakenreeks hoeven in voeren.

4.2 Medicatievragen per e-mail

Het scheelt de psychiater een uur per dag

Als onderdeel van een ADHD-poli, werd door een van de deelnemende teams een aanvullend medicatiesprek uur per e-mail geïntroduceerd. Cliënten kunnen op deze wijze laagdrempelig hun vragen voorleggen over de medicatie, afspraken en recepten. In het verleden werd voor medicatievragen vaak standaard een gesprek met de psychiater ingeboekt. Maar liefst 90% van deze vragen blijkt binnen een dag afgehandeld te kunnen worden door de verpleegkundig specialist van de poli. Hierdoor worden cliënten beter en sneller geholpen én wordt de psychiater een uur per dag vrijgespeeld. De psychiater capaciteit die overblijft wordt nu ingezet voor behandeling en intakes.

Om te weten of deze verandering van werkwijze ook werkelijk een verbetering inhoudt voor cliënten werd de cliënttevredenheid gepeild bij cliënten die gebruik maken van het e-mail medicatiesprek uur. Van de 15 cliënten die hebben gereageerd zijn 13 daarvan tevreden tot zeer tevreden. Ook in de directe cliëntencontacten komt naar voren dat dit spreekuur zeer gewaardeerd wordt. Met name de ervaren toegankelijkheid voor het stellen van vragen over medicatie en recepten. Als bijkomende positieve effecten werd opgemerkt dat de werkzaamheden rondom recepten goed

te declareren zijn zonder dat dit de tijd van de psychiater belast, de communicatie met het secretariaat duidelijker verloopt, en dat er minder no-show optreedt bij cliënten die via deze route op afspraak komen voor het instellen van hun medicatie.

4.3 Doelgericht behandelen

Evaluaties strak doorplannen

Bij start van het project was er bij een van de teams, gericht op jeugd met een licht verstandelijke beperking, een lange wachtlijst voor behandeling, er waren geen eenduidige aanmeldprocedure en screening, de diagnostiekfase duurde lang, er was onvoldoende inzicht in het soort aanmeldingen en ook behandeltrajecten duurden lang. Dit leidde tot ontevredenheid bij cliënten, ouders, verwijzers en medewerkers.

Het team stelde zich ten doel de aanmeldprocedure te optimaliseren en de intake en diagnostiekfase te versnellen. Ook wilden zijn doorstroommogelijkheden en beperkingen in de behandelfase inzichtelijk maken en verbeteren.

Om deze laatste doelstelling te bereiken hebben zij een eenduidig screeningsverslag ingevoerd. Hierdoor is de rapportage bij alle behandelaren vergelijkbaar: met duidelijke hypothese, hulpvraag en beleid. Het verbetersteam heeft een systeem geïnstalleerd voor controle op evaluatiemomenten. Via een signaleringssysteem binnen het EPD wordt bewaakt dat cliënten minimaal eenmaal per 6 maanden wordt geëvalueerd. Zo wordt voorkomen dat er 'zwevende' casussen zijn. Behandelaren zijn alerter zijn op de behandelduur. Het behandelproces verloopt gestandaardiseerd en volgens de fasen: 3 maanden observatie, 3 tot 6 maanden behandeling en 3 maanden nazorg en afsluiten van het traject.

4.4 Flexibilisering dagbehandeling

Aansluiten bij mogelijkheden van cliënten

Een team heeft de ervaring dat veel gezinnen gemotiveerd zijn om deel te nemen aan een dagbehandelprogramma. Maar dat het steeds moeilijker te regelen is. Een deelname van drie doordeweekse dagen combineert moeilijk met school van de kinderen en werk van ouders.

Om beter aan te kunnen sluiten bij de mogelijkheden van cliënten is het programma aangepast. Het bestaat nu uit twee groepsbehandeldagen en één per gezin op maat in te vullen behandelmoment, per week. Bij behandeling op maat moet je denken aan huisbezoeken, het programma Signs of Safety, of extra gezinsgesprekken waarbij mogelijk ook andere uit het netwerk betrokken personen kunnen aansluiten.

De twee groepsdagen worden nu op alternatieve tijden gepland, zoals op woensdag van 09.30 tot 15.00 uur en de vrijdagmiddag en avond, of de zaterdag. Hierdoor missen de kinderen minder school en ouders minder werkdagen.

Omdat de kinderen minder school missen kon de huiswerkklas als onderdeel van het oude programma komen te vervallen. Dat scheelde in de werkdruk. Kinderen krijgen nu wekelijks creatieve therapie. De kinderen geven aan de creatieve therapie het leukste onderdeel te vinden van de gezinsdagbehandeling!

Het team ervaart dat de doorstroom van gezinnen nu gemakkelijker verloopt en zien het als winst dat zij nu naast het groepsgerichte programma iedere week individueel met het gezin aan het werk kunnen, afgestemd op wat de gezinnen nodig hebben. Gezinnen zijn meer tevreden over het behandelaanbod.

Sociotherapeuten zeggen dat zij een completer en duidelijker beeld krijgen van het gezin, nu zij wekelijks individuele contactmomenten hebben met het gezin.

Na afloop van de groep volgende drie terugkomdagen. Ouders geven aan het prettig te vinden dat de gezinsdagbehandeling op deze wijze 'langzaam' wordt afgebouwd.

4.5 De strippenkaart

Sneller afronden en zo nodig weer snel binnen

Een team ontwikkelde een zorgpad voor 12-18 jarigen met een Autisme spectrum stoornis bij wie de diagnose al is gesteld. Veel van deze jongeren hebben ooit lang op een wachtlijst gestaan. Zowel ouders als hulpverleners vinden het moeilijk om het behandelcontact af te ronden, ook als er op een gegeven moment eigenlijk geen vraag meer is. Zij weten immers dat de meeste van deze jongeren op enig moment weer tegen problemen aan zullen lopen: bijvoorbeeld rond overgang naar middelbare school en rond de puberteit.

Het idee van het team was om voorspelbare vragen te structureren en daar een standaard aanbod op te ontwikkelen. Dit in de vorm van psycho-educatie, sociale vaardigheidstraining, agressieregulatie ed. Jongeren die op dat moment zijn uitbehandeld krijgen dan een “strippenkaart” mee waarvan zij op het moment dat dat nodig is direct gebruik kunnen maken.

Het voordeel van deze aanpak is drieledig:

1. De behandeling kan eerder worden afgerond omdat mensen weten dat ze snel terecht kunnen als het nodig is.
2. Op het moment dat jongeren later weer hulp nodig hebben kunnen ze snel terecht: geen wachtlijst, geen intakeprocedures.
3. Het systeem wordt ontlast doordat er minder her-aanmeldingen zijn.



Verankeren en verspreiden

Een succesvol Doorbraakproject levert niet alleen een doorbrekend resultaat op in de vorm van bijvoorbeeld tevreden cliënten en een drastische afname van doorlooptijden. Opvallend is telkens weer het positieve effect op de deelnemende teams. Teams die hebben ervaren hoe ze zelf de zorg kunnen verbeteren en gemotiveerd zijn om volgende stappen te zetten. Het verankeren en verspreiden van beide soorten resultaten is een kunst apart en daarover gaan de volgende drie hoofdstukken:

1. Praktische tips en voorbeelden
2. Gewoon heel erg goed zijn: een inzicht en een keuze (een bijdrage van Marius Buiting)
3. Cultuurverandering in de GGZ (een bijdrage van Monica Haime)

uil symbool van wijsheid, kennis, studie en eruditie

1. Praktische tips en voorbeelden

1.1 Tips om resultaten te verankeren:

Gooi de oude werkwijze overboord

Een ijzersterke methode voor het borgen van resultaten is de nieuwe werkwijze te omarmen als standaard werkwijze en op te nemen in het reguliere werkproces. Met andere woorden: gooi de oude werkwijze overboord. Neem de nieuwe werkwijze bijvoorbeeld op in bestaande werkprocessen, zoals het cliëntdossier, registratiesystemen, agendasystemen of iets dergelijks.

Blijf waakzaam

Een belangrijk instrument dat door veel teams genoemd wordt als succesfactor voor het behoud van resultaten op langere termijn is het blijven meten of monitoren.

Door bijvoorbeeld periodiek toegangstijden, behandelduur of cliëntcontacttijden te blijven meten en deze terug te laten komen in het werkoverleg blijven mensen zich bewust van het belang van dit resultaat. Ook kan tijdig actie worden ondernomen als blijkt dat de behandelduur weer oploopt.

Maak zichtbaar

Maak gebruik van een voor iedereen zichtbaar 'bord' waarop grafieken van de belangrijkste metingen en/of doelstellingen wekelijks worden opgehangen. In sommige organisaties kiest men voor een digitaal bord in de vorm van een 'dashboard' om de verschillende indicatoren van een afdeling of team continu in de gaten te kunnen houden. Ook kunnen metingen opgenomen worden in managementrapportages en de jaarsprekken tussen medewerker, manager en directie.

Sluit aan

Om de resultaten of methodiek te behouden is het goed aan te sluiten bij (kwaliteits)methoden en technieken die toch al in de organisatie worden gebruikt. Hiermee worden de doelen en resultaten als het ware verankerd in de kwaliteitscyclus. Sommige organisaties hebben bijvoorbeeld een expliciet kwaliteitsbeleid en/of andere lopende verbeterprojecten of misschien wel interne indicatoren en doelen vastgesteld. Aansluiting zoeken bij methoden en technieken die toch al gangbaar zijn in de organisatie is een krachtig middel in de zoektocht naar verankering en verspreiding. Misschien kunnen de verbeteringen in het kader van het Doorbraak-

project worden vastgelegd in bestaande protocollen of worden benut in HKZ audits. Of sluit bijvoorbeeld aan bij bestaande beleidsdoelen en indicatoren, organiseer interne audits en neem de resultaten, doelen en metingen op in de planning- en control cyclus.

1.2 Tips voor verspreiding

Informeert en motiveer

Zorg dat alle geledingen binnen de organisatie weten welke verbeteringen mogelijk zijn en hoe deze kunnen worden gerealiseerd. Naast kennisoverdracht gaat hier ook om mensen nieuwsgierig te maken en te enthousiasmeren: Hier wil ik bij horen! Dat wil ik ook! Dit is waardevol!

Incidentele informatieverstrekking kan bijvoorbeeld via:

- berichtgeving in een nieuwsbrief/op intranet
- mondelinge “reclame”
- verspreiding van een flyer
- organiseren van een informatiebijeenkomst

Structurele inbedding is te realiseren door bijvoorbeeld:

- vast agendapunt in teamoverleg
- vast agendapunt in managementteam
- informatiebord op de teamgang met inspirerende voorbeelden

Kies verbeteren als strategie

Succesvolle projecten sluiten meestal aan bij ontwikkelingen die reeds gaande zijn in een organisatie. Het langdurig verbinden van zulke projecten aan de strategie van de organisatie heeft de meeste kans van slagen. De organisatie moet verbeterprojecten duidelijk verbinden met wat er al is en deze presenteren als een goed instrument om de prestaties van de organisatie de komende jaren te verbeteren. Als dat niet gebeurt, zijn ze ‘even leuk’ en snel verdwenen. Dus gedoemd te mislukken.

Informeert en motiveer over grenzen heen

Als op één afdeling goede resultaten zijn geboekt, kunnen deze ervaringen meegenomen worden in het enthousiasmeren en begeleiden van andere teams of afdelingen in de organisatie. Een enthousiaste collega kan bijvoorbeeld zijn ervaringen delen in een afdelingsvergadering of een managementoverleg. Verhalen van ‘peers’ hebben grote invloed op de bereidheid tot veranderen van professionals.

Faciliteer

Diverse ICT toepassingen om het meten, scoren en presenteren te vergemakkelijken blijken onontbeerlijk voor zowel de succesvolle implementatie binnen verbeterprojecten als voor de verspreiding en borging ervan. Naast ICT zijn het faciliteren van mogelijkheden voor training, opleiding door het management onmisbaar voor het verspreiden van opgedane kennis en ervaring.

1.3 Praktijkvoorbeelden

Van 32 verbeterideeën naar structurele innovatie

Van een organisatie namen 4 teams van 4 verschillende afdeling deel aan het project Versnelling in de jeugd-ggz. Tijdens het Doorbraakproject experimenteerden zij met 32 verbeterideeën en realiseerden positieve resultaten. De gerealiseerde verbeteringen zijn geclusterd op 4 thema's:

1. Persoonlijke effectiviteit
2. Administratieve organisatie
3. Behandelfase
4. Onderzoeksfase

Het management beoordeelde de 32 verbeteracties en concludeerde dat ze voor alle jeugdteams in de organisatie van meerwaarde zijn. In de managementcontracten is vastgelegd dat in anderhalf jaar tijd alle teams deze verbeteringen moeten doorvoeren.

Tegelijkertijd is de projectfase afgesloten en omgezet in structurele aandacht voor het slimmer organiseren van werkprocessen, gerangschikt naar bovengenoemde thema's. Elementen uit de doorbraakmethode worden blijvend ingezet om een creatieve en innovatieve cultuur bij alle medewerkers te bevorderen en behouden. De voormalige projectleiders hebben hierin een permanente rol gekregen.

Van één team naar instellingsbrede aanpak

Een van de teams richtte zich op het verkorten van hun onderzoeksduur. De door dit verbeterteam succesvol uitgeprobeerde eendagsdiagnostiek werd goed geborgd door het proces goed te beschrijven, intake- en duo's samen te stellen, en – niet onbelangrijk – het resultaat te meten: niet alleen werd een veel snellere onderzoeksfase voor de cliënt bereikt, maar ook een 50% afname van de contactmomenten van onderzoekers.

De kosteneffectieve eendagsdiagnostiek is opgepakt door het management en inmiddels ingevoerd in de hele instelling: er wordt overal alleen nog maar zo gewerkt.

Doorbraakmethode breder toegepast

Binnen een andere organisatie passen de teams de Doorbraakmethode nog steeds toe, zij voeren nog steeds activiteiten uit om de behaalde resultaten te behouden en zelfs te verbeteren. De focus heeft zich echter verlegt naar andere fasen in hun zorgproces. Zo heeft één van de teams aanvankelijk grote verbeteringen ingevoerd om de aanmeldprocedure te versnellen en te verbeteren en zijn zij nu bezig met het verkorten van het diagnostisch traject. Een half jaar na afronding van het project neemt de totale doorlooptijd nog steeds af. Blijven meten is hierbij belangrijk.

Zowel elementen uit de Doorbraakmethodiek als de logistieke principes worden inmiddels ook op andere afdelingen in de organisatie toegepast. Zo wordt de Doorbraakmethodiek gebruikt bij de invoering van zorgprogramma's.

