



praktijkgids
tijd voor jeugd

PRAKTIJKGIDS

Tijd voor Jeugd

Karel Diephuis
Flip Dronkers
Ingrid Janssen
Loes Schouten
Quirien van der Zijden

Met bijdragen van
Arjan Bolt & Marga Stokman
Monica Haimé
Esther Geurts

Omslag en binnenwerk
Esther van 't Klooster

Beeldmerk
Mart Warmerdam

Dit handboek is te downloaden via www.tijdvoorjeugd.nl en www.nji.nl/doorbraak

Partners in Jeugdbeleid

E: info@partnersinjeugdbeleid.nl; W: www.partnersinjeugdbeleid.nl

CBO

E: doorbraak@cbo.nl; W: www.cbo.nl

Hoogmade / Utrecht – oktober 2012

Inhoud

Voorwoord	5
1 De Doorbraakmethode	9
2 De principes van slimmer organiseren	17
3 Vergroten cliëntcontacttijd	29
3.1 Slimmer organiseren	30
3.2 Minder administratietijd	32
3.3 Anders vergaderen	35
4 Optimaliseren doorlooptijden	41
4.1 Vloeiende instroom	41
4.2 Optimale behandelduur	43
4.3 Vlotte uitstroom	49
5 Borging en verspreiding	55
5.1 Borgen en verspreiden van projectresultaat	55
5.2 De menselijke factor bij veranderingen	57
5.3 De rol van leiderschap bij verandering	57
5.4 Acht fasen voor verandering	60
6 Bijdragen van experts	67
6.1 Gezin Centraal	67
6.2 Bevorderen van persoonlijke effectiviteit	77
6.3 Optimale verblijfsduur	87
Bijlage	97
Resultaten en tips van de Doorbraakteams	
Over de auteurs	123





Voorwoord

De zorg voor jeugd is volop in beweging en deze transitiefase biedt kansen. Kansen om de zorg voor jeugd slimmer te organiseren, regelarm te werken, de tijd die professionals daadwerkelijk aan cliënten besteden te vergroten en de doorlooptijden te verkorten. Met deze praktijkgids in de hand is dat mogelijk!

De tijd die professionals direct aan jeugdigen en hun ouders besteden staat steeds meer onder druk. Veel tijd gaat op aan bijkomende taken als administratie, overdracht, overleg, reizen en informatie verzamelen. Tegelijkertijd groeit de vraag naar zorg en worden de middelen schaarser.

Met grote gedrevenheid werkten 23 teams uit 11 organisaties voor Jeugd en opvoedhulp tussen mei 2011 en juni 2012 aan het slimmer organiseren van hun eigen werk. Hun doel: meer tijd voor jeugd, minder administratieve lasten, en een betere doorstroming van cliënten.

Toegerust met aangereikte kennis over het slimmer organiseren van zorg en met veel creativiteit en lef, experimenteerden de teams binnen hun eigen werk. Zij ontwikkelden eigen manieren om minder en korter te vergaderen, samen met cliënten verslagen te maken en de omvang van hun rapportages te decimeren. Het jagen naar handtekeningen werd afgeschaft en reistijden drastisch verlaagd. De behandelduur brachten teams terug door samen met ouders doelgerichte trajecten in te richten: “Begin bij het einde” was daarbij hun adagio. Door een flexibele inzet van ambulante begeleiders verblijven kinderen nu korter op groepen.

Dit leverde de teams tijd op. Vaak veel tijd. Tijd om meer kinderen te helpen én tijd om de kwaliteit van hun zorg te verbeteren. Maar ook: meer grip op hun werk, verbeterde samenwerking en een verhoging van hun werkplezier!

De opgedane kennis en ervaringen zijn vastgelegd in deze praktijkgids. Hoofdstuk 1 bevat een beschrijving van de Doorbraakmethode die bij Tijd voor Jeugd wordt gehanteerd. Hoofdstuk 2 gaat over de logistieke principes die de basis vormen voor het slimmer organiseren van zorg. In hoofdstuk 3 staat, aan de hand van praktijkvoorbeelden, beschreven hoe je met deze kennis cliëntcontacttijd kunt verhogen. Hoofdstuk 4 geeft praktische beschrijvingen en voorbeelden voor het optimaliseren van doorlooptijden. Wellicht het moeilijkste onderdeel van ieder succesvol project is het borgen en verspreiden van de behaalde resultaten. Naast praktische tips en tricks passeren in hoofdstuk 5 daartoe de belangrijkste succesfactoren de

revue. In hoofdstuk 6 laten experts hun licht schijnen op een aantal bijzondere vraagstukken rond Tijd voor Jeugd: Wat is eigenlijk een optimale verblijfsduur? Hoe stellen we het gezin werkelijk centraal? En hoe bevorderen we onze persoonlijke effectiviteit in het werk?

Deze praktijkgids is ontwikkeld dankzij de inzet van de teams van Jeugdhulp Friesland, Trias Jeugdhulp, Parlan, De Hoenderloo Groep, Combinatie Jeugdzorg, Rubicon, LSG-Rentray, TriviumLindenhof, Entréa, Lijn 5 en Trajectum. De resultaten van deze teams treft u aan in de bijlagen.

Tijd voor Jeugd werd bekostigd door de deelnemende organisaties en het Ministerie van VWS. De landelijke projectleiding en ondersteuning waren in handen van Partners in Jeugd-beleid en het CBO.



De Doorbraakmethode

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

De Doorbraakmethode

De zorg voor jeugd 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 toegepast. De Doorbraakmethode is een strategie om beschikbare kennis en goede voorbeelden versneld in te voeren in de praktijk. Het is een gestructureerde manier van werken, bestaande uit een combinatie van verschillende interventies om verbeteringen in de zorg te realiseren.

‘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 in de gezondheidszorg toegepast door het CBO. Een goed voorbeeld is het van weken naar dagen terugbrengen van de doorlooptijd van de diagnostiek in de Mamma-poli. Een ander voorbeeld is het project Werken Zonder Wachtlijsten (WZW) waarbij poliklinieken van ziekenhuizen de toegangstijd hebben teruggebracht tot minder dan 1 week.

In de jeugd-ggz en de bureaus jeugdzorg zijn met Doorbraak de wacht- en doorlooptijden drastisch teruggebracht, ondermeer door toepassing van het principe van de “eendagsdiagnostiek” en de behandelkaart.



5 Doorbraakprincipes

- 1 Slecht de kloof tussen kennis en praktijk**
Wetenschappelijke kennis en goede voorbeelden verspreiden zich niet 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 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 en pas dat wat werkt daarna op grotere aantallen cliënten toe.

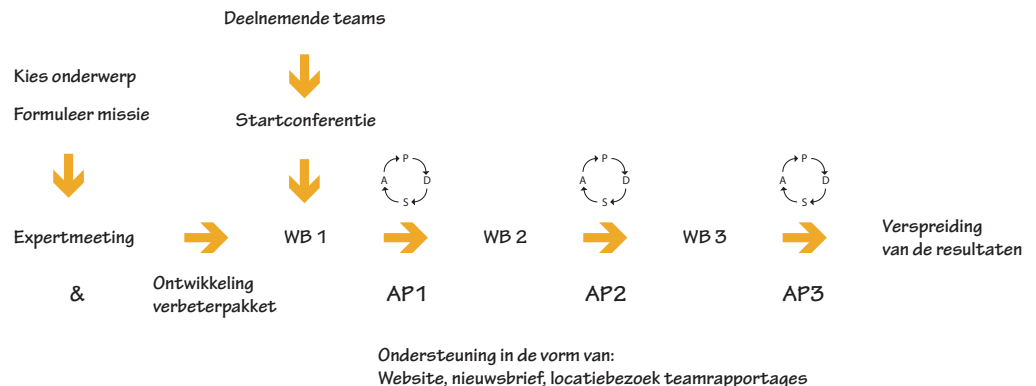
1.1 Uitvoering van een Doorbraakproject

Een Doorbraakproject start met het bepalen van een doelstelling, in ons geval: het verhogen van de cliëntcontacttijd en het terugbrengen van de doorlooptijden. Vervolgens worden organisaties opgeroepen om deel te nemen. Deelnemende organisaties stellen multidisciplinaire doorbraakteams samen. Deze teams vervullen binnen de instelling een pioniersfunctie. Door hen beproefde verbeteringen worden binnen de instelling verspreid.

Met behulp van praktijkdeskundigen en wetenschappers worden kennis, goede voorbeelden en verbeterideeën verzameld en bijeengebracht in een verbeterpakket ten behoeve van de teams.

Tijdens het Doorbraakproject vormen de deelnemende teams uit de verschillende instellingen een samenwerkingsverband. Onderlinge informatie- en ervaringsuitwisseling vormen daarbij een essentieel onderdeel.

De uitvoering van een Doorbraakproject bevat de volgende stappen:



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 en 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.



1.2 Verbetermodel

Als onderdeel van de doorbraakmethode krijgen de teams een eenvoudig en handzaam verbetermodel aangereikt: het Nolan-model (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:

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

Beantwoording van de drie Nolan-vragen:

1. Wat willen we bereiken?

De hoofddoelstelling van Tijd voor Jeugd is het verhogen van de cliëntcontacttijd en verkorten van de doorlooptijden. 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 cliëntcontacttijd van medewerkers is toegenomen met 45%
- Binnen 7 dagen na aanmelding start de behandeling
- De verblijfsduur van 80% van de jongeren is maximaal 6 maanden

2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?

Door resultaten te meten krijgen teams inzicht in de voortgang van hun veranderproces. Leveren de veranderingen ook daadwerkelijk verbeteringen op? In hoeverre hebben we onze doelen al bereikt?

De ervaring leert dat metingen in de startfase ook een bewustwordingsproces bij de teams op gang brengen:

“Hoe is het mogelijk dat wij 18 maanden over een ambulant traject doen terwijl we gemiddeld maar 10 gesprekken met cliënten voeren?! 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 “belonen” en stimuleren om zich te blijven inspannen om de beoogde doelstelling te realiseren.

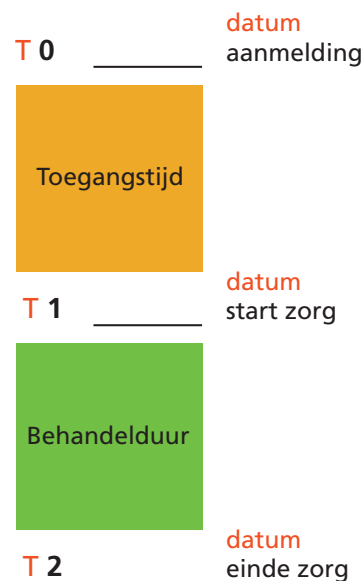
Bij aanvang krijgen de teams een meetinstrument waarmee zij een nulmeting op de hoofddoelstelling uitvoeren. Bij Tijd voor Jeugd richt de nulmeting zich op het in kaart brengen van:

- Het percentage van de totale werktijd dat besteed wordt aan direct cliëntcontact en de tijd besteed aan overige activiteiten zoals reizen, administratie, en overleg.
- De doorlooptijd van aanmelding tot start van de zorg, en van start tot einde van de zorg (zie afbeelding rechts).

Gedurende het project voeren teams metingen uit om zicht te krijgen op de voortgang op de hoofddoelstelling en hun specifieke teamdoelen. Voor die specifieke teamdoelen voeren zij eenvoudige aanvullende metingen uit. Voorbeelden hiervan zijn:

- Een team dat werkt aan vermindering van de reistijd meet gedurende een afgesproken periode hoeveel tijd zij besteden aan reizen, en hoeveel procent van hun totale werktijd dat is.
- Een team met als doel verkorten van de schrijftijd voor hulpverleningsplannen meet bij een aantal plannen hoeveel tijd het schrijven daadwerkelijk kost. Het team herhaalt deze meting na het doorvoeren van de veranderingen. Zij kunnen er ook voor kiezen om het gemiddeld aantal woorden per hulpverleningsplan (of andere rapportage) te tellen en dat periodiek te herhalen.
- Een team dat planmatige zorgtrajecten wil invoeren telt het aantal cliënten waarvoor een trajectplan (met fasering, geplande evaluatiemomenten en geplande einddatum) is opgesteld. Periodiek berekenen zij het percentage cliënten met een trajectplan, tot de 100% is bereikt.