Medewerkers kennen de aanpak, denken in mogelijkheden in plaats van beperkingen, zijn actiegericht in plaats van te focussen op de 'beren op de weg' en 'pakken aan wat ze aan kunnen pakken'.

Informeren en enthousiasmeren

Inmiddels werken veel ADHD teams met een korte onderzoeksfase, maar niet overal wordt het vervolg daarop ook even slim georganiseerd. Een van de verbetersteams heeft zich daarover gebogen en een aantal mogelijke verbeteringen voor die doelgroep uitgetoetst. Belangrijke elementen waren het in een keer doorplannen van groepsgewijze psycho-educatie en een follow-up gesprek om te kijken wat vervolgens nog nodig is (combinatie van standaardisatie van basiszorg en maatwerk). Daarnaast werd door dit team een digitaal medicatiesprek uur uitgetoetst. Dat zorgde voor een veel snellere beantwoording van alle vragen en leidde tot een afname van medicatievragen bij de psychiater met 90%.

Deze succesvolle experimenten werden 'in de lijn' teruggekoppeld in het afdelingsoverleg en via management rapportages. Collega's werden geïnformeerd en –nog belangrijker– geënthousiasmeerd tijdens lunchbijeenkomsten en o.a. door een publicatie in het personeelsblad.

Het heeft er toe geleid dat ook andere afdelingen met andere doelgroepen zijn gaan werken met het standaard doorplannen van groepsgewijze psycho-educatie en een follow-up gesprek. En ook het digitale medicatiesprek uur werd verbreid naar de andere afdelingen, zodat er gezamenlijk een nurse-practitioner voor kon worden aangesteld.

De Doorbraakmethode is bij dit ADHD team zo goed aangeslagen, dat de medewerkers deze experimenteercultuur hebben overgenomen en vastgehouden. Ze proberen nog altijd op Doorbraak manier nieuwe dingen uit.

2. Gewoon heel erg goed zijn: een inzicht en een keuze

Marius Buiting

De afgelopen twee decennia is het woord "kwaliteit" in de zorg veel gebezigd. Twee modes waren daarbij in zwang: input/verantwoordingskwaliteit en projectmatig verbeteren.

De vraag mag worden gesteld of dit heeft geleid tot een duurzame, substantiële kwaliteitsverbetering van de zorg, die door de klant (patiënt/client; verwijzer/verzekeraar) kan worden waargenomen. Weliswaar hebben nieuwe wetenschappelijke inzichten en nieuwe technologieën (diagnostiek en therapeutisch instrumentarium) veel vooruitgang gebracht, de organisatie van de zorg en de "performance" (performantie) van professionals zijn hierbij achter gebleven. De stelling die ik aan het begin van deze bijdrage wil poneren, is dat door een verkeerd begrijpen en toepassen van kwaliteitsinstrumenten veel kansen blijven liggen en de zorg voorspelbaar ondermaats presteert. Een hoge kwaliteit realiseren voor de klant is niet moeilijk, maar vereist het consequent toepassen van eenvoudiger en meer geëigende methodieken dan nu doorgaans gebeurt.

2.1 Even buiten de zorg kijken

Door onze dagelijkse beslommingen en de cultuur en wijze van organiseren van zorg, hebben we vaak het idee dat onze malaise een onoverkomelijke noodzakelijkheid is. Om dit construct te ontvluchten, is het behulpzaam eens buiten onze zorgsector te kijken. Ik nodig u uit een organisatie, personen of groepen van personen in gedachten te nemen waar u grote bewondering voor heeft en die naar objectieve maatstaven (de opvatting van klanten/publiek) erg goed presteren.

Misschien schiet u een sporter of sportteam te binnen, een orkest of theatergezelschap, een muzikant of cabaretier, een winkel- of software bedrijf, een hotel of restaurant, een leraar/docent of school. Bij zo'n voorbeeld zouden we ons twee vragen moeten stellen:

1. Hoe is die persoon/die groep van personen op zo'n hoog niveau gekomen?
2. Welke organisatorische context bevordert duurzaam zo'n hoge prestatie?

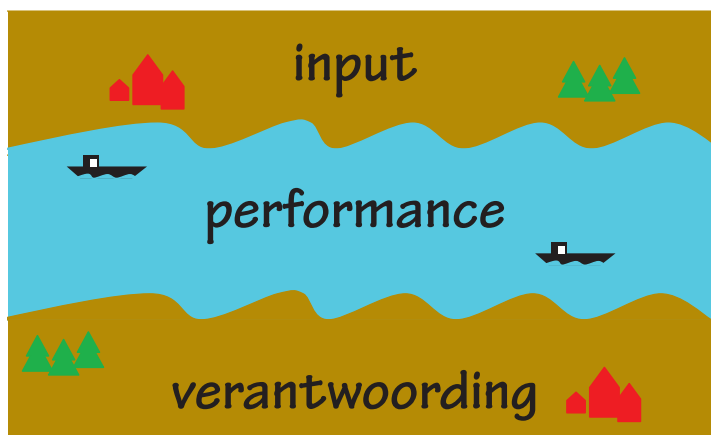
Wellicht schieten u een paar gedachten te binnen. Heeft u geen idee of zou u het preciezer willen weten, dan zou het erg leerzaam kunnen zijn eens op dergelijke personen of organisaties af te stappen en deze vragen

te stellen.

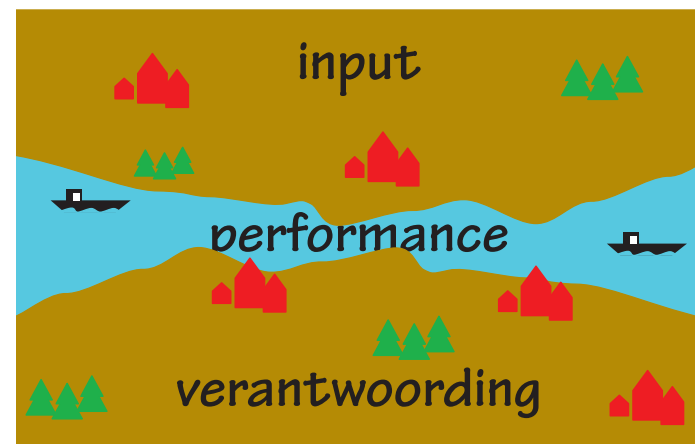
De afgelopen jaren hebben wij deze vraag vaak gesteld en zijn daarbij tot het frappante inzicht gekomen dat er systematisch van een aantal methodieken gebruik wordt gemaakt en dat wij in de zorg deze methodieken niet of niet systematisch gebruiken. Deze inzichten zouden wij graag met u delen.

2.2 Van focus op input en verantwoording naar focus op performantie

In figuur 1 worden drie interventiestrategieën getoond om een hoge kwaliteit van organisaties te garanderen die met zorg vergelijkbaar zijn. In de zorg is het niet mogelijk een product of dienst vóór blootstelling aan de klant te verifiëren: de kwaliteit wordt gerealiseerd in de “vervaardiging” (= performantie of uitvoering); op het moment zelf, tijdens het behandelcontact. Daarom moet worden zorg gedragen voor goed voorbereide performers (input) met goede “gereedschappen” (input). Performers moeten bereid zijn zichzelf kritisch op te stellen en zich daarbij te verantwoorden aan het publiek/de klant (verantwoording). Maar de kern van de kwaliteitsrealisatie zit in de performance zelf.



In de zorg (en in vergelijkbare sectoren zoals het onderwijs) is onevenwichtig aandacht besteed aan input en verantwoordingskwaliteit. Dit leidt tot de illusie dat hierdoor de performance substantieel wordt beïnvloed. Terwijl het risico juist is dat de performance in de verdrukking komt, doordat de aandacht van de professional (performer) wordt afgeleid van die performance.



De kwaliteit van performance wordt op den duur niet beter van nog meer scholing en bijscholing, nog meer protocollen en richtlijnen, nog meer certificaties, indicatoren en evaluaties. Kwaliteit van performance wordt beter door aandacht voor die performance zelf.

2.3 Lessen van high performers

Observaties van gesprekken met high performers en high performing teams laten de volgende systematische methodiek zien.

1. Wees bij alles wat je doet zo specifiek mogelijk/generieke benaderingen zijn per definitie suboptimaal

Voetbal is iets anders dan tennis en zwemmen en iets anders dan hardlopen. Natuurlijk zijn er algemene toepasbare methodieken in de sport zoals periodisering van trainingsbelasting, maar voor teamsporten met een hoog tactisch gehalte hebben die veel minder betekenis dan in prestatiesporten. De interactie met het publiek is in de ene performance van groot belang en in de andere van ondergeschikte betekenis. Zo is zorg voor ouderen echt iets anders dan zorg voor mensen van middelbare leeftijd en dermatologie echt iets anders dan psychiatrie. De zorg is er een meester in een overmatige ballast van aspecifieke methodes aan te leren en te onderhouden. Dit leidt niet alleen tot suboptimale zorg, maar ook tot verspilling van tijd en aandacht voor de kern van de vraag van de zorgbehoevende.

2. Praat met elkaar over ambitie en passie

Confusius zei al: “Als je een baan vindt waarvan je houdt, hoeft je nooit meer te werken”.

Ambitie betekent energie steken in waar je goed in wil zijn. Vraag zorg-professionals dus waar ze in willen uitmunten; hoe goed ze nu zijn in vergelijking met hun “peers” en hoe goed ze zouden willen worden en leer ze daarbij hun eigen kracht en talent te ontdekken. Dit bevordert een leerattitude en zelfreflecterend vermogen en de bereidheid om ook offers te brengen voor een alsmatere betere performance (passie). In de zorg wordt nooit over talenten en ambities gereflecteerd, maar wel over het behalen van voldoende accreditatiepunten om je beroepsregistratie te behouden. Als een sporter zo te werk zou gaan, zou hij of zij nooit een medaille kunnen behalen.

3. Jatten van de besten

High performers zijn afkijkers. Een topcoach zit op de tribune van zijn nog betere tegenspeler; de dirigent luistert naar de interpretaties van zijn roemruchte voorgangers; een goede docent vraagt zich af waarom de andere docent zijn publiek nog meer boeit. In de zorg moeten we ook niet stoppen met afkijken na onze opleiding en hopen vanuit theorie op goede ideeën te komen, maar de kunst blijven afkijken bij onze beste collega's. Een mooie uitspraak deed eens een kok, die inmiddels zijn tweede Michelin-ster had bemachtigd, dat hij in zijn vakanties gemiddeld “zo'n 20 sterren bezoekt” oftewel in sterrenrestaurants gaat eten en na het eten in de keukens bij zijn collega's gaat kijken. Let wel, kijk vooral af bij de besten van je eigen categorie. Leer als psychiatrisch centrum van de beste psychiatrische (poli)kliniek en leer als diagnostiscus van een andere diagnosticus. Natuurlijk valt er ook veel te leren bij industrie, politie of onderwijs, maar je zult dan al snel zien dat interventies te specifiek zijn (zie onder 1).

4. Anders omgaan met feedback

In de zorg zijn wij meesters in trage en onbegrijpelijke feedback “loops”. We verzamelen vaak laagfrequent (hooguit eenmaal per jaar) gegevens, die we dan aggregeren als ware het wetenschappelijk onderzoek. Terugkoppeling is dan niet meer toepasbaar op de situatie die men zelf herkent. De high performer werkt met onmiddellijke (zonder middeling) feedback, dat wil zeggen directe feedback gerelateerd aan de performance die net heeft plaatsgevonden of zelfs feedback die het mogelijk maakt tijdens de performance bij te sturen. Denk aan try-outs in de toneelwereld; waarneemers in het publiek of aan bijsturing tijdens de voorstelling omdat het

publiek nog onvoldoende in de “mood” blijkt te zijn. Hierdoor ontstaan hoogfrequente cycli van vele kleine verbeteringen die de kwaliteit van de performance in korte tijd tot grote hoogte kunnen opstuwten.

Daarbij wordt vooral gebruik gemaakt van zintuiglijke feedback: proeven tijdens het koken of video-opnames van de performance, maar ook foto's of het terugluisteren van bandopnames. Het blijkt dat dergelijke vormen van feedback een vele malen grotere impact hebben dan rapporten en getallen.

5. Al het overbodige overboord gooien

Als je zo snel mogelijk wilt zwemmen of lopen, moet je zeer zuinig met je energie omgaan. Geen beweging te veel, geen gram te veel, geen fractie weerstand te veel. Steeds sneller betekent ook alsmatere minder van het overbodige. De smaak van echt: te veel kruiden of ingrediënten laten de smaak van topproducten verdwijnen. In de zorg kijken we niet op een formulier, onderzoek of vergadering meer of minder. Vullen we ons hoofd met kennis waarvan we eigenlijk al weten dat we die toch weer vergeten. Gelukkig hanteren we steeds vaker slimme logistieke principes en klinkt het woord “lean” alom, maar het is verbijsterend dat we deze principes vaak alleen op projecten toepassen en niet als een dagelijks principe van ons werk. Of zoals een van de geheimen van IKEA is: “Je moet niet harder gaan werken, maar het werk gemakkelijker maken”.

6. High trust zero tolerance

Met dit laatste principe van high performance stappen we alvast in de wereld van een op verbetering georiënteerde organisatiecultuur. Enerzijds moet de performer om steeds beter te worden kunnen experimenteren en fouten mogen maken om van te leren; ook moet hij de vrijheid hebben om door op eigen hoogfrequente feedback te vertrouwen steeds beter te presteren, waarbij een persoonlijke stijl onontbeerlijk is. “Een fiets gaat nu eenmaal niet rechtdoor door het stuur vast te zetten”. Anderzijds moet er de aanvaarding zijn dat tegen een beperkt (!!!) aantal gedragingen streng zal worden opgetreden omdat zij simpelweg niet zullen worden geaccepteerd. Zelfs Sven Kramer moet binnenbochtje, buitenbochtje, binnenbochtje, buitenbochtje rijden.

In de zorg ziet men precies de omgekeerde cultuur. Een laag vertrouwen en onverstelbaar veel regeltjes, formulieren, protocollen Tegelijkertijd een hoge tolerantie van het negeren daarvan.

Ongetwijfeld zijn er meer principes denkbaar, maar de belangrijkste zijn hier benoemd. Het zou al een enorme sprong voorwaarts zijn als we in de

zorg meer op deze principes leren te vertrouwen en dat we de interventies, gericht op input en verantwoording, verminderen. Een kwestie van laden en gummen dus.

2.4 Van projectmatig verbeteren naar een beweging van verbeteren

In de jaren '80 ontstond de mode van het projectmatig verbeteren. Ongetwijfeld zullen er talrijke voorbeelden zijn die aantonen dat dit heeft geleid tot concrete kwaliteitsverbeteringen, maar er is ook een keerzijde van de medaille of anders gezegd: deze interventiemethode heeft ook ernstige bijwerkingen. Zij schept namelijk de illusie dat verbetering los staat van de dagelijkse werkelijkheid. Je leert niet beter koken door aan een kookproject mee te doen, maar door elke dag met veel aandacht het net weer iets lekkerder te willen maken als de dag er voor.

Projecten zijn geschikt in zorgverbetering om:

- Nieuwe diagnoses of behandelmethoden uit te testen
- Een nieuwe werkwijze of organisatiewijze te tonen in de eigen instelling
- Nieuwe afdelingen of onderdelen daarvan op te zetten

Maar projecten zijn vaak ook tijdrovend en kostbaar, werken met vaste teams en stappenplannen, en sluiten daardoor spontane en intrinsiek gemotiveerde verbeteringen uit ("dien daar eerst maar een plan voor in dan kijken we of we daarin willen investeren").

Revolutionaire verbetering van de hele organisatie, of zoals de grote kwaliteitsdeskundige Juran zei: "een doorbraak in kwaliteitsmanagement" bereik je op een geheel andere wijze:

1. Leg een hoge collectieve ambitie in de organisatie: visioenen, de "sky is the limit", de beste van...
2. Duid aan welke dieperliggende patronen in de organisatie moeten worden veranderd, bijvoorbeeld van verplegen en uit handen nemen naar "use it or lose it"; van reactief naar proactief; van harder werken naar werken makkelijker maken.
3. Creëer een ja-cultuur: iedereen in de organisatie die vanuit deze nieuwe principes wil werken, mag onmiddellijk aan de slag. Coach daarbij vooral de interactie van het midden management met de werkvloer en zorg dat het hoger management het midden management beloont en verantwoording vraagt op grond van de nieuwe patronen.
4. Verhaal over de nieuwe successen en nodig uit daar nieuwe succes-

sen aan toe te voegen.

5. Ook de kleinste stappen in de goede richting zijn "reuze" stappen. Denk maar eens aan hoe jonge ouders staan te juichen bij de eerste stapjes van hun kind.

Marius Buiting is directeur van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ) en senior adviseur bij het CBO. Eventuele vragen kunt u mailen naar m.buiting@cbo.nl

3. Cultuurverandering in de jeugd-GGZ

Monica Haimé

In zijn boek "The 7 habits of highly effective people" vertelt Stephen Covey de volgende anekdote: Een wandelaar ziet tijdens zijn wandeling een houthakker druk bezig met een botte bijl bomen omhakken. 'Waarom werk jij met een botte bijl' vraagt de wandelaar. Het antwoord van de houthakker luidt: 'omdat ik geen tijd heb om mijn bijl te slijpen.'

Tijdens de slotconferentie van het programma Versnelling in de Jeugd-ggz moet ik aan Stephen Covey denken en vermoed ik dat de teams van de jeugd-ggz in de gelegenheid zijn geweest om hun bijl te slijpen. De resultaten zijn verbluffend: onderzoeksduur is met gemiddeld 60% verkort, wachttijden zijn met ruim 70% afgenomen, toegangstijden zijn met 60% tot 80% verlaagd. Cliënten staan veel korter en soms zelfs niet meer op een wachtlijst. De teams presenteren hun resultaten, zijn een beetje euforisch, de zaal bruist van de energie en ondernemingszin. Ik loop langs de kraampjes van de teams en stel overal dezelfde vraag: "Wat is het geheim van dit succes?" In verschillende bewoordingen krijg ik overal hetzelfde antwoord: "het feit dat de teams de tijd kregen om gezamenlijk op een gestructureerde wijze aan verbeteringen te werken."

In dit artikel wil ik ingaan op cultuurveranderingen in de zorg en wil ik de teams in de jeugd-ggz handvatten bieden om door te gaan op de ingeslagen weg van vruchtbare veranderingen.

Cultuurveranderingen in de zorg

Bij een cultuurverandering gaat het om een verandering in de geschre-

ven en ongeschreven regels in een organisatie. Elke organisatie hanteert vooronderstellingen over de eigen klanten, over hun behoeften en over het eigen aanbod. Vooronderstellingen worden in de loop van de tijd vanzelfsprekendheden. Het worden uitgangspunten die niet (meer) ter discussie worden gesteld en daardoor voor 'waar' worden aangenomen, ook als zij ingehaald door de tijd en nieuwe ontwikkelingen en hun zeggingskracht verliezen. Vooronderstellingen zitten in de hoofden van mensen en sturen het handelen. Een bekende uitspraak die door veel veranderkundigen wordt gehuldigd is "change begins in the minds of the people." In de mindset van mensen is in de loop der tijd door ervaringen een framework van gedachten ontstaan over de wijze waarop de wereld in elkaar zit. Een ieder heeft een samenhangende set van vooronderstellingen of uitgangspunten die vervolgens vorm krijgen in het handelen.

Veranderen wordt effectief wanneer mensen zich bewust worden van hun vooronderstellingen en uitgangspunten. Nadat mensen zich bewust zijn van hun vooronderstellingen kunnen ze 'zien' hoe hun vooronderstellingen hun handelen aansturen. Bewuste reflectie op het handelen maakt gedragspatronen zichtbaar. Een volgende stap is de beoordeling van die gedragspatronen in termen van effectiviteit: wat werkt nog steeds en wat werkt niet meer? Soms zijn gedragspatronen niet meer effectief en dan vertonen mensen bepaald gedrag om de eenvoudige reden dat ze er goed in zijn geworden. Vaak was het gedrag in het verleden effectief en functioneel maar door verandering van context is het gedrag disfunctioneel geworden. Het maken van onderscheid tussen functionele en disfunctionele gedragspatronen vergroot de kans op effectief veranderen. Pas dan wordt een patroonverandering mogelijk maar is het nog steeds moeilijk. Het gaat om het loslaten van bestaande uitgangspunten en het toelaten van nieuwe uitgangspunten.

Bestaande uitgangspunten over cliënten	Nieuwe uitgangspunten over cliënten
Wij weten wat goed is voor cliënten	Cliënten weten zelf wat goed is voor hen
Informatie is ondersteunend aan zorg	Informatie is zorg
Het professionele handelen staat centraal	Het behandelproces staat centraal
Wat wij doen helpt!	Helpt dat wat wij doen?
Wij nemen de regie over	Cliënten houden de regie zelf
We moeten verwanten ontzien	We mogen verwanten betrekken

Uitgangspunten over organiseren nu	Nieuwe uitgangspunten over organiseren
Middelen zijn schaars	Middelen zijn voorhanden
We doen wat we kunnen	We kunnen meer dan we doen
Managers zijn sturend en bepalend	Managers zijn ondersteunend en faciliterend
Professionals sturen en bepalen	Professionals helpen en zijn ondersteunend
We moeten alles plannen en controleren	We plannen en controleren alleen risico's
Flexibiliteit is beperkt mogelijk	Flexibiliteit is te allen tijde nodig
Sturing vanuit de hiërarchie is nodig	Zelfsturing vanuit het primaire proces is nodig

Voorbeelden van uitgangspunten in relatie tot vaste patronen

In de zorg is bij vele instellingen nog steeds 'not done' om per medewerker substantieel tijd en geld te reserveren voor reflectie, scholing en coaching die niet vakgebonden is. Dit terwijl juist reflectie over de bestaande manier van werken hard nodig is om veranderingen door te voeren die hulpverleners in staat stellen om aan de hulpvraag van cliënten te beantwoorden. In toenemende mate worstelen hulpverleners met problemen rond het afstemmen van de vraag en het aanbod. In de taal als cultuuruiting worden de dominante uitgangspunten en de vaste patronen zichtbaar. De taal in de zorg wordt gedomineerd door woorden als zorgzwaarte, werkdruk, wachttijden, wachtlijsten, en bij verandering of vernieuwing wordt steevast geantwoord dat er geen tijd en geen geld voor is. Terwijl we in de zorg sneller, beter, effectiever, efficiënter en steeds harder werken om aan de hulpvraag tegemoet te komen nemen wachttijden, wachtlijsten, toegangstijden en doorlooptijden toe. In de loop der tijd is dit patroon geworden in de zorg. Het antwoord is eenvoudig: soms moet je vertragen om sneller en beter te kunnen werken. Vertragen in de vorm van stilstaan bij de wijze waarop wordt gewerkt en ruimte nemen voor de vraag: Kan het anders? De patroonverandering die werkt is interveniëren op het werktempo.

Illustratief in dit kader is het paard Boxer uit de roman *Animal Farm* van George Orwell. Bij elk probleem antwoordde hij steevast: "I will try harder". Eind van het lied was dat naarmate hij harder werkte hij het steeds drukker kreeg. Elke methode, werkwijze, elk systeem heeft grenzen. Wanneer je binnen dezelfde werkwijze, dezelfde methode en hetzelfde systeem steeds harder gaat werken bereik je vanzelf de grenzen.

Tijdens de slotmanifestatie zei een teamleider dat hij vreesde dat de

grandioze resultaten van het Doorbraakprogramma bij sommigen tot de conclusie zou kunnen leiden dat de Jeugd-GGZ al heel lang buitengewoon inefficiënt had gewerkt. Een dergelijke conclusie zou niet alleen onjuist maar vooral kortzichtig zijn. Ik durf de stelling aan dat hulpverleners in de GGZ al lange tijd de grenzen van hun werkwijze, methoden en systemen hadden bereikt. Dit betekende hard werken en nog harder werken met het resultaat dat er steeds meer werk kwam, vergelijkbaar met de beschreven situatie uit Animal Farm. Op dat moment is er nog maar een heilzaam middel: verandering van werkwijze, methode of systeem. Om hiertoe te komen is reflectie, heroverweging en de bereidheid tot veranderen nodig.

Handvatten voor verandering

Om het eigen handelen en de samenwerking met anderen aan reflectie te onderwerpen worden vier dimensies onderscheiden:

Bezinning op essenties	Het streven naar beheersing
Experimenteren met Doorbraak	Het werken aan verbetering

Het streven naar beheersing

Het streven naar beheersing is zinvol wanneer er sprake is van een beproefde en succesvolle werkwijze. Om deze werkwijze gemeengoed te maken worden richtlijnen, protocollen, standaarden en procedures vastgelegd. Dit bevordert de controle over het handelen. Men tracht risico's uit te sluiten. Werken op deze wijze biedt zekerheid, houvast, vertrouwen en veiligheid. Zowel hulpvragers als hulpverleners weten waar ze aan toe zijn. Het is duidelijk wat er gedaan moet worden, hoe het gedaan moet worden, wanneer en in welke volgorde. Het dominante gedrag is controleren, de norm is het eindpunt en risico's worden uitgesloten.

Het werken aan verbetering

Werken aan verbetering is zinvol wanneer blijkt dat een beproefde en succesvolle werkwijze efficiënter en effectiever kan worden uitgevoerd. Veelal is dan sprake van een heroverweging van het proces van activiteiten waarbij elke onderscheiden activiteit kritisch wordt geëvalueerd in termen van toegevoegde waarde. Dan blijkt dat activiteiten sneller kunnen, weggelaten kunnen worden of toegevoegd moet worden. Het dominante gedrag is streven naar sneller en beter werken. Geprefereerde oplossingen zijn

scholing en training waarbij medewerkers leren om een activiteit sneller en foutloos te verrichten. Als de baten den kosten van risico's overstijgen dan is men bereid in voorkomende gevallen bepaalde risico's aan te gaan. Het dominante gedrag is streven naar steeds beter, de norm is een ijkpunt en risico's worden afgewogen.

Binnen en buiten de kaders

De dimensies van beheersing en van verbetering, bewegen zich binnen het bestaande systeem. Binnen de bestaande kaders van een organisatie op microniveau. De organisatie blijft intact, er vinden veranderingen binnen bestaande werkwijzen en methoden plaats. Op macroniveau blijft men binnen de spelregels van de politiek, de wetgeving, de ziektekosten-verzekeraars worden activiteiten ter beheersing en verbetering ondernomen. Het "grote systeem" blijft intact.

In de organisatiekunde maakt men onderscheid tussen eerste en tweede orde veranderingen. Een eerste orde verandering beweegt zich binnen de kaders, bij een tweede orde verandering veranderen de kaders. Kaders vormen de bestaande structuur (de organisatievorm), de bestaande systemen (bijv. urenregistratie), de bestaande strategie en taakverdeling. Binnen de kaders zoekt men naar oplossingen voor problemen. Buiten de kaders lossen bestaande problemen op, ze zijn er niet meer, men krijgt dan andere problemen. Eerste orde is de oplossing voor het probleem, tweede orde is de oplossing van het probleem. Een eerste orde verandering houdt in dat het bestaande systeem intact blijft, bij een tweede orde verandering worden andere systemen overwogen en voorgesteld. De dimensies van beheersing en verbetering leiden tot eerste orde veranderingen en de dimensies van Doorbraak en bezinning op de essenties leiden tot tweede orde veranderingen.

Het experimenteren met Doorbraak

Doorbraak is zinvol wanneer de grenzen van een bepaalde werkwijze, methode of systeem zijn bereikt. Dat moment is daar wanneer het harder werken steeds meer werk genereert. Het kan niet nog sneller, nog efficiënter of nog beter binnen de bestaande kaders. De oplossingen voor problemen die tot dan toe werkten hebben hun werking verloren. Bij de Doorbraak laat men het bestaande los en wordt de vraag 'kan het anders' pregnant. Uitgaande van de hulpvraag wordt out of the box een nieuw aanbod opnieuw vormgegeven. Hierbij worden bepaalde risico's zeer bewust genomen. Immers men gaat experimenteren met een nieuwe werkwijze waar men nog geen ervaring mee heeft. Het dominante gedrag is experimenteren, de norm is een trigger en risico's worden bewust aangegaan.

Bezinning op de essentie

Het woord essentie kan teruggeleid worden naar de oorspronkelijke betekenis. Esse betekent 'zijn'. De essentie van een organisatie verwijst naar de zijnsrealiteit van de organisatie, de uniciteit van de organisatie. Bezinning op de essenties is te allen tijde zinvol. Als het handelen de essentie van waar het om gaat niet meer raakt dan is het zinloos geworden. Dan worden handelingen verricht om het handelen zelf en is het doel het middel geworden: het kind wordt met het badwater weggegooid. De essentie is uit het oog verloren op het moment dat we registreren om het registreren zelf, protocolleren om het protocolleren zelf, overleggen om het overleg en ga zo maar door. De cliënt zit in de wachtkamer en wij zijn druk bezig met van alles en nog wat behalve met de cliënt. Bij de bezinning op de essentie gaat het erom dat wat organisatieleden doen direct in verbinding staat met dat waar de organisatie voor staat, dat wat de organisatie in diepste wezen is. Organisaties die zich richten op de essentie doen alleen dat dat gedaan moet worden, niets meer, niets minder en niets anders. Het handelen wordt ingegeven door persoonlijke of universele waarden. Het kader waar het handelen direct aan wordt getoetst is een universele in de persoon zelf verankerde waarde of waarden.