De doorlooptijd van aanmelding tot start van de zorg, en van start tot einde van de zorg



KISS

Belangrijk uitgangspunt bij meten:
keep it short & simple

- Wees pragmatisch en houd het eenvoudig.
- Verzamel alleen informatie die je echt nodig hebt
- Waak ervoor dat het meten geen doel op zich wordt

- Een team dat minder tijd aan vergaderen wil besteden registreert gedurende een afgesproken periode het aantal minuten dat zij vergaderen.

3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering?

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

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

De PDSA-cyclus

Het tweede onderdeel van het model van Nolan is de 'rapid cycle improvement'.

Dit betekent dat de teams veranderingen eerst op kleine schaal uitproberen. 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 zal tegelijkertijd aan meerdere kleine en grote veranderingen werken.

Het mooiste is als 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.

Literatuur

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



De principes van slimmer organiseren

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

De principes van slimmer organiseren

2

In dit hoofdstuk beschrijven we zeven logistieke principes die hun waarde bewezen hebben in de gezondheidszorg, in de jeugd-ggz en bij bureaus jeugdzorg. Vervolgens laten we in hoofdstuk 3 en 4 zien hoe deze principes, met behulp van de Doorbraakmethode, in de praktijk zijn toegepast. Met als resultaat: meer tijd voor jeugd.

Hulpverleners in de zorg ervaren veel bureaucratie bij het uitvoeren van hun werkzaamheden, de tijd die de zij doorbrengen met de cliënt is relatief laag en doorlooptijden vaak te lang. Klantvriendelijk en efficiënt organiseren van zorg kan een grote bijdrage leveren aan het verminderen van de ervaren regeldruk, het verhogen van cliëntcontacttijd en het verkorten van doorlooptijden. Kennis van logistieke principes is daarbij onontbeerlijk.

Zeven logistieke principes

- 1 Stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod
- 2 Uitstel = meerwerk: doe het werk van vandaag vandáág
- 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

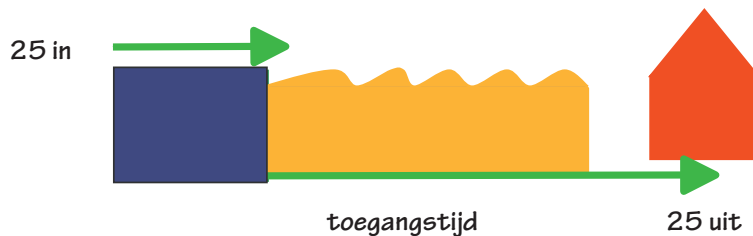
2.1. Stabiele wachttijd duidt op evenwicht tussen vraag en aanbod

Indien er sprake is van een stabiele wachttijd (bijv. al meer dan een jaar is de wachttijd voor een eerste gesprek 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. In dat geval zijn mogelijk aanvullende maatregelen nodig.

De toegangstijd is feitelijk het aantal pagina's in de agenda dat omgeslagen moeten worden voordat een vrije plek gevonden wordt voor de eerste afspraak of de plaatsing op een groep. Indien die tijd gedurende een periode ongeveer hetzelfde blijft, 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. Ouders 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 (er geen wachtlijst meer is). De vraag kan ook toenemen doordat, ten gevolge van het verdwijnen van toegangstijden, een aanzuigende werking ontstaat. Ouders 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.

Als een organisatie zich richt op het verkorten van de toegangstijden is het 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. Maar mogelijk is het noodzakelijk dat de capaciteit structureel wordt uitgebreid.

2.2 Uitstel = meerwerk: doe het werk van vandaag vandaag

Het principe "Uitstel = Meerwerk" is van toepassing op velerlei werkzaamheden die we dagelijks uitvoeren. Ook 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.

Ook 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 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 op de volgende pagina:

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.

2.3 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.

Bij de aanbieders van zorg bestaan er vaak twee soorten wachten:

Wachten op het eerste gesprek

Indien deze toegangstijd hoog is wordt vaak een vorm van “triage” toegepast: cliënten krijgen een urgentiebepaling en komen als gevolg daarvan in verschillende wachtrijen (bijvoorbeeld: zeer urgent, urgent, midden, standaard).

Wachten op één of meerdere specifieke vorm(en) van zorg of onderzoek

Binnen veel organisaties is in de loop der jaren een heel palet aan interventies ontstaan. Met voor iedere interventie een aparte wachtrij.

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.

2.4 Optimaliseer het aantal contacten 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 contacten per cliënt terug te brengen.

Het procentueel grootste deel van de vraag wordt ‘veroorzaakt’ door de hulpverlener die tegen de cliënt vertelt dat hij een nieuwe afspraak moet maken. Dit komt tot uitdrukking in het aantal contacten per cliënt.

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

- Het kritisch evalueren van de behandelfase: wanneer is het goed genoeg en kan de behandeling worden afgerond? Kan afronding worden versneld door nazorg aan andere organisaties over te laten? (zie ook 4.2 Optimale behandelduur)

- Het invoeren van contacten per e-mail of per telefoon.
- Het interval te verlengen voor contacten bij zeer langdurige trajecten.
- Een aanbod voor meerdere cliënten tegelijkertijd (zoals bijvoorbeeld groepsconsulten of training) aan te bieden.

Een andere vorm van het beïnvloeden van de vraag is het kritisch kijken naar de instroom en het verbeteren van verwijzingen. De instroom is te beïnvloeden door verwijzers goed te informeren over de mogelijkheden van het aanbod en duidelijke afspraken te maken over het verwijs- of indicatiebeleid.

2.5 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.
- 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.

2.6 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 vraag en aanbod.

Wachtlijsten zijn functioneel als buffers die fluctuatie opvangen: fluctuatie 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:

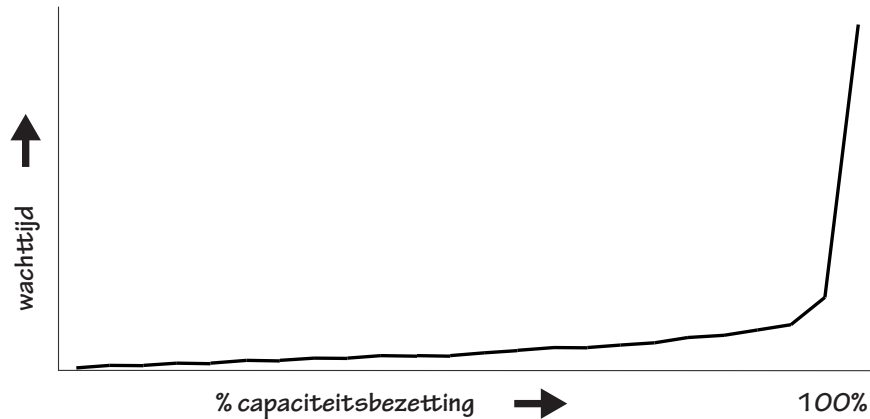
- de mate van fluctuatie in vraag en aanbod;
- de mate waarin op de fluctuatie in vraag geanticipeerd kan worden;
- de mate waarin flexibel op fluctuatie gereageerd kan worden.

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/of aan het begin of juist het einde van het schooljaar).

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.

2.7 100% 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 het ene kind aan het afbouwen is, terwijl een nieuw kind juist opbouwt. In die periode kunnen groepswerkers wat extra uren inzetten. Deze extra uren worden in rustige tijden gecompenseerd (bijvoorbeeld in weekenden en vakanties).

Literatuur

- Diephuis K., F. Dronkers, I. Janssen, H. Tijink en Q. van der Zijden (2009), Handboek Slimmer Organiseren, sneller zorg voor jeugd, Partners in Jeugdbeleid en CBO, www.versnellingjeugdggz.nl.
- Diephuis K., F. Dronkers, I. Janssen en Q. van der Zijden (2011), Slimmer Organiseren, praktijkgids voor de jeugd-ggz., Partners in Jeugdbeleid en CBO, www.versnellingjeugdggz.nl.
- Evers A. e.a.. Werkboek van kennis naar doen: voortdurend verbeteren, methoden en technieken voor de reflectieve professionals in de zorg (ISBN: 90-8523-033-0).
- Schouten, L., Minkman, M., Moel, J. de, J. van Everdingen (2007). Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Schriek-de Loos E. van der, E. Klokman, J. Havers (2009) Werken Zonder Wachtlijst. Tijdige zorg op de juiste plaats voor de patiënt. Best practices Zorg (nr 1).



Vergroten cliëntcontacttijd

Uil symbool van wijsheid, kennis, studie en eruditie

Vergroten cliëntcontacttijd

3

De logistieke principes uit hoofdstuk 2 zijn door de teams toegepast binnen hun eigen werk. Met behulp van de PDSA-cyclus uit de Doorbraakmethode (hoofdstuk 1) voerden zij experimenten uit om hun cliëntcontacttijd te vergroten. In dit hoofdstuk beschrijven wij de kennis en praktijkvoorbeelden die dat heeft opgeleverd.

De tijd die medewerkers in de jeugdzorg direct aan jeugdigen en hun ouders besteden, staat steeds meer onder druk. Veel tijd gaat op aan bijkomende taken als administratie, overdracht, overleg, reizen en informatie verzamelen. Tegelijkertijd wordt de zorg complexer, is de vraag naar zorg in de afgelopen jaar steeds toegenomen en wordt een tekort aan medewerkers in de jeugdzorg voorzien. Zo wordt de werkdruk een steeds groter probleem, neemt de arbeidsvreugde verder af en wordt het garanderen van een goede cliëntgerichte zorg moeilijker.

De cliëntcontacttijd (face to face, ear to ear of key to key) wordt in de jeugdzorg niet landelijk geregistreerd. De nulmetingen van de teams die deelnamen aan Tijd voor Jeugd lieten een cliëntcontacttijd zien die varieerde tussen de 30 en 45% van de totale werktijd van hulpverleners.

De teams die deelnamen aan Tijd voor Jeugd zijn aan de slag gegaan om hun cliëntcontacttijd te vergroten. Zij wisten in een jaar tijd de tijd die zij rechtstreeks aan hun cliënten besteden te verhogen met 25 tot maar liefst 80%. Dit realiseerden zij door het kritisch evalueren en vervolgens slimmer organiseren van hun:

- eigen dagelijkse werkzaamheden
- administratieve processen, formulieren en rapportages
- vergaderingen

Focus op cliëntcontacttijd

“Groepswork was onze taakopdracht, maar onze visie vroeg om meer dan alleen dat. Daarvoor verlegden we de focus van alleen groepswork naar maximale gerichtheid op contact met kinderen en het ondersteunen van ouders en mede-opvoeders op allerlei momenten van de dag: op de groep, thuis, op school, in vrijetijdsbesteding. We hebben daarmee de cliëntcontacttijd verhoogd van 33% naar 50%. En we hebben nu de ambitie door te gaan naar 60%, bijna een verdubbeling van de cliëntcontacttijd dus.”

3.1 Slimmer organiseren van het eigen werk

Met behulp van de in hoofdstuk 2 beschreven logistieke principes analyseerden en reorganiseerden de teams hun eigen werkzaamheden. In de praktijk bleken onderstaande interventies een grote bijdrage te leveren aan het verhogen van hun cliëntcontacttijd, met name door een consequente én gecombineerde inzet ervan.

- Doe het werk van vandaag vandaag
- Minimaliseer je reistijd
- Beperk je caseload
- Afspraak is afspraak
- Plan afspraken vooruit
- Plan tijdig een nieuwe cliënt
- Benut laptop en mobiele telefoon

Doe het werk van vandaag vandaag

Het principe “uitstel = meerwerk” was voor velen zeer herkenbaar. Het dagelijks afhandelen van e-mail, op één of twee daarvoor gereserveerde momenten, bleek een goede werkwijze. Dit om te voorkomen dat doorgeschoven mails meermalen worden gelezen, hetgeen onnodig tijd kost. Ook creëert het rust en ruimte in je werkdag.

Ook het schrijven van verslagen direct na een gesprek of overleg bleek tijd te besparen: het gesprek lag immers nog vers in het geheugen.

Minimaliseer reistijd

Met name ambulante medewerkers waren onevenredig veel tijd kwijt aan reizen. Zij brachten hun reistijd terug door de volgende interventies in de praktijk te brengen:

- Verminder het aantal reizen door kritisch te kijken naar de toegevoegde waarde van een huisbezoek. Is een afspraak op kantoor, per telefoon of contact via de e-mail een optie? Kan daarmee hetzelfde (of wellicht zelfs meer) worden bereikt?
- Combineer afspraken buiten de deur: plan afspraken in hetzelfde gebied na elkaar.
- Houd bij het verdelen van nieuwe gezinnen rekening met op de woonplaats van hulpverleners.