Voorbeelden van universele waarden zijn bijvoorbeeld de tien geboden, de universele rechten van de mens, de rechten van het kind en andere waarden die soms in verdragen of verklaringen zijn opgesteld. Voorbeelden van bestaande organisaties op dit vlak zijn het Leger des Heils en Humanitas Ouderenzorg Rotterdam. Humanitas Rotterdam huldigt een aantal waarden waarvan er een is dat de mate waarin de cliënt in staat is om de regie over het eigen leven te houden intact wordt gelaten door hulpverleners die zich niet als hulpverlener opstellen maar als extended family, een tweede belangrijke waarde. Door bezinning op de essentie wordt elke handeling die niet bijdraagt tot de essentie als overbodig gezien. Het dominante gedrag is tot de essentie doordringen, de norm valt samen met een universele persoonlijke waarde en men gaat ervan uit dat risico's inherent zijn aan het leven en men die nooit volledig kan beheersen.

Toelichting vier dimensies

Alle dimensies hebben hun eigen waarde. De éne dimensie is niet "beter" dan de andere dimensie. De eerste twee dimensies, de dimensie van beheersing en de dimensie van verbetering, onderscheiden zich op twee manieren van de dimensies van Doorbraak en essenties.

Het bewegingsveld

De dimensies van Doorbraak en essenties laten de uitgangspunten waarop het huidige systeem is gebaseerd los in het licht van de waargenomen problematiek. Handelen vanuit deze dimensies betekent per definitie spelen met de spelregels. Veranderingen van het systeem worden in gang gezet.

De voorspelbaarheid

Om de mate van voorspelbaarheid van het veranderingsproces te duiden gaan we terug naar de oude Grieken die twee begrippen voor tijd onderscheiden: Kronos en Kairos. Kronos is de exacte tijd, de kloktijd. Kairos is de beleving van de tijd, de ervaring dat iets lang of kort duurt ongeacht de definieerbare tijdsduur.

De eerste twee dimensies, beheersing en verbetering zijn Kronos. Kronos is de exacte tijd. In Kronos zijn de dominante principes gebaseerd op rationaliteit, maakbaarheid, het denken in termen van oorzaak en gevolg, het lineaire denken, de logica, het werkterrein van de Human Doings, het streven naar controle over en het beheersen van het materiële en het immateriële.

In Kairos lopen oorzaak en gevolg door elkaar en vormen ze afbeeldingen van hetzelfde. In Kairos is non lineariteit actief, vinden veranderingen discontinu en onvoorspelbaar plaats. Kairos is het gebied van de Human Beings, de ervaring van zin of zinloosheid van het leven. Kairos is wat ons toevalt (Marius Buiting), wat ons overkomt wat gebeurt buiten onze wil en inspanningen om. Kairos heeft te maken met loslaten en overgave aan dat wat zich in het hier en nu voor doet.

Fundamentele veranderingen ("breakthroughs") vragen om handelen vanuit de essentie. Handelen vanuit de essentie vraagt om vertraging van tijd en ritme (het levenstempo). De ervaring leert dat op momenten dat mensen het gevoel hebben dat de tijd even stilstaat of wanneer mensen vertraagd worden ze in staat blijken om van hun eigen essentie bewust te worden.

Vanuit die beleving kan een "breakthrough" plaatsvinden waardoor de manier waarop iemand in de wereld staat fundamenteel is veranderd. Men kan niet meer kijken en handelen zoals men dat voorheen deed, er is sprake van een paradigmashift waardoor een onomkeerbaar proces in gang is gezet. Het eigen denken, kijken, beleven en handelen zijn veranderd en dit uit zich in concreet waarneembaar gedrag. Een dergelijk veranderingsproces vergt vaak worsteling aangezien de tegenkrachten vanuit

de omgeving vaak toenemen nadat een Doorbraak heeft plaatsgevonden. Men wordt verleid of voelt zich gedwongen tot terugval in oude patronen die angstreductie en onzekerheidsreductie als beloning in het vooruitzicht stellen.

Als mensen wezenlijke veranderingen in gang zetten dan versterken de tegenkrachten van hen die de status quo willen handhaven onmiddellijk. Een dergelijk proces moet de persoon van de veranderaar wel aan kunnen”

Rob Zijderhoudt

Stappen in het veranderingsproces

Onderstaande stappen in het veranderingsproces zijn ontleend aan een grote cultuurverandering die heeft plaatsgevonden in het St.Charles Medical Centre in Oregon.

Schuingedrukt staan kort enkele resultaten weergegeven.

1. Intern het gesprek aangaan over ambities en inspiratie met de smaakmakers.

Breng op vrijwillige basis mensen bij elkaar die willen bijdragen aan positieve veranderingen. Deel ambities en inspiratie met elkaar. Start een serie gesprekken over waarden, over gewenste veranderingen, over de nieuwste ontwikkelingen, over de geschiedenis van de organisatie, de essentie, het unieke van ‘zijn’ van de organisatie. Dergelijke gesprekken moeten uitmonden in antwoorden op de vragen: wat willen we behouden en waar willen we vanaf en wat moeten we leren en verwerven?

Dominante uitgangspunten en vaste patronen worden zichtbaar. Door deze te beoordelen in termen van effectiviteit kunnen disfunctionele en functionele gedragpatronen worden geïdentificeerd.

De waarden die fundamenteel zijn gebleken bij de cultuurverandering zijn:

- *het creëren van een healing environment waarin zorgverleners en familieleden en verwanten op een gelijkwaardige manier samenwerken om het genezingsproces van de patiënt te bevorderen;*
- *het centraal stellen van gezonde relaties tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten;*
- *het bevorderen van teamwork en teamgeest;*

- *het intact laten van ownership bij zorgverleners en patiënten;*
- *het erkennen dat iedereen die zich in het ziekenhuis begeeft een zorgverlener is;*
- *het bieden van holistische en geïntegreerde zorg waarin fysiek, mentaal, emotioneel en spiritueel welbevinden allemaal even essentieel zijn voor genezing;*
- *het definiëren van het ziekenhuis als onderdeel van de gemeenschap en de gemeenschap welkom heten om actief bij te dragen.*

2. Deel de visie met de medewerkers

Draag er zorg voor dat medewerkers zich bewust worden van bestaande en nieuwe uitgangspunten die het handelen aansturen. Nodig hen uit mee te denken, bij te dragen. Bied ruimte voor veranderingen. Vraag actief naar wat de mensen zouden willen veranderen, hoe ze graag willen werken. Betrek hierbij, wanneer de medewerkers daar open voor staan, ook cliënten bij. Bied ook hen de mogelijkheid om bij te dragen.

Iedere medewerker werd in het sollicitatiegesprek gevraagd naar diens “purpose of life”. Alleen medewerkers die vanuit een persoonlijke drive anderen wilden helpen werden aangenomen. Alle medewerkers ontvingen een training en structurele begeleiding in het aangaan van gezonde helen-de relaties met patiënten. Hun aanpak is gebaseerd op de waarde: “health-care is a calling for those who serve”. In voorkomende gevallen waarin een medewerker niet actief bijdroeg aan de visie, werd de medewerker gevraagd of hij of zij wel op zijn plaats was in het St. Charles. In alle gevallen werd een eervol vertrek nagestreefd. Wanneer een medewerker wel de visie ondersteunt maar qua taakinvulling niet op zijn plaats is werd een passende plaats gezorgd. Niemand werd actief ontslagen.

3. Zet het primaire proces centraal

Wanneer duidelijk is geworden welke veranderingen zinvol worden geacht en wanneer daar draagkracht voor is moet duidelijk worden wat nodig is om de verandering vorm te geven. Behandelaars, hulpverleners en cliënten geven aan wat zij nodig hebben om de verandering vorm te geven. Managers, personeelszaken, inkoop en administratie moeten faciliteren en ondersteunen. Het gaat hierbij vaak om een andere inzet van middelen, mensen, methoden en materialen. Scholing en training in nieuwe methoden en werkwijzen zijn vaak onontkoombaar. Begeleiding van verander teams helpt het veranderproces gaande houden en vaak zelfs versnellen. Kijk naar andere organisaties, ook buiten de zorg, ga op bezoek en betrek in de verkenning nieuwe werkwijzen.

In het St. Charles worden relaties die patiënten hebben met hun dierbaren op geen enkele manier onderbroken of verbroken. Sterker nog, men deed er alles aan om het verbond van menselijke relaties rondom de patiënt te versterken. Naast een logeerbéd op de kamer van de patiënt is er de mogelijkheid voor familieleden kosteloos met een camper, caravan of tent op een apart terrein te verblijven. Men kent daar dus ook het verschijnsel “bezoekuren” niet. Iedere medewerker van het St. Charles is doordrongen van het belang van menselijke relaties. Als je in het St. Charles komt moet je het gevoel hebben dat er voor je gezorgd wordt.

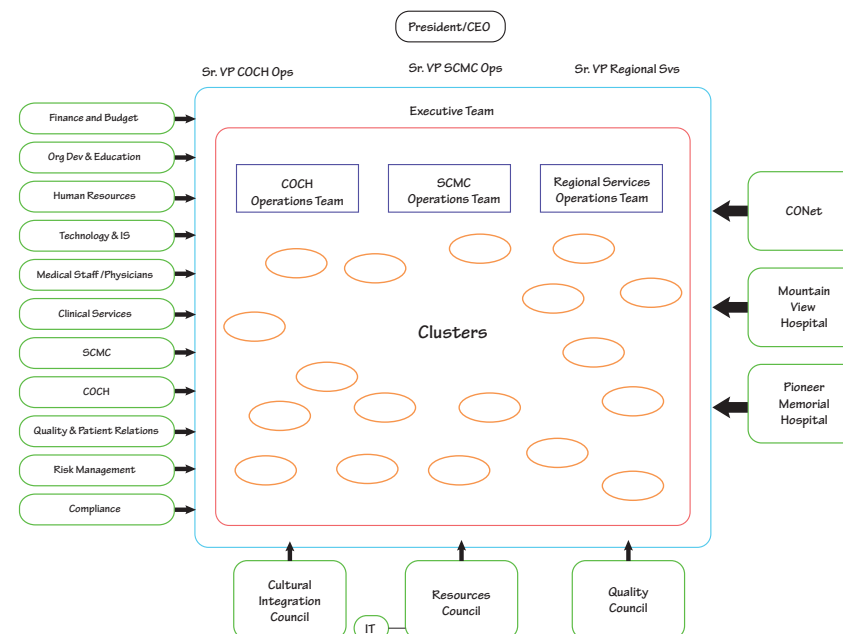
Men zag af van hiërarchische verhoudingen en stimuleerde het aangaan van functionele relaties. Door de alle processen en procedures te “redesignen” is een nieuwe organisatie ontstaan. Centraal in het St. Charles staan de relaties van patiënten met zijn familie, verwanten en hulpverleners. De teams op verpleegeenheden vormen het hart van de organisatie, zijn multidisciplinair en zelfsturend. Zij staan centraal als “caregivers” in het organigram. Alles daaromheen wordt gedefinieerd als facilitator. Vele managers waren overbodig, teams werden op hun verantwoordelijkheden aangesproken en conflicten werden veel meer onderling opgelost. Dit leidde tot het wijzigen van het traditionele organogram ook wel “de hark” genoemd in een nieuwe vorm: “de cirkel”. Zie de figuur op pagina 95.

4. Maak waarden sturend en geld ondergeschikt.

Zorg voortdurend dat medewerkers blijven focussen op dat wat bereikt kan worden. Maak voortdurend duidelijk hoe de resultaten samenhangen met de essentie van het werk. Geen enkel pad is zonder hindernissen. Vaak vindt een terugval van in oude patronen plaats. Dit is ‘normaal’ menselijk gedrag dat niet geproblematiseerd moet worden. Er komt een moment dat men weer roept dat meer middelen en meer tijd nodig is omdat men gewend is aan deze vorm van probleemoplossing.

Het veranderproces in het St. Charles leverde aanvankelijk veel verwarring, angst en onduidelijkheid op. Om die reden werd ervoor gekozen een aparte afdeling op te richten met experts in het faciliteren van veranderingsprocessen. Men ging door en bleef geloven in de verandering ondanks tegenslag. Medewerkers werden uitgenodigd om te reflecteren op hun eigen persoonlijke levensverhaal. Het komt erop neer dat zij werden uitgenodigd met elkaar na te denken over hun motivatie, dromen, ambities, angsten en frustraties. Tijdens opleidingen, conferenties en bijeenkomsten werden medewerkers aangesproken op hun persoonlijke leiderschap in hun leven, het al dan niet leven vanuit authentieke waarden en het volledig benutten van hun talenten.

Cascades Health Services Organization



5. Denk “out of the box”

Experimenteer met nieuwe vormen, desnoods op kleine schaal. Wees kritisch op de bestaande spelregels en durf te vragen naar een nieuwe spelregels. Houdt de spirit in het veranderingsproces door mensen de ruimte te geven om niet alleen succesvol te zijn maar ook te leren van fouten. Voor managers betekent dit veelal dat zij moeten leren om het een beetje met zichzelf uit te houden en professionals te vertrouwen.

Het St. Charles wilde de wensen van de patiënten vorm geven en besloot te gaan leren van de “de besten” (benchmarks). Als voorbeeld wordt de Room Service genoemd. Aangezien 30% van het ziekenhuisvoedsel weggegooid werd wilde men leren van de experts op het gebied van dienstverlening van voedsel: het Ritz Carlton. Samen met hen is onderzoek gedaan naar mogelijkheden voor verbetering. Dit heeft geresulteerd in Room Service in het hele ziekenhuis. Het aardige is dat dit niets meer kost, de patiënt de regie houdt over zijn eigen herstelproces en dat de voedingstoestand van patiënten veel beter is. Met als gevolg, minder kans op complicaties en

eerder ontslag. Daarnaast is ook gebenchmarkt met Disney Corporation, Les Schwab Tires, Farells Ice Cream Stores, Nordstrom's, South West & Alaska Airlines en de Salvation Army. Dit alles om de kwaliteit van dienstverlening te vergroten.

6. Breng zichtbare veranderingen direct aan, schroom niet

Houd op met onderscheid te maken tussen bezoekers en medewerkers. Geef een ieder de kans om mee te werken en bij te dragen. Maak de resultaten zichtbaar.

In het St. Charles zijn gaandeweg onder andere de volgende veranderingen doorgevoerd:

- *Midden in de hal staat een groot houten beeld dat "de verbinding" heet. De betekenis staat vermeld in de sokkel en is door de plaatselijke kunstenaars geschonken aan het ziekenhuis.*
- *In de wachtkamer staat een open haard. Jim Lussier was daar in eerste instantie zelf niet blij mee vanwege het brandgevaar. De leverancier kreeg in eerste instantie toestemming om bij wijze van proef een volledig veilige open haard te plaatsen. Het blijkt een groot succes te zijn. Bezoekers en patiënten zoeken de open haard op en er zitten altijd mensen. Inmiddels zijn er zes of zeven open haarden geplaatst met een klein plaatje met de naam en telefoonnummer van de leverancier. Het is een bijdrage aan wat helend, genezend en rustgevend is. Tevens is het gratis reclame voor de leverancier, een win-win situatie voor beiden.*
- *Er is een giftshop en een grote hal waar piano wordt gespeeld. De plaatselijke muziekschool gebruikt deze ruimte voor het geven van pianolessen en het proefdraaien van optredens.*
- *Alle wachtruimtes zijn verschillend, sommige hebben open haarden, allemaal hebben ze losse fauteuils, uitnodigende zitjes, hoge stoelen en binnen handbereik de mogelijkheid om koffie of thee te halen. Omdat niet iedereen lekker zit op dezelfde stoel is gekozen voor veelheid aan verschillend meubilair. Het valt op dat mensen hun eigen zitjes kunnen samenstellen. De inrichting dwingt niet tot het op een rijtje zitten in de wachtstand maar nodigt uit tot gemak, comfort en eigenheid.*
- *De verlichting valt op: indirecte verlichting, wandspotjes, tafellampen en schemerlampen. Het is verlichting zoals je het thuis aantreft. Het is geen verlichting zoals je het op kantoor of in openbare gebouwen over het algemeen ziet.*
- *De patiënten beschikken allemaal over een éénpersoonskamer met een opklapbaar logeerbed voor familie. Familieleden helpen bij was-*

sen, aankleden, eten, naar bed brengen, uit bed halen etc. De mantelzorg wordt zo gefaciliteerd

- *In de gemeenschappelijke ruimten staan grote uitnodigende tafels met legpuzzels waarvan de randen zijn gelegd en die verder onafgemaakt verleiden om een stukje in elkaar te zetten. Dit omdat afleiding van pijn en ongemak verzachtend werkt en de kwaliteit van leven verhoogt.*

Conclusie: Op het moment dat een cultuurverandering succesvol in gang is gezet en consequent is bekrachtigd is het een voortdurend verandingsproces geworden. In aanvang zijn het vaak de smaakmakers en begeleiders die de veranderingen initiëren. Na verloop van tijd is er geen houden meer aan en is elke medewerker een veranderaar geworden. Dan is verandering niet uitzonderlijk meer, het is normaal geworden. In het St. Charles kregen professionals meer richting en meer ruimte. Wellicht is een van de grote denkfouten in de zorg dat meer richting en meer ruimte niet samengaan.

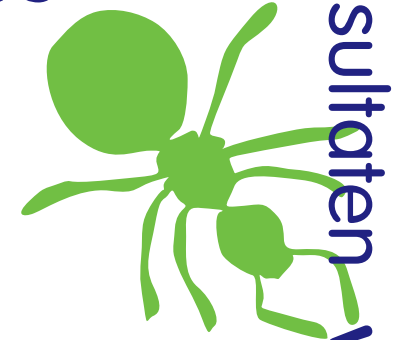
Monica Haimé is directeur van haar eigen adviesbureau en heeft ruim 25 jaar ervaring binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Zij is gespecialiseerd in kwaliteitsmanagement en verandermanagement. Eventuele vragen kunt u mailen naar haime@freeler.nl.

Bijlage

Resultaten en tips van Doorbraakteams

De teams die deelnamen aan de Doorbraakprojecten Versnelling in de jeugd-GGZ presenteerden hun resultaten op slotconferenties in de vorm van posters. In deze bijlage de posters van de teams die deelnamen aan de tweede ronde. De getoonde grafieken zijn gebaseerd op een steekproef van circa 15 dossiers per team. Daarnaast geven de teams kort weer wat hun ervaringen waren en geven zij tips voor teams die met deze praktijkgids aan de slag willen gaan.

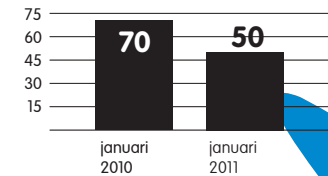
The Braintesters



resultaten
versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

duur psychodiagnostiek -29%



Toelichting op de grafiek

Nulmeting: doorlooptijd van start onderzoek tot einde onderzoek is 70 dagen gemiddeld
Eindmeting: doorlooptijd van start onderzoek tot einde onderzoek is 50 dagen gemiddeld
De resultaten zullen in de loop van 2011 zeker verder verbeteren, dit heeft ook gunstige consequenties voor de wachttijd.

Top 3 verbeteringen

- Terugbrengen van de wacht- en doorlooptijd
- Invoeren wasstraten -> verbeteren van de logistiek
- Meer onderzoek op maat

Top 3 positieve neveneffecten

- Tevreden cliënten
- Verbeterde samenwerking met verwijzers
- Beter doorstroming ook door beter functioneren van het behandelproces

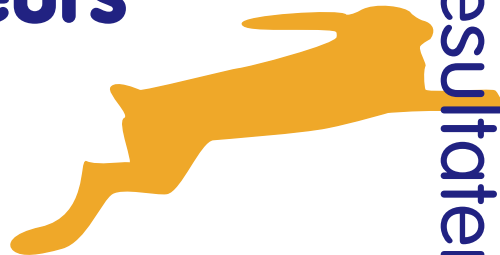
Top 3 randvoorwaarden

- Voldoende formatie om wachttijden niet opnieuw te laten oplopen
- Vlot lopend behandelproces/kernteam
- Ondersteuning door secretariaat

Top 3 tips voor andere teams

- De versnelling voor de ADHD poli: niet korter gaan maken dan 3 weken, i.v.m. informatieverwerking ouders
- De versnelling van de psychodiagnostiek: niet korter maken dan 2 weken, i.v.m. informatieverwerking ouders
- 'Out of the box' denken helpt!

De demarreurs

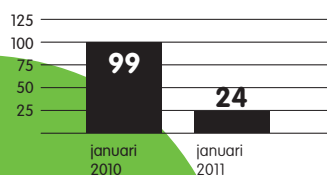


resultaten

versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

beoordelingsfase -76%



Toelichting op de grafiek

Mediaan bij de nulmeting (2010) lag wat ons betreft te hoog voor de fase van beoordeling, vandaar onze hoofd-doelstelling om de doorlooptijd van de beoordelingsfase te verkorten. Uit de eindmeting blijkt dat we onze doelstelling gehaald hebben, er is sprake van afronding van de beoordelings-fase binnen 24 dagen. Ergo, de Demarrage is geslaagd!

Top 3 verbeteringen

- Doorlooptijd 4 weken (TREEK normen) voor fase intake/onderzoek inclusief adviesgesprek
- Experimenteren met vergroten van effectiviteit in behandelingen
- Scheppen van een klimaat waarin het mogelijk is om op een opbouwende manier naar bestaande werkprocessen te kijken en veranderingen aan te brengen

Top 3 positieve neveneffecten

- Werken in intake-duo's vergroot efficiëntie door afstemming en collegiaal overleg
- Bewustwording van routines en daar blijvend op te reflecteren
- Durf om meer uit te gaan van werkhypothesen, zonder al te uitgebreide onderzoekstrajecten met als uitgangspunt "werken met wat je al wel weet en niet alleen op zoek gaan naar wat je nog niet weet"

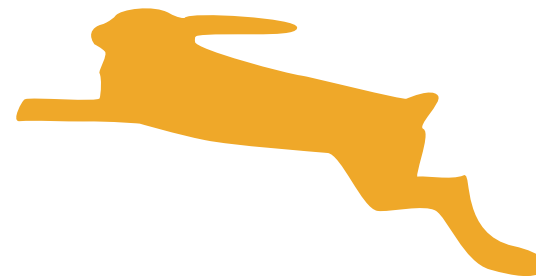
Top 3 randvoorwaarden

- Creatieve distantie willen bewaren bij doorbrekend denken
- Solide afstemming met secretariaat bij alle administratieve procedures
- Continuïteit in samenstelling doorbraakteam en frequentie van bijeenkomsten

Top 3 tips voor andere teams

- Betrekken van al je collega's bij nieuwe verbeterideeën creëert veel creativiteit, organiseren van doorbraaklunches
- Humor en door die bril kijken is blijvend leuk!
- Cliënten blijken bij korte wachtlijst zich flexibeler te voegen in een vaste "afspraakstructuur"

DOEN!

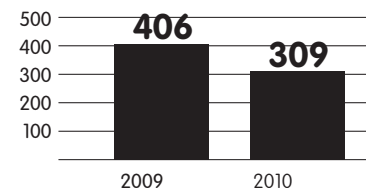


resultaten

versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

totale behandelduur -24%



Toelichting op de grafiek

Gemeten is de totale duur van het zorg-traject, vanaf aanmelding tot afsluiting

Top 3 verbeteringen

- Behandelduur korter
- Werken in zorgpaden
- Nieuw beleid: 'geen nieuwe afspraak is afsluiten dossier'

Top 3 positieve neveneffecten

- Caseload medewerkers kleiner
- Overzichtelijkere manier van werken
- Werkdruk is verlaagd

Top 3 randvoorwaarden

- Regelmatig doorbraak overleg plannen
- Heldere communicatie tussen managementteam en doorbraakteam
- Gemotiveerd, creatief en actief doorbraakteam

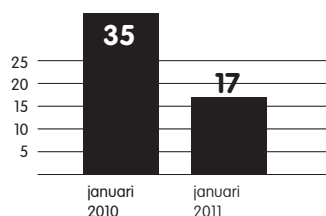
Top 3 tips voor andere teams

- Opschonen dossierkast ('slapende' dossiers opsporen)
- Geen nieuwe afspraak is afsluiten van dossier
- Zorgdragen voor betrokkenheid gehele team (verbeterbord, presentaties, individuele gesprekken met teamleden)

De ADHDoorstromers

Versnelling in beeld:

wachttijd voor behandeling -51%



Toelichting op de grafiek

Wat in deze korte periode zichtbaar werd is dat we sneller na het diagnostisch traject een behandelcontact kunnen aanbieden: een groepsgewijze psycho-educatie. De meridiaan laat een versnelling zien van 18 dagen. Dit klopt ook met onze bevindingen in de praktijk. We kunnen direct na het adviesgesprek een groepsgewijze psycho-educatie aanbieden voor over 2 weken. Hiermee is zowel een versnelling als een kwaliteitsverbetering gerealiseerd.

Top 3 verbeteringen

- Standaard groepsgewijze psycho-educatie binnen 2 weken na adviesgesprek
- Psychiater een uur per dag vrijgespeeld door de introductie van een e-mail voor medicatievragen, bemand door de poli verpleegkundigen
- Meer gestructureerde manier van werken; een duidelijk stroomschema

Top 3 positieve neveneffecten

- Herziening van het aanbod voor groepen
- Cliënten leren van elkaar in de gezamenlijke psycho-educatie
- Nieuwe ideeën over wachtlijstgroepen

Top 3 randvoorwaarden

- Goede planner
- Mandaat om inhoudelijke bijstellingen te kunnen doen in het zorgprogramma
- Draagvlak onder het team en voldoende capaciteit

Top 3 tips voor andere teams

- Ga liever voor verschillende (kleine) experimenten in plaats van het gelijk allemaal goed geregeld te willen hebben
- Je hebt bevlogen mensen in je team nodig, anders gaat het niet lukken
- Blijf in beweging; veranderen is een state of mind en niet 1 project

resultaten
versnelling in de jeugd-ggz

Het Doorstroomteam

Versnelling in beeld:

Er zijn goede resultaten geboekt op zowel instroom, doorstroom als uitstroom. We tonen daarvan geen grafiek omdat we nu geen eindmeting konden uitvoeren. Doordat we overgeschakeld zijn naar een nieuw ICT-systeem is het niet gelukt daarvoor de benodigde gegevens op tijd te achterhalen.

Top 3 verbeteringen

- Snellere instroom
- Snellere doorstroom
- Snellere uitstroom

Top 3 positieve neveneffecten

- Verscherpte aandacht voor vraag van het gezin en het behandelproces.
- Verbetering van samenwerking en afstemming tussen verschillende disciplines en behandelmodulen.
- Doorbraakteam werkte als katalysator van onrust(niet steeds opnieuw agendapunt).

Top 3 randvoorwaarden

- Goed werkend secretariaat.
- Rust in de organisatie.
- Beschikbaar stellen van tijd voor de leden van het team.

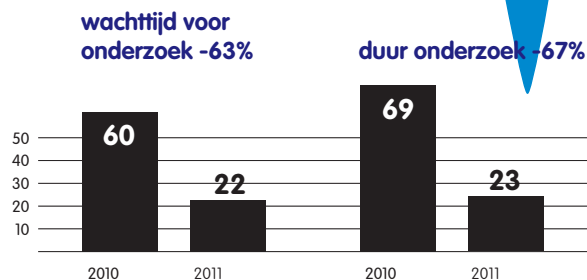
Top 3 tips voor andere teams

- Laat het project voor je werken en werk niet voor het project.
- Inventariseer wat je al doet aan versnelling.
- Stel haalbare doelen.

resultaten
versnelling in de jeugd-ggz



Versnelling in beeld:



Toelichting op de grafieken

Deze grafieken geven duidelijk aan dat de totale tijdspanne (van aanmelding tot adviesgesprek) is verkort.

Top 4 verbeteringen

- Openstellen digitale agenda's behandelaren
- Vooruit inplannen van de uitwerktijd
- Houd rekening met de snelheid van de cliënt
- Plan onderzoeken niet te ver vooruit – m.a.w.: blijf flexibel

Top 4 positieve neveneffecten

- Betere planbare diagnostiekfase
- Cliënten zijn tevreden, omdat ze bij aanvang weten hoe lang het traject gaat duren
- Betere samenwerking tussen collega's
- Meer overzicht over het totale hoeveelheid werk

Top 3 randvoorwaarden

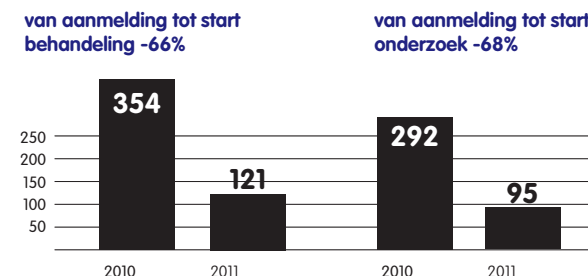
- Openstellen van digitale agenda
- Goed werkend secretariaat
- Welwillende professionals

Top 2 tips voor andere teams

- Blijf moed houden. Cultuurverandering kost tijd
- Begin klein maar denk groot!