Beperk je caseload

Ambulante hulpverleners beseften dat hun trajecten regelmatig langer duurden dan noodzakelijk omdat de tijd tussen twee afspraken onnodig lang was. Reden: niet de hulpvraag van de cliënt maar de (te volle) agenda van de hulpverlener was bepalend voor de periode tot aan de volgende afspraak.

Minder tijd aan mailverkeer

“Ik begin tegenwoordig een half uur eerder, voordat mijn collega's er zijn. Op dat moment handel ik mijn mail af en halverwege de dag kijk ik nog een keer. Wat een zegen om niet de hele dag ‘geterroriseerd’ te worden door die dwingende mailberichten”.

Volle agenda's verhogen behandelduur

"Ik weet dat het effectiever is om in de beginfase ten minste wekelijks contact te hebben met mijn cliënten. Doordat mijn agenda te vol is zitten er echter vaak twee tot vier weken tussen de gesprekken."

Kom uit je kantoor!

"Ons motto is nu: het kantoor uit en de groep op. Je niet langer terugtrekken in het kantoor, maar je werk in de groep uitvoeren. Ook evaluatieverslagen maak je in de groep, samen met de jongere. Samen rapporteren betekent een verhoging van cliëntencontacttijd en meer participatie bij de behandeling, dus ook een beter resultaat."

Een (te) hoge caseload leidt automatisch tot verlenging van de doorlooptijden. Hulpverleners hebben hun caseload teruggebracht. Waarvoor zij afspraken sneller achter elkaar konden inplannen, met als resultaat dat de hulp sneller kon worden afgesloten. Dit is prettiger voor cliënten en medewerkers hebben meer overzicht.

Plan afspraken vooruit

Het vooruit inplannen van afspraken heeft een positieve invloed op de cliëntcontacttijd (en op de behandelduur, zie volgend hoofdstuk). Niet alleen de agenda van hulpverleners is vol, ook cliënten hebben hun verplichtingen. Het zoeken naar een geschikt tijdstip voor de volgende afspraak kost dan telkens veel tijd. Dit is te voorkomen door de afspraken, voor bijvoorbeeld de komende drie maanden, al vast samen in te plannen. Of door het secretariaat te vragen dit samen met de cliënt te doen. Dit scheelt tijd én schept duidelijkheid voor de cliënt.

Afspraak is afspraak

Door de focus op hun tijdbesteding zijn hulpverleners zakelijker gaan denken en handelen. Afspraken worden goed gepland, beginnen op tijd, gaan altijd door en eindigen ook weer op tijd. Dit leidt tot meer tevredenheid bij cliënten en medewerkers, tijdswinst en rust in werken.

Plan tijdig een nieuwe cliënt, zodat er geen gaten vallen na afsluiting

Hulpverleners constateerden dat er na afsluiting van een cliënt vaak een gat in de agenda of op de groep ontstond. Door tijdig een nieuwe cliënt in te (laten) plannen bleek dit goed te voorkomen.

Benut laptop en mobiele telefoon

Zowel ambulant werkers als groepswerkers experimenteerden met het beter benutten van laptops en mobiele telefoons. Daardoor was het mogelijk te rapporteren en registreren op de groep of tijdens huisbezoeken. Ook de wachtmomenten tussen huisbezoeken worden effectief benut.

3.2 Minder administratietijd

Hulpverleners besteden een deel van hun tijd aan administratie, zoals het maken van afspraken, het versturen van informatiemateriaal en vragenlijsten, het schrijven van rapportages en het maken van dag- en activiteitenschema's. Door deze administratieve processen slim te organiseren en goed te kijken naar wie, welke activiteit, wanneer uitvoert is veel tijd te winnen. Deze tijd kan vervolgens ingezet worden om de cliëntcontacttijd te verhogen, of om meer cliënten te behandelen, zonder dat de werkdruk toeneemt. De deelnemende teams verminderden hun administratietijd door hun administratieve processen te herontwerpen en hun rapportages slimmer te organiseren.

Administratieve processen herontwerpen

De teams brachten bij de start hun administratieve processen in kaart. Vervolgens maakten zij hun eigen analyse: welke stappen of activiteiten voeren we uit? Met welk doel? Zijn deze stappen echt nodig? Wie voert de handeling uit en is dit de meest geschikte functionaris hiervoor?

In de praktijk bleken er met name rond aanmelding, start en einde zorg onnodige stappen in het proces zitten. Ook zat er onnodige 'wachtijd' tussen stappen of konden stappen worden samengevoegd.

Handtekening niet nodig

Veel instellingen voor jeugdzorg laten hun cliënten bij wijze van instemming tekenen voor de hulp die ze geboden krijgen en voor de rapportages die gedurende het hulpverleningsproces over hen opgesteld worden. Dit handtekeningenbeleid kan als dwingend en storend ervaren worden door cliënten en blijkt in ieder geval tijdrovend voor hulpverleners die achter deze handtekeningen aan moeten jagen. In het kader van het project Tijd voor Jeugd zocht een deelnemend team uit of dát niet anders kan. Daartoe werd onder andere advies ingewonnen bij een ter zake deskundige jurist, bij de Inspectie Jeugdzorg, het ministerie van VWS, en bij branche organisatie Jeugdzorg Nederland (in verband met HKZ-normen). En wat bleek: instemming van cliënten in het vrijwillige kader is verplicht, maar nergens in de wet- en regelgeving staat dat daarvoor handtekeningen van cliënten worden verlangd. Handtekeningen kunnen gewoon achterwege gelaten worden. Dat scheelt ergernis en tijd. Het dwingende van die handtekeningen leidt alleen maar af van waar het werkelijk om hoort te gaan, namelijk dat hulpverleners en cliënten elkaar goed begrijpen en blijven begrijpen. En voor de verslaglegging betekent het dat die altijd in samenspraak met

cliënten wordt gemaakt, dat hulpverleners zich ervan vergewissen dat hun cliënten de inhoud begrepen hebben en dat zij het er mee eens zijn. Dit is het zogenaamde informed consent. Een aantekening daarvan door de hulpverlener in het dossier volstaat. De stap van behandelplannen en rapportages die ondertekend moeten worden naar informed consent is een belangrijke. Deze stap vergroot de rechtszekerheid voor de betrokken cliënten, bevordert de positieve relatie tussen cliënt en zorgverlener en verlost de zorgverlener van onnodige administratieve lasten.

Op basis van hun procesbeschrijving hebben teams de administratieve processen opnieuw en slimmer ontworpen: overbodige stappen zijn weggehaald, de wachttijd tussen stappen is verkort en taken zijn verschoven van hulpverleners naar het secretariaat. Het slim inzetten van het secretariaat, of de afdeling ondersteuning, voorkomt dat relatief duur betaalde professionals administratief werk moeten verrichten.

Administratieve ondersteuning beter geregeld

“Binnen ons team is de afdeling ondersteuning nu meer betrokken bij administratieve handelingen aan het begin van het traject. De afdeling ondersteuning stuurt de vragenlijsten aan ouders, plant de eerste 4 huisbezoeken en verstuurt de uitnodigingen voor cursussen. Dat scheelt onze ambulante hulpverleners veel tijd!”

Afspraken plannen

“Wij werken nu allemaal met een digitale agenda. Daarin geven we aan op welke dagdelen het secretariaat afspraken met cliënten kan inplannen. Gaat het om een eerste gesprek dan nodigt onze secretaresse de ouders een half uur eerder uit. Ouders kunnen dan ter plaatse de benodigde inschrijfggegevens invullen. Waarnodig met hulp van ons secretariaat.”

Slimmer rapporteren

Te lange rapportages kosten twee keer te veel tijd: tijd om te schrijven én tijd om te lezen. Dit was een reden voor veel teams om hun formulieren en rapportages eens goed onder de loep te nemen. Rapportageformats werden vereenvoudigd en dubbele formulieren verwijderd. Vier praktische tips vormden daarbij de leidraad:

Praktische tips

- Stem alles wat je schrijft af op je cliënt: kort, concreet en in duidelijke taal.
- Hanteer een eenvoudig format voor hulpverleningsplannen, verslagen en evaluaties. Een format dat stimuleert tot het bondig formuleren van concrete doelen, activiteiten, afspraken, termijnen en voortgang.
- Stel een korte, eenduidige instructie op voor het schrijven van hulpverleningsplannen, verslagen, en evaluaties. Wees duidelijk over de beoogde omvang (bijvoorbeeld maximum aantal woorden) en tijdinvestering (gebruik tijdelijk een kookwekker om je zelf te dwingen tot korte rapportages).
- Doe het werk van vandaag vandaag: rapporteer direct na een gesprek dan zit de informatie nog vers in het geheugen. Of rapporteer samen met de cliënt: leg samen de afspraken en voortgang op de leerdoelen vast.

1,5 uur winst per hulpverleningsplan

"Wij hebben de gemiddelde tijd voor het schrijven van een hulpverleningsplan teruggebracht van 4 uur naar 2,5 uur!"

Ouders evalueren en rapporteren

"Kinderen die bij ons op de groep wonen gaan regelmatig in het weekend naar hun ouders. Na het weekend belde de mentor dan altijd met de ouders om het weekend te evalueren. Op basis van dat gesprek maakte de mentor een verslag.

Met het oog op meer doelgericht werken krijgen de ouders nu na afloop van het weekend een mail. De mail heeft een vaste tekst en bevat de doelen waar ouders en kinderen in de weekenden aan willen werken (overgenomen uit hun hulpverleningsplan). Ouders doen per doel kort verslag en mailen dat terug aan de mentor. Deze werkwijze ondersteunt de doelgerichte evaluatie door de ouders zelf én minimaliseert de rapportagetijd van de mentor. De mailtekst wordt opgenomen in het dossier."

Meer tijd voor verdieping en uitwisseling

“Ons ambulante team creëerde ruimte door, onder andere, minder tijd te besteden aan het schrijven van hulpverleningsplannen. De vrijgekomen tijd steken we in het vergroten van onze kwaliteit. Door meer verdieping aan te brengen in de ambulante trajecten: meer contact met school, extra voorlichting aan betrokkenen over specifieke problematiek en meer contact met cliënten. Daarnaast hebben we nu ook meer ruimte voor intervisie en onderlinge uitwisseling van kennis en ervaringen.”

3.3 Anders vergaderen

Vergaderingen zijn nuttig om besluiten te nemen, taken af te stemmen, ideeën te ontwikkelen, draagvlak te creëren en informatie te delen. In de praktijk zijn vergaderingen niet altijd efficiënt en productief. Veel mensen vinden dat er te veel vergaderd wordt, dat het te veel tijd kost en dat er minder uitkomt dan je zou mogen verwachten. Het doel van de vergadering wordt vaak onvoldoende bereikt. Een betere voorbereiding kan daar verandering in brengen.

Binnen Tijd voor Jeugd zijn diverse teams aan de slag gegaan met anders vergaderen. Dit heeft geleid tot verbeterde interne communicatie, kortere en efficiëntere vergaderingen, meer tevredenheid over de vergaderingen en meer tijd voor de cliënt. Deze teams verminderde hun vergadertijd door drie soorten interventies uit te voeren:

- Heldere doelstellingen voor de verschillende overlegvormen
- Nieuwe afspraken over frequentie en duur van overlegmomenten
- Gedragsregels afspreken en elkaar daar aan houden

3.3.1 Heldere doelstellingen voor de verschillende overlegmomenten

De teams hebben kritisch gekeken naar de doelstellingen van de verschillende overlegmomenten. Zij hebben het goed verlopen van de vergadering een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle medewerkers gemaakt. Teams onderscheiden de volgende doelstellingen:

- Organisatorisch overleg (vergaderen)
- Cliëntenbespreking
- Intervisieachtige activiteiten
- Bijpraten...

Deze georganiseerde overleggen kunnen het in de wandelgangen praten over cliënten verminderen en ondervangen daarmee ongericht en tijdverslindend van zich af praten. Ook kan hiermee voorkomen worden dat hulpverleners zich terugtrekken als resultaten van hulp uitblijven.