Versnelling in beeld:



Toelichting op de grafieken

De nulmeting voor de grafieken T0 - T1 en T0 - T3 is uitgevoerd in maart 2010. In april 2010 is de carrousel ingevoerd en de doorlooptijd T1 - T2 teruggebracht van enkele weken tot maanden naar 1 dagdeel. Hierover zijn geen exacte meetgegevens beschikbaar.

Top 3 verbeteringen

- Carrousel middag: intake gedragsdeskundige, psychiatrisch onderzoek en systeemtaxatie, multidisciplinair teamoverleg en adviesgesprek waaruit een advies en behandel/diagnostiekvoorstel voortvloeit in 1 middag
- Significante verkorting van de wachttijd tussen aanmelding en intake
- Logistieke processen kritisch bekeken, beschreven en geïmplementeerd, afgestemd op de inhoud

Top 3 positieve neveneffecten

- Tevredenheid cliënten stijgt
- Inhoudelijke verscherping
- Minder onterechte intakes

Top 3 randvoorwaarden

- Secretariële ondersteuning
- Flexibiliteit medewerkers
- Heldere communicatie over de veranderingen binnen de organisatie

Top 3 tips voor andere teams

- Centraliseren van activiteiten
- Heldere aanmeldingscriteria
- Durf grenzen te verleggen

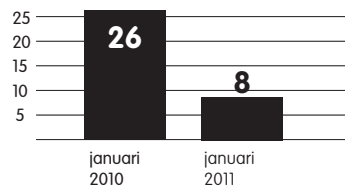
Grutte Pier



resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

duur onderzoek -69%



Toelichting bij de grafiek

De eindmeting is voor heel Kinnik. De implementatie van de 1 dagsdiagnostiek is in december 2010 gestart. Resultaten derhalve veelbelovend: doorlooptijd diagnostiekfase is drastisch afgenomen; aantal contactmomenten in onderzoeksfase is gehalveerd.

Top 3 verbeteringen

- Ontwikkelen en implementeren 1 dagsdiagnostiek
- Van intake tot adviesgesprek binnen twee weken
- Aandacht voor inzet en betrokkenheid medewerkers bij uitvoering

Top 3 positieve neveneffecten

- Stimulans voor creativiteit
- Betrokkenheid en invloed op organisatorische ontwikkelingen
- Inzet en resultaten worden gewaardeerd en gehonoreerd

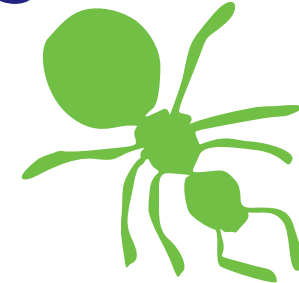
Top 3 randvoorwaarden

- Ruimte en tijd
- Afstemming met andere organisatorische ontwikkelingen
- Gecoördineerde inzet van medewerkers

Top 3 tips voor andere teams

- 1 dagsdiagnostiek is de moeite waard voor client en organisatie
- Ruim tijd in voor nieuwe stimulansen en energie; wees alert op 'metaalmoeheid'
- Neem de ruimte!

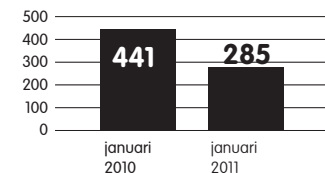
De hoogspringers



resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

totale doorlooptijd -35%



Toelichting op de grafiek

De totale doorlooptijd, vanaf aanmelding tot en met afsluiting van de behandeling, bedroeg bij de nulmeting gemiddeld 441 dagen. Dit is in een jaar teruggebracht met 156 dagen tot een gemiddelde van 285 dagen. Een versnelling met 35%.

Top 3 verbeteringen

- Meer groepsaanbod met focus op psycho-educatie
- Sneller afsluiten en soepel heraanmelden
- Door goed screeningsinstrument sneller beeld en snellere intake

Top 3 positieve neveneffecten

- Aanjager om hele behandelplancycclus tegen het licht te houden!
- Revitaliserend effect op team na moeilijke fase
- Vanuit de inhoud aangestuurd, zelf bezig zijn met organisatie van het werk

Top 3 randvoorwaarden

- Draagvlak voor de stepped-care gedachte
- Soepel lopende behandelplancycclus
- Goed werkend EPD en overerving van informatie

Top 3 tips voor andere teams

- Focus op behandelresultaat vanaf het begin
- Anders doen begint bij anders denken!
- Bouw reflectie en rust in naast versnelling

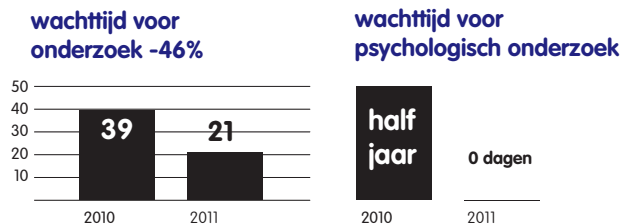
De Hoogwerkers



resultaten

versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:



Toelichting op de grafieken

Er is een belangrijke inhoudelijke verbetering gemaakt, omdat dit de meeste aandacht nodig had bij de start van het project. Door een fusie en organisatorische herschikking in dezelfde periode konden nog geen groepen worden ingezet om de behandelduur daarmee substantieel te bekorten. Dit is wel in voorbereiding. Door onderzoek getrap te maken, en psychologisch onderzoek niet standaard uit te voeren werd de wachttijd voor PO van een half jaar teruggebracht tot 0.

Top 4 verbeteringen

- Screenen van de algemene wachtlijst waardoor no show wordt geminimaliseerd (van 23% naar 7%).
- Intake loskoppelen van het PO, onderzoek getrap gemaakt, wachtlijst PO verdwenen.
- Binnen 1 week na intake multidisciplinair overleg vaststelling diagnostiek en behandelbeleid en adviesgesprek.
- Strakke evaluatie planning a.d.h.v. behandelingsplan en elkaar coachen in dossiervoering.

Top 3 positieve neveneffecten

- Er zijn geen wachtlijsten meer voor PO (van 1/2 jaar naar 0).
- EPD zijn kwalitatief beter gevuld.
- Door inzicht in elkaars dossier wordt er gerichter gevraagd naar het hoe en waarom van de behandeling en de duur van deze waardoor er sneller voor een afsluiting wordt gekozen.

Top 3 randvoorwaarden

- Een stabiel kwalitatief goed team met weinig wisselingen van personeel.
- Een goed werkend ICT-systeem.
- Veiligheid binnen een team om elkaar te kunnen coachen.

Top 3 tips voor andere teams

- Durf te veranderen.
- Ga liever voor verschillende (kleine) experimenten in plaats van het gelijk allemaal goed geregeld te willen hebben.
- Je hebt bevoegden mensen in je team nodig, anders gaat het niet lukken.

KAN Move

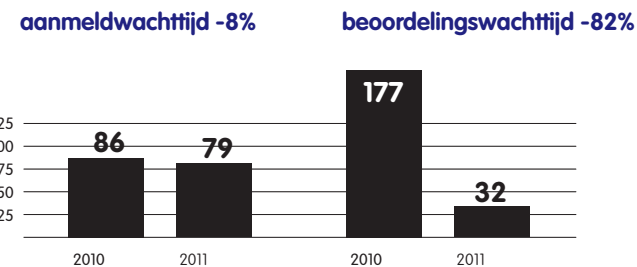
wachten is geen optie!



resultaten

versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:



Toelichting op de grafieken

Aanmeldwachttijd is verkort van 86 naar 79 dagen. Beoordelingswachttijd is verkort van 177 naar 32 dagen. Aantal contacten tijdens beoordeling is verminderd van 5 naar gemiddeld 2 per cliënt. Doordat het proces duidelijk is, is de informatie ook beter terug te vinden in de registratie.

Top 3 verbeteringen

- Aantal behandelingen per cliënt is verminderd.
- Duur onderzoek is verkort.
- Vanuit onze visie op levensloopbegeleiding wordt een afdelingsoverstijgend en instellings-overstijgend traject uitgezet

Top 3 positieve neveneffecten

- Afstemming tussen behandelingen.
- Bij start behandeling is de focus al gericht op uitstroom.
- Korte lijnen tussen de afdelingen waardoor continuïteit in behandeling voor cliënten verbeterd is.

Top 3 randvoorwaarden

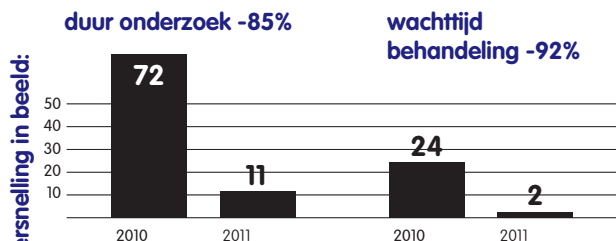
- Plan structureel vaste overlegmomenten en intake tijden waarop de leden aanwezig moeten zijn. (tijd vrij regelen voor project en werkgroepen, niet alleen de intentie maar ook aanwezigheid en contact is van belang!)
- Administratieve ondersteuning.
- Afspraken met lijn verantwoordelijke als klankbord en drager van het project.

Top 3 tips voor andere teams

- Houd de verbetering vanuit cliëntperspectief centraal.
- Blijf de Plan-do-check-act methode (format) gebruiken, ook na de pilot.
- Houd overzicht en monitor de resultaten.

Mejoraremos

resultaten versnelling in de jeugd-ggz



Toelichting bij de grafieken

Korter intake proces: Door het invoeren van het intakestraatje is de onderzoekstijd aanzienlijk korter geworden: van 72 dagen naar 11 dagen

Start van de behandeling: was 24 dagen en is nu nog maar 2 dagen. Een direct resultaat van het intakestraatje en efficiënter werken.

Top 3 verbeteringen

- Aanzienlijke verbetering van de intakeprocedure.
- De wachttijd laat een in sterk dalende lijn zien.
- De totale tijd van aanmelding tot einde behandeling verandert positief mee bij de reeds afgesloten dossiers.

Top 3 positieve neveneffecten

- No shows wordt minder door vooraf helder vastgelegde afspraken die in een kort tijdsbestek plaatsvinden.
- Verslaglegging van en voorbereiding op gesprekken verloopt sneller, omdat kind en ouders vers in het geheugen van de hulpverlener zitten.
- Minder indirecte tijd door inlezen en voorbereiding afspraken.

Top 3 randvoorwaarden

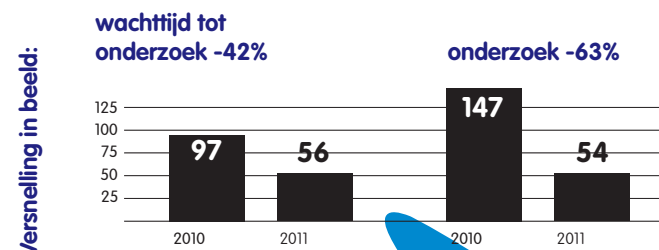
- Het intakestraatje wordt gepland in 1 à 2 weken tijd.
- De hulpverleners reserveren tijd in hun agenda, die zij doorgeven aan de zorgadministratie.
- Van te voren worden alle afspraken van de intake ingepland door de zorgadministratie, die telefonisch contact hiervoor zoeken met de cliënten.

Top 3 tips voor andere teams

- Durf 'out of de box' te denken en ideeën uit te proberen, zonder vast te leggen dat dit voor altijd zo moet gebeuren.
- Kijk goed wat je kunt overnemen van anderen. Ga niet zelf het wiel uitvinden.
- Kijk meer naar mensen die mee willen doen, dan naar mensen die hun hakken in het zand zetten.

de Paladijnen

resultaten versnelling in de jeugd-ggz



Top 3 verbeteringen

- De cliënttevredenheid is verhoogd.
- Tijd tussen aanmelding en advies is verkort.
- Tevredenheid van medewerkers is ook verhoogd.

Top 3 positieve neveneffecten

- Doorstroom fase tussen aanmelding tot advies is verhoogd met 40%.
- Ideeën die op de afdeling ontstaan en omgezet worden zoals ontwikkelen van modules en psycho-educatiegroepen voor ouders.
- Dossiers die niet bewust in de versnelling zijn meegenomen is de wacht- en doorlooptijd ook aanzienlijk omlaag gebracht.

Top 3 randvoorwaarden

- Afdelingsmanager en behandelbeleidverantwoordelijke dienen beiden achter de versnelling die een Doorbraakteam wil bewerkstelligen te staan: hier steunend in zijn.
- Middelen dienen toereikend te zijn.
- Streven naar stabiele personeelsbezetting of in ieder geval duidelijkheid vanuit MT kunnen geven wat het vooruitzicht hierin is.

Top 3 tips voor andere teams

- Houd het simpel.
- Houd oog op draagkracht en last van een afdeling. Beweeg hierop mee vanuit het doorbraakteam maar zet de veranderingen wel door.
- Maak gebruik van hen die binnen de afdeling enthousiast zijn en innovatief.

En meten is echt weten!

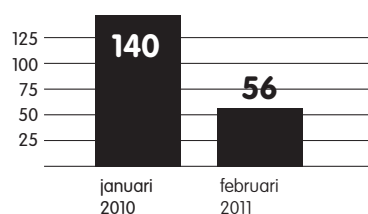
ProjectTiel



resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

duur onderzoek -60%



Toelichting op de grafiek

De doorlooptijd vanaf de intake tot aan het adviesgesprek diagnostiek is sterk verbeterd: van 140 naar 56 dagen (mediaan, berekend op basis van 15 dossiers). Wachtijd van het adviesgesprek tot de start van de behandeling is teruggebracht tot 43 dagen.

Top 3 verbeteringen

- Diagnostiektraject is aanzienlijk verkort
- Systeem van agendaplanning is ingevoerd en werkt
- Er draait een psycho-educatiegroep voor ouders

Top 3 positieve neveneffecten

- Spreiding van casuïstiek over meer medewerkers verdeelt de werkdruk en maakt trajecten overzichtelijk
- Werkplezier neemt toe
- Psychiater heeft de handen vrij voor kerntaken

Top 3 randvoorwaarden

- Fiat van het management om dingen anders te doen ("out of the box")
- Tijd om met elkaar na te denken over wat werkt, te experimenteren en te evalueren
- Een goed en gemotiveerd secretariaat

Top 3 tips voor andere teams

- Het is minder ingewikkeld dan je denkt.
- Neem geen genoegen met minder.
- Maar begin alleen als aan de randvoorwaarden is voldaan...