3.3.2 Nieuwe afspraken over frequentie en duur van overlegmomenten

Is het doel van de verschillende overleggen eenmaal duidelijk dat kan worden vastgesteld:

- Wat is de optimale frequentie van dit overleg? Eén maal per week, per twee weken, per maand of kwartaal?
- Wat is de optimale duur van het overleg. Langer dan 1,5 tot 2 uur vergaderen is niet effectief!
- Wie moeten echt bij het overleg aanwezig zijn? Wie zijn de vaste deelnemers, en wie nodigen we periodiek of ad hoc uit?

3.3.3 Gedragsregels afspreken en elkaar daaraan houden

Teams hebben de effectiviteit van overleggen vergroot door gezamenlijke gedragsregels af te spreken. Ze hebben met elkaar afspraken gemaakt over tijdige aanwezigheid, afmelden bij verhindering, actieve voorbereiding van de bijeenkomst, het 'centraal houden' van de vergadering en gezamenlijke agenda- en tijdbewaking.

Doorbraakbord

"Wij hebben in onze overlegruimte een zogenoemd 'Doorbraakbord' (whiteboard) gehangen. Dit bord nodigt uit om kleine knelpunten of verbeterideeën direct te noteren en niet op te potten tot een volgend teamoverleg. Een ieder die langsloopt kan het lezen en er iets aan toevoegen, dit maakt het delen en oplossen van dagelijkse knelpunten veel eenvoudiger. Het helpt ook om ideeën meteen uit te werken en uit te testen."

De kookwekker

"Ons team heeft de vergadertijd per kind verminderd van 30 à 45 minuten tot 10 minuten per kind. Een kookwekker bleek daarbij een handig hulpmiddel!"

3 spelregels voor effectief vergaderen

Start en eindig op tijd

- De vergadering start en eindigt altijd op het afgesproken moment
- Per agendapunt staat het geplande aantal minuten aangegeven

Bereid je actief voor

- De agenda wordt tijdig rondgemaild
- Lees tevoren de stukken
- Bereid je inbreng voor

Neem verantwoordelijkheid

- Spreek jezelf & elkaar aan
- Houd het gesprek/discussies "centraal"

Praktische vergadertips

- Noteer afspraken direct op laptop met beamer-projectie
- Geen notulen, wel actielijst: wie – doet wat – wanneer
- Schaf rondvraag af
- Zorg voor prettige en rustige vergaderlocatie
- Vergader staand, tijdens de lunch met broodjes of via het web
- Varieer zitposities per vergadering (doorbreek daarmee patronen)

Literatuur

- Diephuis K., F. Dronkers, I. Janssen, H. Tijink en Q. van der Zijden (2009), Handboek Slimmer Organiseren, sneller zorg voor jeugd, Partners in Jeugdbeleid en CBO, www.versnellingjeugdggz.nl.
- Diephuis K., F. Dronkers, I. Janssen en Q. van der Zijden (2010), Slimmer Organiseren, praktijkgids voor de jeugd-ggz., Partners in Jeugdbeleid en CBO, www.versnellingjeugdggz.nl.
- Evers A. e.a.. Werkboek van kennis naar doen: voortdurend verbeteren, methoden en technieken voor de reflectieve professionals in de zorg (ISBN: 90-8523-033-0)
- Schouten, L., Minkman, M., Moel, J. de, J. van Everdingen (2007), Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg. Assen: Koninklijke Van Gorcum. 2007.
- Schriek-de Loos E. van der, E. Klokman, J. Havers (2009), Werken Zonder Wachtlijst. Tijdige zorg op de juiste plaats voor de patiënt.. Best practices Zorg (nr 1).
- Capgemini (2008), Nulmeting ervaren regeldruk in de brede jeugdketen. Eindrapportage. Utrecht, september.
- Ministerie voor Jeugd en Gezin (2009), Meer plezier door minder papier. Actieplan om regeldruk in de jeugdketen te verminderen. Den Haag, Publicatie-nr. DVC-90064.
- Uitkomst werklasmetingen in Nederlandse ziekenhuizen 2000 - 2007.
- Veenendaal H. van, Wardenaar J. en Trappenburg M. (2008), Tijd voor administratie of voor de patiënt? Kwaliteit in Zorg, nr. 2.



Optimaliseren van doorlooptijden

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

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

Optimaliseren van doorlooptijden



Het vorige hoofdstuk bevatte tips en praktijkvoorbeelden voor het verhogen van cliëntcontacttijd. In dit hoofdstuk laten we zien hoe de teams in Tijd voor Jeugd de logistieke principes gebruikten om hun doorlooptijden te optimaliseren.

Het optimaliseren van doorlooptijden is belangrijk. Ten eerste omdat het belangrijk is dat hulp voor het kind en zijn ouders tijdig tot stand komt. Ten tweede omdat cliënten in de jeugdzorg niet alleen goed en effectief behandeld moeten worden, maar ook efficiënt en met minimale belasting. Dus met een behandelduur die niet langer is dan noodzakelijk. Medewerkers in de jeugdzorg geven aan dat er op het gebied van doorlooptijden nog veel verbeterd kan worden. De teams in het project Tijd voor Jeugd hebben hier aansprekende resultaten geboekt.

Bij het optimaliseren van de doorlooptijden hebben zij gebruik gemaakt van de logistieke principes uit hoofdstuk 2. De interventies die zij in de praktijk toepasten richtten zich met name op:

1. Een vloeiende instroom
2. Een optimale behandelduur
3. Een vlotte uitstroom

4.1 Vloeiende instroom

Hoe langer cliënten wachten op behandeling, hoe langer de tijd waarin zij geen hulp ontvangen en hoe groter de kans dat hun situatie verslechtert. Een vloeiende instroom is dus van belang. Met een vloeiende instroom bedoelen we dat een cliënt in zo min mogelijk stappen zo snel mogelijk op zijn plek komt en daarbij zijn verhaal maar één maal hoeft te doen.

Bij het optimaliseren van het proces tussen aanmelding en start van de zorg richten interventies zich op:

- Herontwerp van het administratieve proces van deze fase (zie vorig hoofdstuk)
- Investeren in verwijzers
- De juiste mensen aan de voordeur

4.1.1 Werk aan een goede verwijzrelatie

Pas op voor dubbelingen

Niet zelden wordt in de screeningsfase dubbel werk verricht en doen screeners opnieuw wat al uitvoerig door de verwijzer is gedaan. Dat is zonde van de tijd. Een screener zou alleen nog aanvullende checks moeten uitvoeren om tot acceptatie te komen. In een goede samenwerking met verwijzende collega's mag vertrouwd worden op hun deskundigheid. Wanneer dit vertrouwen er niet is, is het raadzaam daarin te investeren in plaats van het nog eens dunnetjes over te doen.

Schep duidelijkheid over aanbod

Een vloeiende instroom vraagt ook om een heldere beschrijving van het aanbod: waar zijn jullie goed in? Hoe ziet jullie aanbod er uit? Hoeveel maatwerk is daarbinnen mogelijk? Op welk soort hulpvragen hebben jullie een goed antwoord? Welke doelgroepen kunnen jullie goed helpen? Zorg dat voor cliënten en verwijzers duidelijk is wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van jullie aanbod. Het aantal onjuiste verwijzingen neemt daardoor af. Dat scheelt tijd en energie, én teleurstelling bij ouders en kinderen.

4.1.2 De juiste mensen aan de voordeur

De teams die deelnamen aan Tijd voor Jeugd boden hulp die alleen toegankelijk is na een indicatie van Bureau Jeugdzorg. Dit bepaalt in hoge mate de bemensing van hun voordeur. Hier geldt immers het adagio: vertrouw op de deskundigheid van je verwijzer en doe in deze fase alleen een formele check.

Deze situatie wordt anders op het moment dat cliënten verwezen (kunnen) worden zonder indicatie. Aan de voordeur moet dan beoordeeld worden of er voldoende informatie voor handen is om te beslissen welke hulp moet worden ingezet. Mocht dat niet het geval zijn dan moeten er mensen

Vertrouw op het oordeel van Bureau Jeugdzorg

"Het Bureau Toegang van onze instelling, waar alle nieuwe aanmeldingen voor screening passeren, wist de tijd tussen aanmelding en acceptatie terug te brengen van 2 weken naar 24 uur. Hoe we dat deden? Door te vertrouwen op het oordeel van Bureau Jeugdzorg, en alleen nog aanvullende administratieve checks uit te voeren. En door een aantal administratieve vereenvoudigingen in de procedures aan te brengen."

Heldere criteria voorkomen teleurstelling

"Ons team stak altijd veel tijd en energie in gezinnen waarbij de hulp – uiteindelijk toch – voortijdig werd afgebroken. Eigenlijk waren dit gezinnen die een ander aanbod nodig hadden dan wij konden bieden.

Oplossing: We hebben een duidelijker omschrijving gemaakt van de mogelijkheden van ons team en de doelgroep die we daarmee goed kunnen bedienen. De aanmeldcriteria zijn hierop aangepast. Dit hebben we met de verwijzer gecommuniceerd. Daardoor zien we nu a. minder "onjuiste" instroom en b. bij twijfel worden er met gezin en verwijzer afspraken gemaakt over een observatieperiode waarin onderzocht wordt wat de beste zorg voor dit gezin zou kunnen zijn."

Observeren doe je thuis

“Wij hebben de observatie periode op onze groepen afgeschaft. Observatie vindt voortaan thuis plaats voorafgaand aan plaatsing op de groep. De kostenreductie is enorm. Per kind is nu maar 9 uur ambulant begeleider plus 4 uur gedragswetenschapper nodig, in plaats van 3 maanden voltijdsverblijf op een groep. Nog belangrijker zijn de inhoudelijke voordelen: voor sommige kinderen bleek hierdoor geen uithuisplaatsing meer nodig; andere kinderen starten vanaf dag 1 veel doelgerichter op de groep en hoeven dus korter te verblijven.”

aan de voordeur zitten die snel en professioneel de juiste informatie kunnen verzamelen om tot het juiste besluit te komen.

In het kader van Tijd voor Jeugd is daar geen ervaring mee opgedaan. Binnen de jeugd-ggz is echter wel veel vooruitgang geboekt met het slim organiseren van de diagnostiekfase. De lessen die daar geleerd zijn staan opgetekend in het boekje Slimmer organiseren – Praktijkgids voor de jeugd-ggz (te downloaden of te bestellen via www.versnelingjeugdggz.nl).

4.2 Optimale behandelduur

Cliënten in de jeugdzorg hebben baat bij een goede en effectieve, maar ook een efficiënte behandeling, dus zo dat de behandelduur niet langer is dan noodzakelijk. Bij het optimaliseren van de behandelduur richten interventies zich op:

- Optimaliseer de observatieperiode
- Werk planmatig en doelgericht
- Combineer standaardisatie en maatwerk
- Doe waar je goed in ben en werk samen: 1Gezin1Plan

4.2.1 Optimaliseer de observatieperiode

Veel groepen (residentieel of deeltijd) hebben de gewoonte om na de plaatsing een observatieperiode van zes weken of drie maanden in te lassen. In plaats van direct doelgericht met de behandeling te starten. De meerwaarde van deze periode valt echter ernstig te betwijfelen. Het levert meer aangrijpingspunten voor de behandeling op om een kind (liefst voorafgaand aan de plaatsing) te observeren in de eigen omgeving: daar waar de problemen zich voordoen. Bijvoorbeeld thuis of op school. De (schaarse en dure) groepsplaats kan vervolgens optimaal worden benut voor de behandeling.

4.2.2 Werk planmatig en doelgericht

Met het oog op een optimale behandelduur is het van belang dat hulpverleners gestructureerd, planmatig en doelgericht werken. Planmatig werken betekent dat de hulpverlener met cliënten concrete doelen formuleert, gestructureerd en doelgericht de behandeling inzet, en evalueert.

Twee interventies staan hierbij centraal:

- Begin bij het einde
- Evalueer de voortgang

Begin bij het einde

Planmatig en doelgericht werken betekent bij de start van de behandeling nadenken over het beoogde einddoel en de daarbij horende of gewenste behandeltijd. Wat moet bereikt worden, wat is het perspectief en hoe lang denken we daarover te doen? Zet dit uit in een plan met concrete doelen en acties. Een constructief en doelgericht behandelplan wordt bereikt door gezamenlijk te kijken naar zowel problemen als sterke kanten in het gezin. Door zorgpunten en sterke punten te inventariseren, te analyseren welke bedreigingen deze opleveren voor de ontwikkeling, vast te stellen wat de gewenste ontwikkelingsuitkomsten zijn en op basis hiervan werkdoelen en actiepunten op te stellen kan de behandelduur worden geoptimaliseerd.

Een goede onderlinge afstemming met cliënten over wat zij van de in te zetten behandeling mogen verwachten leidt tot een beter behandelresultaat. Hoe meer hulpverlener en cliënt hierin gezamenlijk tot een gedragen behandelplan komen, des te groter is het commitment bij de hulp. Het te behalen einddoel of einddoelen (de eindsituatie) van de behandeling neemt daarin een belangrijke plaats in.

In de praktijk blijkt het vaak niet eenvoudig om tot goede, liefst nog SMART geformuleerde, doelformuleringen te komen. Dat is ook niet zo erg. De waarde van het stellen van doelen van de behandeling schuilt meer in de dialoog met de cliënt daarover, dan in prachtige formuleringen. Voorkom dat in de mooie formuleringen veel tijd gaat zitten. Sommige instellingen werken met een aantal standaarddoelen of doelenkaartjes om hier efficiënt mee om te gaan. En sinds enige tijd is er een handige website in de lucht waarop cliënten nu zelf thuis doelen die zij belangrijk vinden, kunnen identificeren en ordenen.¹ Dat kan een mooie en gemotiveerde start van een hulptraject betekenen.

Het werken met doelstellingen wordt door cliënten 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 hulpverleners (en cliënten) om zich te beperken tot die handelingen die bijdragen aan de doelstellingen. Het inslaan van zijwegen wordt hiermee voorkomen. Dat heeft effect op de behandelduur. Door doelen rond zelfredzaamheid en empowerment op te nemen ("wat is er nodig om zonder jeugdzorg verder te kunnen?") kan ook gestuurd worden op de noodzakelijke behandelduur.

Voorbeeld trajectplan

Doel: kinderen wonen per 1 oktober weer bij moeder

Opbouw om dit te realiseren:

- Vanaf de start van de plaatsing op de groep (1 december) blijven beide kinderen elk weekend en alle vakanties thuis doorbrengen.
- Vanaf 1 januari gaat moeder op donderdag meedraaien in de groep vanaf 16.00 uur tot 21.00 uur. Na bedtijd van de kinderen neemt moeder met dienstdoende groepsleiding de dag door.
- Vanaf 1 februari worden de kinderen door moeder op donderdag om 16.00 uur opgehaald. Moeder heeft dan de keuze de kinderen mee naar huis te nemen of alsnog deels mee te draaien op de groep. Moeder zorgt ervoor dat de kinderen op vrijdag op tijd op school zijn.
- Vanaf 1 maart gaan de kinderen op maandagochtend vanuit moeder naar school. Na school komen de kinderen naar de groep. Moeder is dan ook op de groep aanwezig tot en met het eten.
- Vanaf 1 april gaan de kinderen op dinsdag vanuit moeder naar school. Na school komen de kinderen naar de groep.
- Vanaf 1 mei wonen de kinderen volledig bij moeder. Kinderen komen dan elke twee weken een weekend naar de behandelgroep. De ambulante hulpverlener blijft moeder in de thuissituatie actief ondersteunen. De kinderen starten op een centrum voor naschoolse begeleiding.
- Per 1 oktober worden de kinderen uitgeschreven. De nazorg vanuit ambulante hulpverlening eindigt per december.

Evalueer de voortgang

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

Gezamenlijke reflectie op de voortgang in het behalen van de einddoelen kan aanleiding zijn samen te besluiten de behandeling bij te stellen of deze af te sluiten. Samen met de cliënten evalueren bevordert bovendien de zelf-regulering van de cliënt en de transparantie van de zorg. 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 behandeldoelen kan goed worden ondersteund met de methodiek van de doelrealisatie (Van Yperen & van der Steege 2007, Van der Steege 2009). Daarbij wordt aan ieder behandeldoel een klein beoordelingsschaaltje gehangen.

Einddoelen behandeling	Slechter dan beginsituatie	Gelijk Gebleven	Vooruit- gegaan	Doel gehaald
Einddoel 1			●	
Einddoel 2				●
Einddoel 3		●		
Etc.				

Door de evaluatie op deze manier te visualiseren wordt voor zowel cliënt als 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 of duidelijk is dat deze niet kunnen worden behaald.

4.2.3 Combineer standaardisatie en maatwerk

Een algemeen organisatiekundig principe is, dat het niet verstandig is om een hele organisatie te plooiën naar alle uitzonderingen. Toch dreigt dat soms te gebeuren in discussies over een behandel aanbod. Gestandaardiseerde trajecten kunnen heel effectief zijn. Soms kan daarnaast extra hulp of maatwerk worden georganiseerd. De les vanuit Tijd voor Jeugd is na te denken over gestandaardiseerde modules en maatwerk apart te organiseren.

Doelrealisatie en kortere behandelduur gaan hand in hand

“Ons residentiele team had zich een verkorting van de doorlooptijden ten doel gesteld, met behoud van kwaliteit: de beoogde behandel doelen behalen, maar wel in kortere tijd. We spraken daartoe af dat hulpverleningsplan-besprekingen niet meer mochten worden verzet, er binnen 2 weken na opname een 1e hulpverleningsplan-bespreking wordt houden en dat we gericht rapporteren op de leerdoelen. En wat bleek: het verkorten van doorlooptijden en doelrealisatie gaan hand in hand. Zo zorgt het rapporteren op leerdoelen ervoor dat jongeren en pedagogisch medewerkers bewuster werken aan de leerdoelen. Dit draagt bij aan het eerder behalen van de doelen en daarmee een verkorting van de behandelduur.”

Doen wat werkt

“Bij ons kunnen cliënten gedurende de ambulante begeleiding kiezen om deel te nemen aan de cursus Remweg (voor ouders van kinderen met ADHD) of Minder boos en opstandig. (combinatietraining voor ouders en kinderen met ODD). Beide cursussen zijn opgenomen in de databank effectieve jeugdinterventies.”

Allemaal een opvoedcursus

“Bij de start van de hulp bieden we ouders nu standaard een passende opvoedcursus aan. Alle ouders hebben tenslotte doelen geformuleerd die te maken hebben met de opvoeding.

Het gaat om cursussen die ook opgenomen zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies:

- Opvoeden & Zo. Training voor ouders van basisschoolkinderen.
- Beter omgaan met pubers. Training voor ouders van kinderen vanaf 12 jaar.

In beide cursussen worden de basisvaardigheden van de opvoeding aangeboden.

We bespreken de mogelijke voordelen met ouders: het verkort de duur van begeleiding, het steunende van het lotgenotencontact, en dat je van elkaar kunt leren.

Onze ervaringen tot nu toe zijn positief. Een ambulant werker zei: “Ik merk in de begeleiding thuis dat ik aan kan sluiten op de geleerde vaardigheden uit de cursus, en samen maken we het specifiek en concreet voor hun thuissituatie. Door de cursus spreken we dezelfde taal”.

Ouders zijn over het algemeen erg te spreken over de cursus, vooral de sfeer ervaren zij als open en prettig. Ik merk dat zich dit voortzet in de begeleiding thuis.

Het is nog te vroeg om echt aan te tonen dat de behandelduur wordt bekort. Dit kunnen we over ongeveer een ½ jaar meten.”

Standaardisering met behulp van evidence based methoden²

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.

Behandelmethoden die zich in onderzoek naar werkzaamheid bewezen hebben, zijn niet alleen effectiever gebleken, maar ook goed beschreven en theoretisch onderbouwd. De omvang van de in te zetten behandeling en de daarmee te behalen resultaten staan daarmee van te voren min of meer vast. Dat geeft transparantie naar de cliënt en mogelijkheden om grip te krijgen op de behandelduur.

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.

2 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).

4.2.4 Doe waar je goed in bent, en werk samen: 1Gezin1Plan

De problemen van gezinnen die met jeugdzorg in aanraking komen liggen veelal op meerdere leventerreinen. Om de opvoed- en opgroei problemen te kunnen oplossen of hanteerbaar maken is vaak meer nodig dan jeugdzorg alleen. Zolang de schulden torenhoog, vader depressief, moeder werkloos zullen de opvoedadviezen niet echt aankomen.

In plaats van deze aspecten te negeren, of zélf aan de slag te gaan om ze op te lossen, is het effectiever en efficiënter om samen te werken met instanties die daarin zijn gespecialiseerd (maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, volwassenenpsychiatrie maar ook onderwijs bijvoorbeeld).

Naast samenwerking met gezin en hun sociale netwerk betekent dat ook samenwerken met veel verschillende instanties.

Op diverse plaatsen in het land werken hulpverleners samen met ouders, sociaal netwerk, zorginstellingen en instanties met één gezamenlijk gezinsplan: 1Gezin1Plan. Dat gezinsplan ligt bij de ouders thuis en is een beknopt overzicht:

- wat zijn de doelen?
- wie leveren een bijdrage en hoe zijn deze mensen te bereiken?
- wie doet wat, en wanneer?

De betrokken professionals werken hun aandeel verder uit in hun eigen Plan van aanpak, Behandelplan of Saneringsplan.

1Gezin1Plan: samenwerken levert winst op

Het samen opstellen van een gezinsplan kost bij de start extra tijd. In de praktijk levert dit vervolgens juist tijd op, hulpverleners rapporteren dat:

- meer activiteiten door anderen worden uitgevoerd;
- het bewaken van voortgang en afstemming soepeler verloopt doordat concrete afspraken zijn gemaakt;
- door de gedeelde verantwoordelijkheid de zaken minder zwaar drukken.

Het bovenstaande geldt in het bijzonder wanneer er sprake is van chroniciteit van de problemen. Cliënten met chronische problemen vragen een ander aanpak dan cliënten met een kortdurende hulpvraag. Denk bijvoorbeeld aan kinderen met ontwikkelingsstoornissen en verstandelijke beperkingen, of ouders met chronische psychiatrische problematiek of verstandelijke beperkingen.

Chronische problematiek rechtvaardigt echter geen 'chronisch' pamperen door de jeugdzorg. De aanpak moet sterk gericht zijn op een maximaal niveau van zelfredzaamheid.

Het is daarom juist bij deze doelgroep belangrijk om samen met cliënten, netwerk en andere voorzieningen te komen tot een gemeenschappelijke aanpak. Denk daarbij vooral ook aan

samenwerking met voorzieningen als naschoolse opvang, huiswerkbegeleiding, toezicht door de buurtregisseur, controles bij huisarts of schoolarts, stageplaatsen, vrijetijdsbesteding, maatschappelijk werk, woningcorporaties, etc.

Als dat is gerealiseerd kunnen gespecialiseerde voorzieningen als de jeugdzorg een stap terug doen. Mits consultatie, of indien nodig een ad hoc interventie, eenvoudig en snel mogelijk blijft.

4.3 Vlotte 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 eng vinden om cliënten los te laten of er werkelijk niet op kunnen en mogen vertrouwen dat het daarna goed gaat. Ook zien we vaak 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 kenen deze over het algemeen een sterkere protocollering waarmee het aantal contacten en de totale duur vaak bepaald worden.

Mindset "terug naar huis"

Bij een van de deelnemende instellingen was residentiële zorg het standaardaanbod en daarmee het enige antwoord op hulpvragen. Dus werden kinderen daarvoor aangemeld en werden zij met dat doel opgenomen. Er heeft daar een omslag in het denken over residentiële zorg plaatsgevonden. De mindset is nu: hoe zorgen we er voor dat kinderen weer thuis kunnen wonen? En welke hulp is nodig om dat doel te bereiken? Door te werken met een flexibeler aanbod dat beter aansluit op het doel: terug naar huis", gebeurt dat nu ook eerder.

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 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 geregisseerd zorgtraject waar ook andere voorzieningen een aandeel in hebben (1Gezin1Plan).

Beginnen met een einddatum

"Bij onze residentiële groepen zijn we begonnen het perspectief bij de start goed vast te stellen en daarover te communiceren. Als het perspectief thuis wonen is, dan maken we bij de start met ouders gelijk al een plan met een tijdspad, en stellen de einddatum vast."

Halvering opnametijd

"Door binnen 72 uur na een crisis-opname te starten met ambulante begeleiding en die twee daarin Goed te laten samenwerken, leidde dit tot een halvering van de opnametijd op de crisisafdeling."