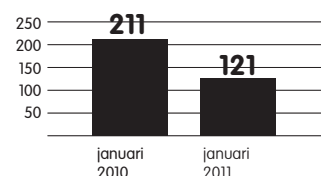
De Roosjes



resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

doorlooptijd -43%



Toelichting op de grafiek

De grafiek laat zien wat de ASS poli heeft bijgedragen aan de doorlooptijd van psychologisch onderzoek. Doordat de poli al wat langer liep was dit het beste te meten met effecten van de poli. De mediaan komt hierbij op 121 dagen welke voor het project op 211 dagen uitkwam.

Top 3 verbeteringen

- Versnelling in de doorlooptijd van psychologisch onderzoek en intake.
- Versnelling in de uitschrijvingen.
- Tevredenheid bij cliënten en ouders aangaande de snellere hulpverlening en onderzoek.

Top 3 positieve neveneffecten

- Betere doorstroming van ouderbegeleiding vanwege groepsaanbod binnen de poli.
- Nieuwe startende projecten (bijv. no show projectgroep, behandelkaart) vanwege het uitpluizen van metingen.
- Visie verbreden over zorg vanwege het volgen van ontwikkelingen van andere instellingen (voortkomend uit het werken met de behandelkaart).

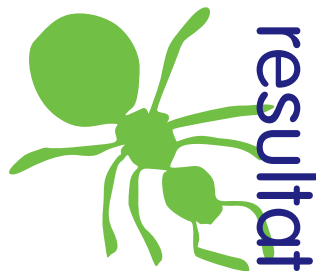
Top 3 randvoorwaarden

- Tijd en ruimte voor het project om 'out of the box' te kunnen denken en handelen.
- Deelname van en teamlid binnen het management overleg.
- Enthousiasme bij projectgroepleden.

Top 3 tips voor andere teams

- Groepsgerichte psycho educatie.
- Standaardiseren van verslaglegging.
- Enthousiaste 'thinking out of the box' brainstorm momenten in je team.

Schot in de Roos

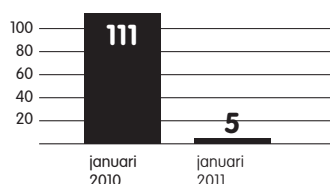


resultaten

versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

doorlooptijd uitschijfbrief -95%



Toelichting op de grafiek

De doorlooptijd tussen het laatste contact en de uitschijfbrief was gemiddeld 111 dagen. Door de actie: "vlot uitschrijven" is deze tijd teruggebracht naar 5 dagen.

Voordelen

Verwijzer: sneller op de hoogte van de uitschijving.
 Cliënt: duidelijkheid over de inhoud van de brief, een goed evaluatiemoment en de mogelijkheid om nog eigen opmerkingen toe te voegen.
 Hulpverlener: minder administratietijd.
 Caseload is meer up to date.

Top 3 verbeteringen

- Vaste tijden consultatie SPV-psychiater.
- Intake in 1 dag.
- Vlot uitschrijven.

Top 3 positieve neveneffecten

- Verbetering samenwerking team door meer gezamenlijkheid.
- Minder uit de hand lopende crisisachtige klussen.
- Snellere afhandeling administratie waardoor het uiteindelijk minder tijd kost.

Top 3 randvoorwaarden

- Ondersteuning en facilitering management.
- Enthousiasme en motivatie bij het team om dingen uit te proberen.
- Secretariële ondersteuning.

Top 3 tips voor andere teams

- Gewoon proberen, evalueren en er dan wel of niet mee doorgaan.
- Stabiel versnellingsteam.
- Gebruik positieve ervaringen/tips van anderen, je hoeft niet altijd het wiel uit te vinden.

Snel bellen, snel binnen

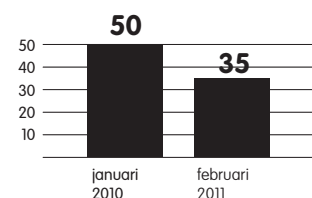


resultaten

versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

wachttijd tot onderzoek -30%



Toelichting op de grafiek

Wachttijd van aanmelding tot start onderzoek is van 50 naar 35 dagen gegaan. Doelstelling van 10 dagen is niet gehaald: verwijzers kunnen nu zelf afspraak inplannen, dus wij hebben hier nauwelijks invloed op. Wij kunnen altijd binnen ongeveer 2 weken een intakekans aanbieden.

Top 3 verbeteringen

- A: Verkorting aanmeldprocedure: minder handelingen (intern, administratief), regie bij verwijzer (kan zelf intake inplannen).
- B: Gezinsdagbehandeling toegankelijker gemaakt: wijziging behandeldagen van ma-wo-vr naar wo-za-huisbezoek.
- C: Creatief inspelen op marktwerking: er is een creatieve bodem gelegd binnen de zorglijn om sneller in te kunnen spelen op de markt.

Top 3 positieve neveneffecten

- A: Tijdsbesparing (snellere procedure, tijdswinst zorgadministratie), minder no-shows, kortere wachttijd voor intake.
- B: meer aanmeldingen en betere doorstroom, kinderen missen minder school, meer mogelijkheden voor werkende ouders, participatie vaders verhoogd, kwaliteitsverbetering: in plaats van huiswerkbegeleiding creatieve therapie.
- C: Ontwikkeling babygroep, ontwikkeling aanbod rondom multi-problem gezinnen, ontwikkeling wrapped care/key-worker.

Top 3 randvoorwaarden

- Tijd beschikbaar
- Ruimte voor experimenten en uitproberen
- Collega's activeren op waar ze ideeën over hebben

Top 3 tips voor andere teams

- Doorbraakteam blijven vernieuwen, vers bloed
- Promoten van 'out of the box denken'
- Zorg dat het besmettelijk wordt

Snelle Jelle

resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

Er zijn geen cijfers beschikbaar om de project-resultaten te onderbouwen. De implementatie van de producten is deels in gang gezet, maar invloed op de wachttijden is op korte termijn niet te verwachten.

Top 3 verbeteringen

- Groepencoördinatie: ontwikkeling en coördinatie van verschillende vormen van groepsbehandeling
- SMART behandel doelstellingen
- Groepssprekuren medicatie voorschrijven

Top 3 positieve neveneffecten

- Betrokkenheid bij organisatorische ontwikkelingen
- Ruimte voor ideeënvorming en experiment
- Regionaal klankbord

Top 3 randvoorwaarden

- Ruimte en tijd
- Afstemming met andere organisatorische ontwikkelingen
- Gecoördineerde inzet van medewerkers

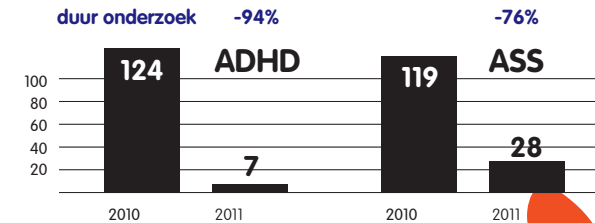
Top 3 tips voor andere teams

- Zet in op behandelplanning, de pdca cyclus met patiënt
- Ruim tijd in voor nieuwe stimulansen en energie, wees alert op 'metaalmoeheid'
- Neem de ruimte!

SOS (Slim, Onderzoekend en Succesvol)

resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:



Toelichting op de grafieken

De interne doorstroming na aanmelding tot start behandeling van cliënten is aanzienlijk versneld. Cliënten lijken te kiezen voor deze snelle werkwijze, dit maakt dat de wachttijd aan de voordeur licht is opgelopen. De totale behandel tijd is korter geworden, ondanks dat het behandel aanbod is uitgebreid, maar dat is nog niet volledig, betrouwbaar meetbaar, omdat we daar nog te kort mee werken.

Top 3 verbeteringen

- Intake/onderzoekcombinaties op maat en aan elkaar gekoppeld
- Zorgpaden
- Centraal agenda beheer

Top 3 positieve neveneffecten

- Cliënten werken actief aan hun behandeling en zijn meer tevreden
- Minder administratieve belasting
- Geen interne wachtlijsten meer

Top 3 randvoorwaarden

- Flexibele medewerkers met een bereidheid tot veranderen en doorzettingsvermogen
- Ondersteuning van ICT en een goed faciliterend secretariaat.
- Steun en stimulans van het management en de directie voor het project

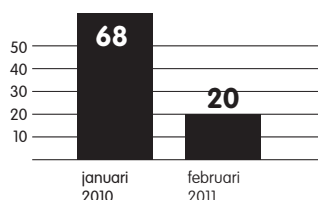
Top 3 tips voor andere teams

- Intake/onderzoek combinatie versnelt de diagnostiek en verbetert de cliënttevredenheid
- Werk interne wachtlijsten weg, die houden alleen maar op
- In de top-down ontwikkelingen moet ruimte zijn voor ideeën van de werkvloer om de ontwikkelingen tot een succes te maken

Speed

Versnelling in beeld:

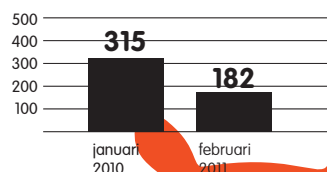
duur onderzoek -71%



Toelichting op de grafieken

De duur van start tot eind diagnostiektraject is door inzet van Duo-intakes en Eindagsonderzoeken met 71% teruggebracht van gemiddeld 68 naar gemiddeld 20 dagen.

duur behandeling -42%



De duur van de behandeling is door inzet van de Behandelkaart afgenomen met 42% van gemiddeld 315 naar gemiddeld 182 dagen. De frequentie van gesprekken is – zoals ons (sub)doel was – toegenomen van gemiddeld 1 afspraak per 3,3 weken naar gemiddeld 1 afspraak per 1,5 week.

Top 3 verbeteringen

- Toon daadkracht: Doe vandaag wat je vandaag kunt doen!
- Cliënt heeft invloed op start diagnostiektraject: intake direct gepland op moment dat alle vragenlijsten binnen zijn. Wie snel reageert, is (zeer) snel aan de beurt.
- Cliënt krijgt de verantwoordelijkheid voor het behandelproces. Door de Behandelkaart (waarop afsprakenreeks wordt gemaakt, inclusief evaluatiedatum met cliënt en in behandelteam en wederzijdse verwachtingen worden besproken en geëxpliciteerd) wordt eindigheid van therapie benadrukt evenals wat van de cliënt nodig is qua inspanningen en acties om de problematiek te laten verminderen. Niet automatisch doorgaan als doelen niet worden gehaald. Meer aandacht voor verwachtingsmanagement.

Top 3 positieve neveneffecten

- Behandelaar: is meer op orde waardoor werkplezier vergroot en de teamsfeer positiever wordt. De effectiviteit neemt toe.
- Behandelkaart: de tevredenheid van de cliënt neemt toe, meer commitment aan therapie waardoor no-shows duidelijk afnemen (niet-lopende behandelingen stoppen eerder en door onderhandelingen bij de start vermindert het aantal no-shows).
- Secretariaat: eenmalig invoeren van afsprakenreeksen scheelt hun veel tijd.

Top 3 randvoorwaarden

- Noodzaak tot verandering moet worden onderkend op de werkvloer en iedereen moet uiteindelijk mee doen.
- Capaciteit/geld/tijd/middelen/ondersteuning (zowel secretariaat als vanuit het management)
- Strakke agendaplanning en -beheer voor afspraken en administratietijd

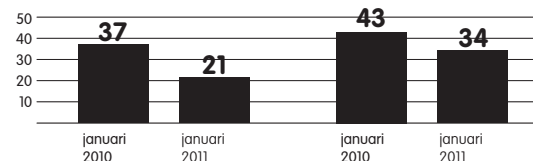
Top 3 tips voor andere teams

- Zorg voor stevig draagvlak en richt hier in het begin al interventies op. Ook het aantal mensen voor het veranderteam moet voldoende groot zijn en divers qua leeftijd en discipline.
- Strakke planning: vooruit plannen en structureren van het project, experimenten en (meerdere tussentijdse) metingen.
- Toon lef en heb durf: niet te lang discussiëren maar gewoon gaan doen, evalueren en (verder) ontwikkelen of stoppen als iets niet blijkt te werken.

Speedy Gonzalez

Versnelling in beeld:

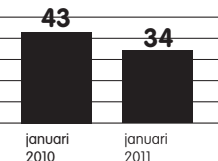
duur diagnostiek -43%



Toelichting op de grafieken

Duur van start tot eind diagnostiek is met 43% teruggebracht van gemiddeld 37 dagen naar 21 dagen. Door o.a. de de intake en diagnostiek beter te plannen en duidelijke afspraken te maken over de doorlooptijd van de intakefase en de diagnostiek.

wachttijd behandeling -20%



Wachttijd tussen einde diagnostiekfase en start behandeling is met 20% teruggebracht van gemiddeld 43 dagen naar 34 dagen. Dit is een neveneffect van de betere planning en logistiek in de intake en diagnostiekfase (zie grafiek 1). Het vergroten van de persoonlijke effectiviteit van medewerkers heeft een gunstig effect op de totale doorstroom.

Top 3 verbeteringen

- Doorlooptijd van de intakeprocedure is versnelt: afronding binnen 3 weken.
- De intake wordt gepland zodra de ouders de vragenlijsten hebben opgestuurd. Ouders hebben zelf invloed op doorlooptijd: hoe eerder zij de vragenlijsten terugsturen hoe eerder de intakefase van start gaat.
- Doorlooptijd van de PSO is aanzienlijk verkort.

Top 3 positieve neveneffecten

- Wachttijd voor de behandeling is verkort.
- Door ouders medeverantwoordelijk te maken voor de doorlooptijd binnen de intakefase wordt ook de wachttijd tussen de aanmelding en de eerste intakeafpraak verkort.
- Deze doorbraakmethode waarbij je 'bottom up' en 'out of the box' leert kijken naar werkprocessen werkt motiverend.

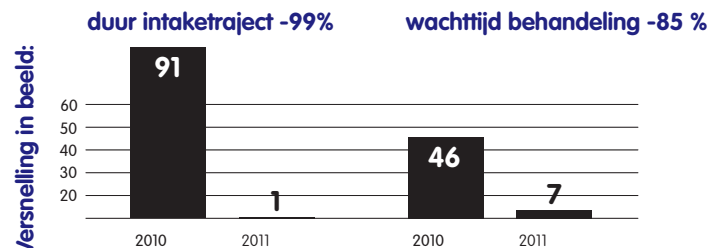
Top 3 randvoorwaarden

- Belangrijke succesfactor: voldoende draagvlak in de organisatie door o.a. ondersteuning vanuit het management.
- Duidelijke afspraken over de te bereiken doelen (SMART) zodat de goede ideeën niet verloren gaan.
- Zorg dat doorbraakmethode vaste plek krijgt binnen de organisatie. Stel doorbraakteams samen en zet onderwerp regelmatig op de agenda.

Top 3 tips voor andere teams

- Deel je successen met andere teams.
- Steel de beste ideeën van andere teams, maar vergeet ze niet te bedanken.
- Laat je niet ontmoedigen door tegenslagen en bureaucratie, maar toon lef en wees zo nu en dan ondeugend.

De Sprinters



Toelichting op de grafieken

2010: intake-traject enkelvoudige ADHD was drie maanden + 1 ½ maand wachttijd voordat behandeling kon starten.

2011: intake-traject Sprintpoli 1 dag + 1 week voordat behandeling kan starten.

Top 3 verbeteringen

- Sprintpoli ADHD
- Informatiebladen diagnostiek en behandeling
- Afsprakenbureau

Top 3 positieve neveneffecten

- Versnelling van het logistieke traject
- Betere informatievoorziening naar patiënten en patiëntensysteem
- Versnelde doorloop van diagnostiek naar behandeling

Top 3 randvoorwaarden

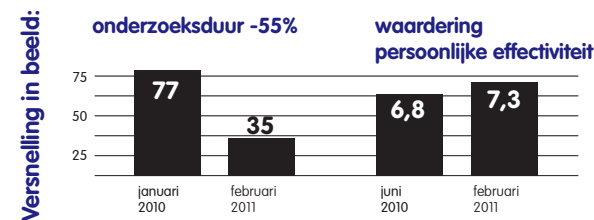
- Informeren en mee nemen van het team in het proces
- Betrokkenheid en flexibiliteit van het management
- Inzetbaarheid van personeel

Top 3 tips voor andere teams

- Informatiebladen versnelt start behandeling
- Onderscheid enkelvoudige en complexe problematiek versnelt
- Afsprakenbureau versnelt start behandeling

resultaten versnelling in de jeugd-ggz

De Vaandeldragers



Toelichting op de grafieken

In de grafieken zijn 2 metingen te zien:
De tijd tussen start en einde van het onderzoek: deze is afgenomen van 77 tot 35 dagen, een afname van 55%.

De waardering van de eigen persoonlijke effectiviteit van medewerkers is in de periode juni 2010 en februari 2011 toegenomen: van een gemiddelde van 6,8 naar 7,3.

Top 3 verbeteringen

- Behandelplan centraal in cliëntcontact en vergaderingen.
- Administratietijd inplannen in agenda, en je hier ook aan houden.
- Cliënten zelf laten bellen naar secretariaat om intakeafspraak te maken (in plaats dat secretariaat hun belt).

Top 3 positieve neveneffecten

- Meer contact tussen mensen van de verschillende zorgdomeinen en locaties.
- Goede samenwerking secretariaat – hulpverleners.
- Bewustwording van processen. We waren fragmentarisch bezig. Nu voelen we ons onderdeel van het geheel.

Top 3 randvoorwaarden

- De vrijheid en het vertrouwen krijgen om te experimenteren met nieuwe ideeën.
- Gebruik kunnen maken van de communicatiemiddelen binnen de instellingen om te communiceren over nieuwe ideeën.
- Tijd krijgen om met "versnellingsmensen" bij elkaar te komen.

Top 3 tips voor andere teams

- Bijeenkomsten versnellingsteam eens per 14 dagen en maandelijkse terugkoppeling naar de teams. Doel: het project "levend" houden.
- Out of the box denken bij het ontwikkelen van nieuwe ideeën. Doel: bevorderen van creatief proces.
- Doe vandaag wat je vandaag kan doen. Doel: "Clean desk & head".

resultaten versnelling in de jeugd-ggz

VersnellingsASS

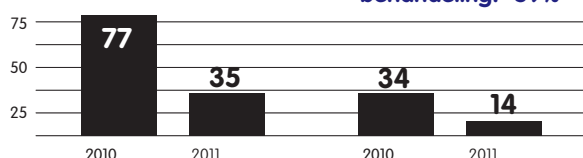


resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

duur intake: -55%

wachttijd
behandeling: -59%



Toelichting op de grafieken

1. De duur van de start tot het einde van de intake is met 55% teruggebracht van gemiddeld 77 naar 35 dagen.
2. De wachttijd vanaf het einde van de intake naar de start van de behandeling is met 59% afgenomen van gemiddeld 34 naar 14 dagen.

Top 3 verbeteringen

- Inhoudelijke verbetering van programma SOVA en psycho-educatie, toename van het aanbod van de groepen en verbeteren informatievoorziening over de groepen.
- Verkorten van de duur van de behandeling door duidelijke afspraken te maken met ouders over doelstelling en duur van de behandeling.
- Ouders krijgen meer verantwoordelijkheden in de intake en de behandeling.

Top 3 positieve neveneffecten

- Bij de start van een groep ouders middels een brief uitnodigen en verzoeken contact op te nemen levert veel tijdswinst voor de behandelaren op.
- 'Jaffen mag' en zo zaken van elkaar overnemen zoals de behandelroutekaart.
- Vergroting van persoonlijke effectiviteit.

Top 3 randvoorwaarden

- Een enthousiast team met voldoende tijd en flexibiliteit.
- Inzet van secretariaat, behandelteam en management.
- Voldoende ruimte om te experimenteren.

Top 3 tips voor andere teams

- Creëer bij aanvang een breed draagvlak op de afdeling.
- Overleg met ouderorganisatie over veranderingswensen.
- Ga aan de slag!

126

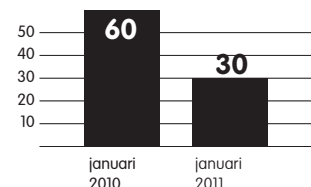
De versnellingsbak



resultaten versnelling in de jeugd-ggz

Versnelling in beeld:

duur onderzoek -50%



Toelichting op de grafiek

Nulmeting: doorlooptijd van start onderzoek tot einde onderzoek is 60 dagen gemiddeld.
Eindmeting: doorlooptijd van start onderzoek tot einde onderzoek is 30 dagen gemiddeld.
 De resultaten zijn mooi en zullen in de loop van 2011 zeker verder verbeteren, dit heeft ook gunstige consequenties voor de wachttijd.

Top 3 verbeteringen

- Terugbrengen van de wacht- en doorlooptijd
- Invoeren wasstraten -> verbeteren van de logistiek
- Verbreding van het behandelaanbod

Top 3 positieve neveneffecten

- Tevreden cliënten
- Verbeterde samenwerking met de kinderartsen
- Betere doorstroming ook door beter functioneren van het behandelproces

Top 3 randvoorwaarden

- Voldoende formatie om de wachttijden niet opnieuw te laten oplopen
- Verbeterde samenwerking met de kinderartsen
- Ondersteuning door het secretariaat

Top 3 tips voor andere teams

- De versnelling voor de ADHD-poli: niet korter gaan maken dan 3 weken, i.v.m. informatieverwerking ouders
- De versnelling van de psychodiagnostiek: niet korter maken dan 2 weken, i.v.m. informatieverwerking ouders
- 'Out of the box' denken helpt!

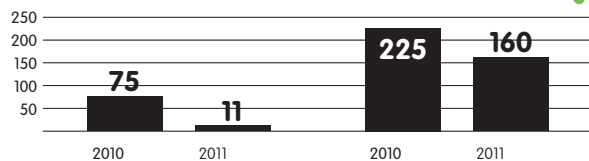
127

De Week van Oosterbeek

Versnelling in beeld:

duur onderzoek -85%

aanmeldingswachttijd -29%



Toelichting op de grafieken

We hebben acties gezet op het verkorten van de onderzoekswachttijd. Dit heeft geresulteerd in een flinke verkorting (van 75 naar 11 dagen). Een neveneffect hiervan is dat er sneller ruimte komt voor nieuwe patiënten. Daardoor is ook de aanmeldingswachttijd verkort. Omdat het (nog) niet mogelijk bleek om alle intakes volgens het nieuwe model te doen, zullen de cijfers van de hele patiëntenpopulatie anders zijn.

Top 3 verbeteringen

- Vooraf gepland diagnostiektraject, waardoor de patiënt twee weken na de intake weet wat er aan de hand is
- Snellere doorlooptijd, kortere wachtlijsten
- Strakker beleid ten aanzien van no-shows

Top 3 positieve neveneffecten

- Creativiteit/flexibiliteit en samenwerking van het intake-trio wordt gestimuleerd
- Behandeling wordt ook al gestart met een voorlopige diagnose: meer aandacht voor procesdiagnostiek
- Caseload neemt af

Top 3 randvoorwaarden

- Goede agenda-indeling vooraf
- Mogelijkheden voor overleg tussen opleiding en begeleider inpassen
- Ruimte geven aan flexibiliteit

Top 3 tips voor andere teams

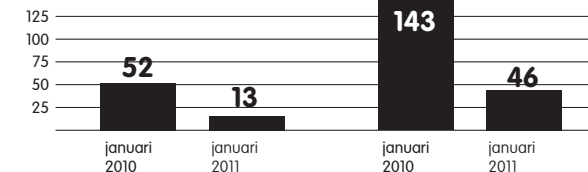
- Deel je agenda in in blokken
- Maak beleid voor no-shows
- Maak tijd voor verbeteringen

Windkracht 10

Versnelling in beeld:

duur onderzoek -75%

duur behandeling -68%



Toelichting op de grafieken

De duur (in dagen) van het onderzoeks-traject voor alle vormen diagnostiek.

De duur van behandeltrajecten vóór en na de opstart van (vernieuwde) groepsprogramma's: ADHD-behandeling, ASS-behandeling (beiden herwerkt) en angststoornissen (opstart van groepsprogramma).

Top 3 verbeteringen

- Onderzoeken inplannen via diagnostisch medewerker, beperken aantal onderzoeken.
- Aangepaste (verkorte) groepsprogramma's en uitbreiden zorgaanbod.
- Beheersen van de in- en uitstroom door gericht te verwijzen naar eerstelijnsGGZ, ketenpartners en PGB-zorgbureaus.

Top 3 positieve neveneffecten

- Er wordt kritischer nagedacht over en gekeken naar behandel- en administratieve processen.
- Ontwikkeling van een meer gemeenschappelijke visie op de doelpopulatie.
- De kwaliteit van de zorg, de inhoud van behandelingen en de vooropgestelde doelen van een behandeling worden explicieter bewaakt en besproken binnen het behandelteam.

Top 2 randvoorwaarden

- Goede communicatie tussen behandelteam, ondersteunende diensten en ketenpartners.
- Bereidheid tot verandering die gesteund wordt vanuit management.

Top 3 tips voor andere teams

- Diagnostiek efficiënt invullen en snel inplannen, liefst via één persoon.
- Kritisch kijken naar instroom, behandeldoelen en uitstroom.
- Groepsbehandelingen aanbieden in de plaats van individuele behandelingen.

Over de auteurs

Karel Diephuis (1948) studeerde sociologie, was daarna gedurende 25 jaar werkzaam in diverse management- en directiefuncties binnen de jeugdzorg. Nu mede eigenaar van Partners in Jeugdbeleid. Als projectleider verantwoordelijk voor diverse landelijke en regionale projecten op het snijvlak van jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en onderwijs. Actief betrokken bij de implementatie van 1Gezin1Plan in ruim 40 gemeenten. Was projectleider Versnelling in de jeugd-GGZ en leidde eerder de Doorbraakprojecten binnen de Bureaus jeugdzorg en de Advies en meldpunten kindermishandeling.

Flip Dronkers (1950) is klinisch psycholoog (kinderen en jeugd) BIG met een lange staat van dienst als behandelaar. De afgelopen jaren werkt hij voornamelijk als zelfstandig beleidsadviseur en projectmanager in jeugdzorg en jeugd-GGZ. Overal waar inhoud en structuur elkaar moeten zien te vinden. Op dit ogenblik is hij behalve Doorbraak adviseur, werkzaam als programmamanager voor de richtlijnontwikkeling in de jeugdzorg, en maakt deel uit van de landelijke stuurgroep die in opdracht van de overheid de professionalisering van de jeugdzorg begeleidt. Hij is bestuurlid van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), sector Jeugd en voorzitter van de sectie Jeugdzorg.

Ingrid Janssen (1965), fysiotherapeut en gezondheidswetenschapper, is managing consultant bij het CBO. Sinds 2003 is zij in verschillende rollen (projectleider, implementatieadviseur) betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van meerdere doorbraakprojecten (waaronder Werken Zonder Wachten en op Eigen Benen Vooruit!). Ook participeert zij in het Netwerk Klinische Paden. Haar aandachtsgebieden zijn patiëntenlogistiek en implementatie.

Quirien van der Zijden (1965), orthopedagoog, is mede eigenaar van Partners in Jeugdbeleid. De afgelopen jaren was zij als projectleider verantwoordelijk voor diverse landelijke en regionale projecten op het snijvlak van jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en onderwijs. Ontwikkelde ondermeer de Handleiding 1Gezin1Plan. Zij was implementatieadviseur tijdens de projecten Versnelling in de jeugd-GGZ en begeleidde eerder Doorbraakteams binnen de Bureaus jeugdzorg en de Advies en meldpunten kindermishandeling.



Versnelling van zorgprocessen door slimmer organiseren: ga er maar aanstaan! Gelukkig zorgen samenwerking met collega's en doeltreffende, simpele en mooie voorbeelden vanuit dit boekje of uit contacten met andere teams steeds weer voor een boost van inspiratie en enthousiasme. Zo kwamen wij er achter hoe belangrijk het is de creativiteit en samenwerking tussen directe collega's te stimuleren. Zo wordt zorg efficiënt en effectief!

Jan ter Maat – Nurse practitioner – Karakter

Het Doorbraak project: het kost wat, het kost wat moeite, maar dan heb je ook wat!

Zoals een soepele en efficiënte bedrijfsvoering waardoor de wachttijden aanzienlijk korter zijn geworden en de patiënten sneller aan de beurt zijn voor diagnostiek en behandeling.

En dit alles terwijl het werken er zeker niet minder leuk op wordt.

Hier geldt: efficiënter werken is plezieriger werken.

Peter Maidman – Psychiater – RCKJP/Bascule

Onze rol als manager is er een geweest van langs de zijlijn mee kijken en mee genieten van wat er allemaal best kan. De inzet van onze teams is groot geweest, wachttijden zijn verkort, snellere inzet van hulpverlening en meer tevredenheid bij de cliënten.

Kees Vink en Jeroen Eskes – Managers – Emergis/Amares