Literatuur

- Diephuis, K, F. Dronkers, I. Janssen, H. Tijink en Q. van der Zijden (2009), Handboek Slimmer Organiseren, sneller zorg voor jeugd, Partners in Jeugdbeleid en CBO, www.versnelling-jeugdggz.nl
- Kamphuis, J.H. (2011), Therapeutische psychodiagnostiek, De psycholoog jrg 46 nr. 6, pag. 10-18, Nederlands Instituut van Psychologen NIP, Amsterdam
- 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
- Steege, M. van der, (2009) Raamwerkafspraken doelrealisatie, Utrecht: Nji en www.prestatieindicatorenjeugdzorg.nl
- Steketee, M. & Vandenbroucke, M. (2010) 'Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam- Een studie in het kader van Klein maar Fijn'. Verwey Jonker Instituut, Utrecht.
- Yperen, T. van, van der Steege, M. (2007), Voor het goede doel, werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg, Utrecht: Nji
- Zijden, Q van der, K. Diephuis (2011), Handleiding gezinsplan: samenwerken volgens de principes van 1Gezin1Plan, Partners in Jeugdbeleid, www.partnersinjeugdbeleid.nl
- Zijden, Q van der, K. Diephuis (2010), Resultaten monitor 1Gezin1Plan, Partners in Jeugdbeleid, www.partnersinjeugdbeleid.nl
- Zijden, Q van der & Diephuis, K. (2012), Handreiking Integrale zorg, samenwerken rond jeugd met meervoudige problematiek en hun gezin. GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, Landelijke
- Expertisecentrum Speciaal onderwijs, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.
- Zijlstra, E. (2012), In the best interest of the child?, thesis, Universiteit Groningen.



Borging en Verspreiding

Van verbeterproject naar organisatiebrede verandering

Borging en Verspreiding

Van verbeterproject naar organisatiebrede verandering

5

Als het doel van het project is bereikt, de resultaten behaald, dringt de vraag zich op naar de borging en verspreiding ervan. Een Doorbraakproject kan nog zulke goede resultaten opleveren, als na afloop de resultaten inzakken of zich nauwelijks verspreiden, is het de vraag of het alle investeringen en inspanningen wel waard was.

Borging en verspreiding zijn een kunst en kunde apart en verdienen al vanaf de start van het project de volle aandacht. Naast praktische tips en tricks passeren in dit hoofdstuk belangrijke succesfactoren de revue: de menselijke factor en de rol van leiderschap.

5.1 Borgen en verspreiden van projectresultaat

Om te waarborgen dat de resultaten van een doorbraakteam binnen de organisatie beklijven moet vanaf de start van het project expliciet aandacht zijn voor borging en verspreiding. Hoe zorgt een team ervoor dat de verbetering de projectstatus ontstijgt en onderdeel wordt van het gewone werk? Een ijzersterke methode is de nieuwe werkwijze te omarmen als standaard werkwijze en op te nemen in het reguliere werkproces. Met andere woorden: de oude werkwijze overboord gooien. Door bijvoorbeeld oude formulieren te vernietigen. Of door de nieuwe werkwijze op te nemen in bestaande werkprocessen, zoals het cliëntdossier, registratiesystemen, afdelingsprotocollen en dergelijke. Minstens zo belangrijk is het verspreiden van de resultaten. Dat vraagt om informatie en communicatie. Het betekent dat (nieuwe) collega's van het begin af aan worden geïnformeerd en gemotiveerd om de veranderingen en resultaten over te nemen. 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.

Een andere succesfactor voor het behoud van resultaten op langere termijn is het blijven meten of monitoren. Blijf periodiek toegangstijden, doorlooptijden of cliëntcontacttijden meten en bespreek de resultaten in het werkoverleg. Zo blijven mensen zich bewust van het belang en kan tijdig actie ondernomen worden als blijkt dat bijvoorbeeld de doorlooptijd weer oploopt.

Maken, leren, inpassen

Je zou kunnen zeggen dat een succesvol Doorbraakproject het resultaat is van maken, leren en inpassen, zodanig dat ook de nieuwe werkwijze ingesleten is tot normale werkwijze, tot er aanleidingen zijn voor verdere verbetering. Maken (het ontwerpen, vormgeven van de verandering: de fysieke implementatie) en leren (het organiseren van betrokkenheid, draagvlak, lerend vermogen: de mentale implementatie) zijn twee belangrijke sporen voor implementatie. Maar implementeren gaat verder: ook de verankering of borging (inpassen van de vernieuwing in de dagelijkse routine) en verdere verspreiding van de resultaten behoren tot het domein van implementatie. Om resultaten ook op langere termijn vast te houden en verder te verspreiden moet, zo is onze overtuiging, al in een vroeg stadium van het project aandacht zijn voor het verankeren en verspreiden van de nieuwe werkwijzen. Dit verkleint de kwetsbaarheid van geboekte resultaten (Schouten et al, 2007).

Tips en trics voor borging en verspreiding

Zegt het voort ● Zet het op de agenda van de team-/afdelingsvergadering ● Gooi de oude werkwijze overboord ● Maak het onderdeel van jaar- en/of functioneringsgesprekken ● Informeer, motiveer en faciliteer ● Schrijf een stukje in het personeelsblad ● Vermeld het op het intranet ● Laat je uitnodigen in het managementteam over verslag te doen van voortgang en/of resultaten ● Laat de vernieuwing aansluiten op de huidige werkwijze ● Maak het effect van de vernieuwing zichtbaar ● Betrek hulpverleners bij de ontwikkeling van de vernieuwing ● Zorg voor vernieuwingen waarbij is onderbouwd dat het beter is voor de cliënt dan de oude situatie ● Zorg voor voldoende voordelen voor de hulpverlener (gemak, ontwikkeling, werkplezier, tijdswinst, etc.) ● Zorg voor steun van direct leidinggevend/management bij de uitvoering van de vernieuwing ● Zorg voor steun van collega's bij de uitvoering van de vernieuwing ● Zorg ervoor dat hulpverleners niet worden overbelast ● Laat de vernieuwing passen bij de taakopvatting van de hulpverlener ● Zorg ervoor dat hulpverleners de kennis en vaardigheden hebben om de vernieuwing uit te voeren ● Neem het besluit tot invoeren van de vernieuwing zowel op de werkvloer als in de top van de organisatie ● Maak de vernieuwing onderdeel van het beleid van de organisatie ● Wijs een coördinator voor de invoering aan ● Zorg voor een opinielider, iemand die door zijn/haar gezag de opinie over de vernieuwing positief beïnvloedt ● Zorg voor samenwerking van afdelingen die bij de vernieuwing zijn betrokken ● Zorg ervoor dat cliënten bereid zijn om mee te werken aan de vernieuwing ● Monitor de voortgang (blijf (periodiek) meten) ● Communiceer ● Creëer draagvlak voor verandering ● Genereer korte termijn successen ● Maak resultaten zichtbaar ● Geef ruimte aan verbetering ● Werk aan kennis en vaardigheden (scholing) ● Train medewerkers in de nieuwe werkwijze ● Stel nieuwe (verbeter)doelen

5.2 De menselijke factor bij veranderingen

Een succesvol Doorbraakproject levert niet alleen een doorbrekend resultaat op in de vorm van bijvoorbeeld een aanzienlijke toename van cliëntcontacttijd. Opvallend is telkens weer het positieve effect op de deelnemende teams: Teams die hebben ervaren hoe ze zelf hun werk en zorg voor cliënten kunnen verbeteren en geïnspireerd zijn om hiermee door te gaan in de organisatie.

Het succes van een Doorbraakproject hangt dus niet alleen samen met het al dan niet behalen van een doelstelling. Het succes schuilt ook in het enthousiasme dat gaandeweg ontstaat, het kritisch leren kijken naar het eigen werk en het in kleine stapjes realiseren van verbetering. Elke dag opnieuw. Dit soort resultaten laten zich moeilijk in maat of getal uitdrukken. Ze zijn echter wel van wezenlijk belang voor de borging en verspreiding van zowel de resultaten als het gedachtegoed van Doorbraakprojecten. Veel teams benadrukken dat het Doorbraakproject bij uitstek een hulpmiddel is geweest om weer regie te pakken op organiseren en verbeteren van het eigen werk.

Hoewel het inmiddels een bekend gegeven is, wordt deze ‘mens-kant’ van veranderingen nog altijd schromelijk onderschat. De theorie en praktijk van het moderne (verander)management hebben lang in het teken gestaan van een analytische en technische oriëntatie. Te beginnen met het ‘wetenschappelijk management’ van de Amerikaan Frederick W. Taylor. De nadruk heeft daarbij steevast gelegen op zaken als uniformiteit en efficiëntie, hiërarchie en systematiek. Aanbeland aan het begin van de 21ste eeuw ontstaan er de nodige scheuren in de dominantie van het rationele managementparadigma. Zowel in de literatuur als in opleidingen, en ook in de praktijk, wordt in toenemende mate belang gehecht aan zogeheten ‘zachte’ factoren. Factoren als motivatie, betrokkenheid, enthousiasme en ambitie. In essentie gaat het hier om verandering van cultuur. Keer op keer blijkt in veranderingsprocessen de menselijke factor de kritische succesfactor te zijn. Uiteindelijk wordt het resultaat van veranderingen bepaald door de mate waarin ze door mensen worden gedragen.

5.3 De rol van leiderschap bij verandering

Hoe kunnen lokaal verworven inzichten en resultaten van een verbeterteam organisatiebreed worden verspreid? Welke activiteiten kunnen worden ondernomen om te zorgen dat medewerkers doorgaan met verbeteren en ook andere medewerkers in hun kielzog inspireren en meenemen? In essentie gaat het hier om een cultuurverandering. Hoe kan worden bewerkstelligd dat er een cultuur van continu verbeteren in de gehele organisatie ontstaat? Dit kan



een projectteam niet alleen. Het vormgeven van een organisatiebrede verandering vergt een concreet plan van aanpak en leiderschap.

De rol van leiderschap kan niet genoeg benadrukt worden bij het vormgeven en laten slagen van verandering en het opstellen van een verspreidingsplan. Dit geldt ook voor hun rol in het actief ondersteunen van de uitvoering van het plan. Uit onderzoek van Boonstra blijkt dat 70% van de verandertrajecten vroegtijdig vast loopt of niet het beoogde resultaat sorteert (Boonstra, 2000). Ontbrekend of onvoldoende leiderschap wordt vaak als oorzaak geïdentificeerd. Bij grootschalige verandering zijn de leiders zelf het belangrijkste instrument. Het is daarbij van essentieel belang dat de mentaliteit en het gedrag van de leiders overeenkomen met de gewenste cultuur die men wenst te bereiken ('practice what you preach'). Zonder deze congruentie is er geen voorbeeldgedrag en zonder voorbeeldgedrag zijn interventies van een leider bij voorbaat onecht en ongeloofwaardig. Daarnaast speelt de leider een essentiële rol in het creëren van omstandigheden en voorwaarden waardoor mensen bereid zijn hun gedrag ter discussie te stellen.

In 'Leiderschap bij verandering' biedt John Kotter (Kotter, 2011) een visie en een praktisch verslag, gebaseerd op eigen onderzoek bij ruim 100 bedrijven. Vanuit een analyse van valkuilen bij verandering formuleert Kotter een 8-fasenmodel voor veranderingen. We spreken bewust niet van stappen: het gaat niet om een standaard recept of volgorde maar om essentiële zaken die bij elke verandering op één of andere wijze in een bepaalde volgorde aan de orde zullen komen. Succesvolle verandering komt volgens Kotter tot stand door: een gevoel van urgentie, een leidende coalitie, visie en strategie, heldere communicatie, actie door middel van empowerment, korte termijn successen, geconsolideerde verbeteringen, en ten slotte verankering van nieuwe benaderingen in de organisatiecultuur. Leiderschap speelt hierin een essentiële rol.

Een raad van bestuur die uitstraalt dat kwaliteit belangrijk is, krijgt de professionals daarin mee. Ze maken er meer werk van.

Een professional die merkt dat de raad van bestuur/directie kwaliteitsverbetering daadwerkelijk stimuleert én die bovendien werkt in een omgeving waarin collega's dat ook zo zien, spant zich meer in voor kwaliteitsverbetering. En het omgekeerde is ook het geval: Als een directie onduidelijk is over het belang van kwaliteitsverbetering en dat is voor collega's ook onduidelijk, dan werkt een professional minder vaak mee aan verbetertrajecten. De laatste jaren zijn in zorgorganisaties tal van verbetertrajecten in gang gezet, niet alleen om de kwaliteit te verbeteren maar ook om procedures en de veiligheid te bewaken. Goed leiderschap van de raad van bestuur blijkt voor het slagen van dit soort trajecten een factor van doorslaggevend belang. Kennelijk weet een raad van bestuur met goed leiderschap medewerkers te inspireren tot kwaliteitsverbetering. Leiderschap doet ertoe.

Referentie: Dückers, M.L.A., Stegeman, I., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Sanders, K., Groenewegen, P.P. Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of clinicians in improvement projects. Health Policy: 2009, 91(3), 306-313

Acht fasen voor verandering (Kotter, 2011)

- 1 Urgentie**
Creëer een gevoel van urgentie: mobiliseer energie
- 2 Leidend team**
Verzamel een leidend team: bemensing en beweging
- 3 Visie en strategie**
Ontwikkel visie en strategie: get the vision right en simple
- 4 Communicatie**
Communiceer om draagvlak, betrokkenheid en zekerheid te creëren
- 5 Randvoorwaarden**
Maak het anderen mogelijk om te handelen: empower action
- 6 Zichtbare resultaten**
Creëer korte termijn successen: create short term wins
- 7 Voortgang**
Houd het tempo hoog: geef niet op
- 8 Borging**
Creëer een nieuwe cultuur: make change stick

5.4 Acht fasen voor verandering

1 **URGENTIE: mobiliseer energie**

Voorwaarde voor veranderen is een besef van de urgentie om te veranderen voor alle betrokkenen. Dat wil zeggen: waarom moet er veranderd worden en welke problemen lost dit dan op? Het is belangrijk om mensen te bereiken met emoties die de verandering mogelijk maken zoals hoop, vertrouwen, optimisme en enthousiasme en een helder beeld op het netvlies van het ideaal. Kotter pleit voor een nadruk op emotie ('see-feel-change') in plaats van alleen op ratio ('analysis-think-change'). Om een 'sense of urgency' te creëren kan er bijvoorbeeld in plaats van het schrijven van een dik rapport over knelpunten (ratio wordt aangesproken) beter een videofilm of andere visuele techniek worden gebruikt, waarin bijvoorbeeld vanuit de wereld van de cliënt naar de diensten van de organisatie wordt gekeken (emotie wordt aangesproken).

Aandachtspunten:

Maak 'help zoals je zelf geholpen zou willen worden' tot een leidend principe. Verdiep je in de positie van de cliënt. Geef betrokkenheid de ruimte, zorg voor beweging, en verbeeld dit op een actieve en aansprekende manier.

2 **LEIDEND TEAM: bemensing en beweging**

'Eerst wie, dan wat' aldus Jim Collins (2010). Leaders moeten ondersteund worden door een groep enthousiaste en nijvere mensen uit de volle breedte van de organisatie. Kotter (2011) spreekt in dit verband van een 'leidende coalitie'. Andere benamingen zijn 'gideonsbende', 'groep van ambassadeurs', 'kernteam' of 'netwerk van verbondenen'. Het gaat in alle gevallen om mensen met formele en informele invloed. Mensen die goed geworteld zijn in de organisatie en tegelijkertijd over voldoende kritisch distantievermogen beschikken om de veranderingen daadkrachtig te ondersteunen.

Naast het zorgdragen voor actief en betrokken leiderschap, het op gang brengen van een activerende en enthousiasmerende beweging, is er nog een aspect aan 'eerst wie, dan wat' verbonden: het personeelsbeleid. Het gaat hier om het stellen van persoonlijke doelstellingen, de beoordeling en beloning en het eventueel aantrekken van nieuwe medewerkers. Kortom: het organisatorische spel om de juiste mensen op de juiste plek te krijgen.

Aandachtspunten:

Verdeel taken, wees duidelijk over verwachtingen en expliciteer rollen en verantwoordelijkheden.

3 **VISIE EN STRATEGIE: get the vision right en simple**

Maak de nieuwe visie concreet, realistisch en eenvoudig. Verklein het begrip verandering tot de essentie: om welk gedrag gaat het en waarom wil de buitenwereld dat gedrag van ons. Zoek naar gemeenschappelijke waarden en onderliggende veronderstellingen die de basis vormen voor het gewenste gedrag. Zorg voor een aantrekkelijk perspectief: veranderen vraagt lef en het vermogen oude patronen los te laten. Stel samen vast welke cultuur (of subculturen) er op dit moment zijn. Hierdoor wordt een cultuurkloof inzichtelijk evenals de zwaarte van het verandertraject.

Het is belangrijk om de gewenste verandering of cultuur rechtstreeks te koppelen aan de strategische doelen: welk gedrag is wenselijk in de bijdrage aan de doelen? Naarmate de strategische doelen meer SMART geformuleerd zijn, is het eenvoudiger om het gewenste gedrag erbij vast te stellen. Welke gedrag is bijvoorbeeld nodig om het lerend vermogen van de organisatie (verder) te ontwikkelen en welk gedrag hoort bij klantgerichtheid. Gewenst gedrag kan worden uitgewerkt via kerncompetenties en competentie management.

Ga overigens niet alleen in op de nieuwe werkwijzen en/of cultuur. Toon respect voor het verleden en verschaf ook duidelijkheid over wat van de bestaande structuur en/of cultuur wordt behouden.

Aandachtspunten:

Zorg voor samenhang met (andere) strategische doelen en vertaal in een operationeel plan (actie en beleid) waarin heldere indicatoren en evaluaties vastgelegd zijn

4 **COMMUNICATIE: creëer draagvlak, betrokkenheid en zekerheid**

Om draagvlak en betrokkenheid te vergroten en onzekerheid, angst en wantrouwen zoveel mogelijk te reduceren, is het van belang dat medewerkers weten waar ze aan toe zijn. Medewerkers moeten op een duidelijke en geloofwaardige manier geïnformeerd worden over de veranderingen. Het 'zich veilig voelen' is een zeer belangrijke voorwaarde om gedrag bespreekbaar te maken. Als die er niet is, maak veiligheid dan tot thema. Het management heeft hierin een cruciale rol door zich kwetsbaar en open op te stellen. Essentieel is dat het MT bereid is een rol te hebben in het veranderingsproces (als eigenaar) door ook het eigen gedrag (cultuur) aan de orde te stellen. Daar begint de dialoog.

Aandachtspunten:

Wees toegankelijk, begeef je met regelmaat op de werkvloer, toon belangstelling en communiceer, communiceer, communiceer...

5 RANDVOORWAARDEN: maak het anderen mogelijk om te handelen

Verreweg de belangrijkste randvoorwaarde is commitment vanuit de top: zonder onvoorwaardelijke en langdurige steun is elke (cultuur)verandering gedoemd te mislukken. Verder is het van belang om de barrières weg te halen die het veranderingsproces bij medewerkers bemoeilijken. Een barrière kan bijvoorbeeld de huidige planning- en controlcyclus, het huidige protocol of bestaande werkafspraken zijn. Deze systemen zijn dan nog niet afgestemd op de nieuwe visie en strategie. Hierdoor worden medewerkers niet (extra) beloond wanneer ze het gedrag vertonen dat past bij de nieuwe visie en strategie. Ook meer fysieke zaken kunnen randvoorwaarden scheppen die een succesvolle (cultuur)verandering mogelijk maken. Denk aan materialen, scholing, financiën, hulpmiddelen, ICT en/of huisvesting.

Aandachtspunten:

Welke (financiële) middelen zijn nodig, welke scholing (klassiek, coaching on the job, bijeenkomsten met verbeterteams), welke aanpassingen in bestaande afspraken en structuren?

6 ZICHTBARE RESULTATEN: creëer korte termijn successen

Boek op korte termijn successen ("quick wins") en maak deze successen zichtbaar voor iedereen. Dit heeft een aantal belangrijke voordelen.

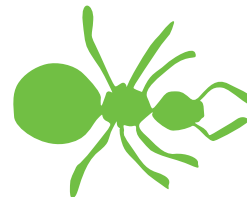
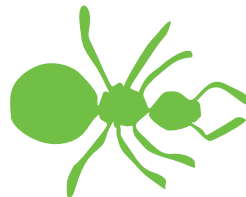
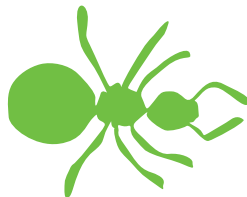
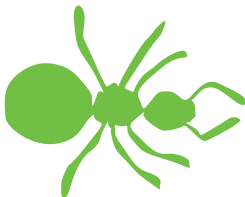
Het is een beloning voor degenen die hard werken om de nieuwe visie en strategie te realiseren.

Er ontstaat meer geloof in het succes van de nieuwe visie en strategie.

De mond wordt gesnoerd van degenen die kritisch ten opzichte van de veranderingen staan.

Aandachtspunten:

Maak resultaten zichtbaar, documenteer behaalde resultaten, stel deze beschikbaar, vier successen.



7 **VOORTGANG: geef niet op**

Na de eerste successen is het belangrijk dat de organisatie niet te overmoedig wordt en het gevoel krijgt dat het veranderingsproces voltooid is. In deze fase moet de nadruk liggen op het goed doorzetten van de veranderingen. Hiervoor is het belangrijk dat de 'sense of urgency' hoog blijft.

Een belangrijke valkuil is uitputting. Bij deze stap zit de organisatie in een tussenfase: sommige werkzaamheden moeten op de oude manier en andere op de nieuwe manier. Hierdoor kan er een hoge werkdruk ontstaan voor de medewerkers waardoor het veranderingsproces niet goed kan worden doorgezet.

Aandachtspunten:

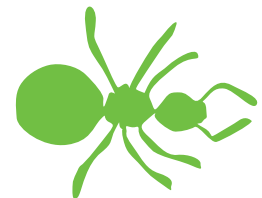
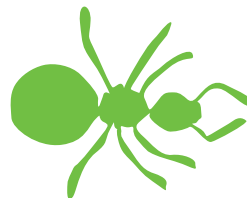
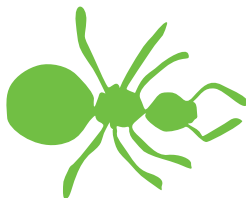
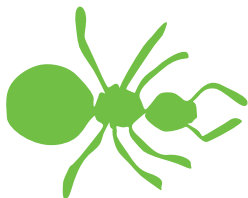
Blijf communiceren, vier successen, hou vol, verbreed lokaal ingezette verbeteringen naar overige afdelingen/units, gooi oude werkwijzen overboord, maak een plan voor verspreiding, wees duidelijk over de tijdslijn en de fasering.

8 **BORGING: creëer een nieuwe cultuur**

Zorg ervoor dat de veranderingen blijvend in de organisatie verankerd worden. Zoals Bossidy en Charan (2002) terecht opmerken, gaat het hier vooral om de 'discipline om dingen daadwerkelijk gedaan te krijgen.' De verankering is pas compleet indien de veranderingen periodiek en systematisch worden gemeten en geëvalueerd. Ook op dit punt blijven nogal wat organisaties in gebreke. Het is dan ook één van de redenen dat veranderingen verzanden. Want hoe kinderachtig het ook mag klinken, wat niet gemeten wordt, is blijkbaar niet belangrijk genoeg.

Aandachtspunten:

Ontwikkel een plan voor de borging, blijf meten, voer interne audits uit, bed de verbetercultuur in in de managementcyclus, geef continu feedback.



Literatuur

- Greenhalgh, T., G. Robert, et al. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly* 82(4): 581–629.
- Øvretveit J. (2005). Leading improvement. *J Health Organ Manag*;19(6):413–30.
- Massoud M.R., Nielsen G.A., Nolan K., Schall M.W., Sevin C.A. (2006). Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement (www.IHI.org)
- Nolan K.M., Schall M.W. (eds.). (2007). Spreading Improvement Across Your Health Care Organization. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources and the Institute for Healthcare Improvement.
- Øvretveit, J. (2009) Leading Improvement Effectively. Review of research. London: The Health Foundation (www.health.org.uk).
- Dückers, M.L.A., Stegeman, I., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Sanders, K., Groenewegen, P.P. (2009) Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of clinicians in improvement projects. *Health Policy*: 91(3), 306-313
- Boonstra, JJ (2000) Oratie: Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren. Amsterdam: Vossiuspers
- Massoud M.R., Nielsen G.A., Nolan K., Schall M.W., Sevin C. (2006) A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. (Available on www.IHI.org)
- Oud M., Schouten L. (2006) Wie streeft naar kwaliteit is op de borging voorbereid. *Kwaliteit in Beeld* nummer 3, juni p.18-19
- Schouten, L., Minkman, M., Moel, J. de, Everdingen, J. van (2007). Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg. Assen: Koninklijke Van Gorcum
- Schouten, L. (2010) Quality Improvement Collaboratives. Cost-Effectiveness and determinants of success. Proefschrift. ISBN 978-90-6910-249-8
- Kotter, J.P. (2011) Leiderschap bij verandering. Academic Service 17e druk. ISBN 90 5261 231 5
- Bossidy L. en Charan R. (2003) De kunst om dingen gedaan te krijgen. Het Spectrum, Utrecht. ISBN 9027484902
- Collins J. (2010) Good to Great. Business Contact . 18e druk, 2010. ISBN 90 254 2510 0



Bijdragen van experts

Gezin Centraal

Efficiënte hulpverlening aan gezinnen

6.1

Arjan Bolt & Marga Stokman

Hulp die aansluit bij de behoeften, de vragen en de kracht van een gezin is niet alleen effectiever maar ook efficiënter, zo is onze ervaring. In dit artikel bespreken we het vraaggerichte hulpprogramma 'Gezin Centraal'. We lichten toe hoe deze werkwijze, naast een grote mate van tevredenheid bij cliënt en hulpverlener, ook een gunstig effect heeft op zaken als doorlooptijd en cliëntencontacttijd.

Gezin Centraal is een programma voor gezinshulpverlening dat in Leiden, bij Cardea Jeugdzorg, ontwikkeld is. Inmiddels wordt het programma uitgevoerd bij verschillende organisaties in Nederland en België. Gezin Centraal is een programma waarin ambulante gezinshulp de centrale module vormt. Het gezin wordt zoveel mogelijk intact gelaten, de hulp wordt in de eigen omgeving van het gezin aangeboden. Residentiële- en/of daghulpprogramma's worden, wanneer nodig, op maat en zo kort mogelijk ingezet om het gezin te ontlasten of hulp te bieden bij specifieke vragen. Het primair denken vanuit de organisatie, bijvoorbeeld in 100% bedbezetting, is niet langer leidend. Het bieden van maatwerk aan cliënten is bepalend.

Gezin Centraal

Het programma Gezin Centraal is in 2001 gestart als een experiment voor vraaggestuurde en gezinsgerichte hulp (Metselaar, 2011). Het programma voor gezinnen met kinderen van zes tot veertien jaar. Binnen het programma kunnen cliënten flexibel gebruik maken van modules die ambulante-, dag- of residentiële hulp bieden. Iedere module is erop gericht het gezin op dusdanige wijze te ondersteunen dat zij de hulp krijgt die nodig is terwijl het gezinsleven zoveel mogelijk 'intact' blijft. De hulp start daarom altijd ambulant, ook wanneer er een indicatie is voor dagbehandeling of verblijf. Kinderen kunnen, wanneer nodig kortdurend en parttime (van 2 tot 7 dagen per week) in de instelling verblijven. We noemen dat 'logeren' om aan te geven dat het ouderlijk huis hun thuis is en blijft. Ook kunnen kinderen gebruik maken van één of meer modules van de daghulp. De daghulp werkt niet langer met een standaardprogramma van 5 dagen per week.



De 7 krachtbronnen van Gezin Centraal

1

De hulp is vraaggestuurd en uniek

Gezin Centraal gaat er van uit dat elk gezin uniek is en dat elk gezin hulp verdient die precies past. Daarom bieden we geen standaardpakket, maar hulp die zich aansluit bij de dagelijkse omstandigheden en wensen van het gezin. De gezinsleden zijn de 'ervaringsdeskundigen', alleen door nauw met hen samen te werken kan passende hulp geboden worden.

2

Hulp wordt georganiseerd rondom het gezin

Voorheen was de gewoonte om kinderen in een dagcentrum of leefgroep te plaatsen om vervolgens, in meer of mindere mate, de ouders enigszins te betrekken bij de hulp door hen te informeren over de voortgang van de hulp die hun kind aangeboden kreeg. Vanaf 2001 ging het anders. Niet wij jeugdhulpverleners betrekken ouders, nee, het uitgangspunt is: dit gezin betreft ons als jeugdhulpverleners bij hun leven. Deze ouders schakelen ons in bij de opvoeding van hun kinderen. Gezin Centraal stond zo voor een omdraaiing in het denken over hulp.

3

Hulp versterkt de aanwezige krachten in en rondom het gezin

Het hoofddoel van het programma is dat de gezinsleden na het doorlopen van het programma in staat zijn op eigen kracht oplossingen te vinden voor problemen en tegenslagen die zich in de toekomst in hun leven kunnen voordoen.

4

Geen plaatsing zonder gezinsbegeleiding

De ambulante methodiek van Gezin Centraal vormt de centrale module binnen het programma (Bolt, 2006); het is de hulp die gedurende het hele traject betrokken is. De gezinshulpverlener biedt opvoedingsondersteuning aan het gezin en voert tevens de regie over het totale hulpverleningsproces. Hij helpt hen de hulpvragen en doelen te formuleren, ondersteunt bij het samenstellen van het hulpverleningstraject, plant activiteiten en maakt afspraken. De gezinshulpverlener toetst voortdurend of de gevraagde modules van 'Gezin Centraal' op het juiste moment beschikbaar zijn en of de hulp blijft aansluiten bij de behoeften van het gezin. Kortom: de gezinshulpverlener stuurt vanaf het allereerste gesprek het hulpverleningsproces zodanig dat de ouders in regie komen of blijven.

5

Hulp start altijd ambulant ongeacht de indicatie

Elk hulpverleningstraject start met een aantal gesprekken in het gezin: de start-fase. Die gesprekken zijn gericht op hulpvraagverkenning en het formuleren van de gezinsdoelen. Ook wordt met het gezin actief gezocht naar krachtbronnen zodat met de hulp aangesloten kan worden bij de krachten van een gezin en haar sociale omgeving. Pas daarna wordt vastgesteld op welke wijze, en met behulp van welke modules aan die doelen gewerkt wordt. Door ambulant te starten staat het gezin centraal, worden ouders meteen actief; ze worden aangesproken op hun ervaringskennis en hun kracht en ze ervaren dat hun mening van grote invloed is op wat er gebeurt.

6

Daghulp en residentiële programma's zijn aanvullend

Plaatsing in een daghulpgroep of residentiële groep is aanvullend aan de gezinshulpverlening. Het kan gaan om een gerichte training sociale vaardigheden of weerbaarheid voor een jongere of een opvoedtraining voor de ouders. Ook kan het nodig zijn een adempauze in te lassen voor ouders en of jongeren. Dan kan gebruik gemaakt worden van een 'logeerfunctie' voor één of meer dagen per week. Het is van groot belang dat ook dan de regie bij ouders en ambulant hulpverlener blijft liggen.

7

Gezinsplan en driehoeksoverleg

Het hulpverleningsplan is kort en duidelijk, het wordt opgesteld door het gezin in samenspraak met de gezinsbegeleider. Er worden bij aanvang van het hulptraject afspraken gemaakt over duur en intensiteit van de hulp en er wordt expliciet gesproken over wederzijdse verwachtingen en inzet. Voor elk gezin wordt een klein team samengeteld dat bestaat uit de ouders, de betrokken gezinshulpverlener en de mentor (wanneer er een module verblijf wordt ingezet). In deze 'driehoek' wordt gesproken over de doelen, de voortgang van de hulp en noodzakelijke bijstellingen van het hulptraject. Er wordt dus niet meer vergaderd in afwezigheid van de cliënt! Het werken met een steeds wisselende 'driehoek' rond een cliënt vraagt van de instelling een andere (flexibele) manier van organiseren. De organisatie wordt 'losser' en gaat meer lijken op een netwerk-organisatie.



Effectief en efficiënt

Gezin Centraal is ooit bedacht en opgezet vanwege deze inhoudelijke uitgangspunten. Als ontwikkelaars streefden we er primair naar de kwaliteit van de zorg en de positie van de cliënt te verbeteren. Vraagsturing was de centrale term. Toename van efficiëntie was natuurlijk wenselijk, maar speelde in 2001 nog niet zo'n grote rol in de overwegingen als dat heden ten dage het geval is. In de loop van de jaren hebben we echter vastgesteld dat het consequent uitvoeren van de uitgangspunten de zorg effectiever en efficiënter maakt. We benoemen de efficiency-effecten en zullen toelichten hoe de verschillende uitgangspunten en onderdelen van Gezin Centraal bijdragen tot efficiënte hulp.

Lichtere hulp en kortere behandelduur

Het starten met een ambulante fase verlegde de focus van de zorg. De afdeling voor daghulp bijvoorbeeld werkte voorheen met een vast aanbod. Door de startfase wordt voor elk kind nu een eigen programma opgesteld. Kinderen zijn niet meer standaard vijf dagen aanwezig op de groep. Kinderen gebruikten de avondmaaltijd standaard op het centrum. Wat was daar de reden van? Het antwoord was vaak: veel problemen doen zich voor rond de maaltijd, dus is het beter dat het kind op dat moment op het centrum is. Maar met die redenatie verander je niets. Kinderen eten in het Gezin Centraal programma veel minder vaak op het centrum. Problemen rond de maaltijd worden in het gezin aangepakt. De rol van pedagogisch medewerkers veranderde. Zij werkten niet alleen met de kinderen op de groep, maar kregen ook taken in de begeleiding van de gezinnen. Zo kan juist rond dat eten de pedagogisch medewerker een rol spelen door een paar keer met het gezin mee te eten om te zien en te ervaren wat daar gebeurt. Het is de omdraaiing die we eerder noemden: we behandelen niet het probleem door het kind naar het centrum te brengen, maar door het centrum naar huis te brengen. Dit brengt met zich mee dat kinderen minder dagdelen gebruik maken van de daghulpgroep: lichtere hulp dus.

De ambulante startfase had ook een ander opvallend effect. In de eerste vier jaar in Leiden bleek uit evaluaties dat ongeveer 30% van de cliënten met een residentiële indicatie, uiteindelijk genoeg bleek te hebben aan lichtere vormen van hulp (Bolt & Knorth, 2003). Hetzelfde kan gezegd worden van de gezinnen met een daghulpindicatie. Rond een derde bleek genoeg te hebben aan ambulante hulp, eventueel aangevuld met een oudercursus of een sociale vaardigheidstraining.

Maar ook bij ambulante trajecten is het zorgvuldig vormgeven van de startfase efficiënt. Een voorbeeld hiervan is Triade Boschhuis in Flevoland waar ook wordt gewerkt met Gezin Centraal. Door in de startfase heldere gezinsdoelen vast te stellen, maar ook door goede afspraken te maken met het gezin over duur en frequentie, is de gemiddelde duur van de ambulante trajecten flink bekort. Triade biedt bijvoorbeeld een kortdurend ambulant traject aan van zo'n 10 tot 15 gesprekken. Ruim 20% van hun ambulante cliënten kunnen binnen die



korte termijn afgerond worden. En dan gaat het om cliënten die geïndiceerd waren voor een 'normaal' ambulant traject. Het blijkt dat de gezinnen die deze korte trajecten volgen, niet vaker opnieuw bij Triade aankloppen dan de cliënten die langere trajecten hebben gevolgd.

Vlotter herstel van de gezinssituatie

De expliciete focus op het gezin binnen het programma veranderde de relatie tussen gezin en pedagogisch medewerkers nogal. Het gegeven dat de pedagogisch medewerkers taken kregen in de gezinsbegeleiding en het gezin thuis bezochten hebben we reeds genoemd. Maar zoals pedagogisch medewerkers in het gezin kwamen, zo kwamen ouders in het Gezin Centraal programma regelmatig in de groep. Op deze manier ontstond er samenhang tussen het hulpverleningsproces op de groep en de doelen van het gezin.

In het verleden werden kinderen of jongeren in leefgroepen geplaatst voordat er doelen geformuleerd waren. Hierna werd door groepsleiders met of voor kinderen 'groepsdoelen' geformuleerd. Dit waren doelen die betrekking hadden op het gedrag van het kind of de jongere op de groep. Zo leerden deze kinderen 'hoe je je moet gedragen in een leefgroep'. Het middel werd zo tot doel verheven. Inmiddels weten we uit onderzoek dat residentiële hulp op deze manier weinig effect heeft. De combinatie met gezinsgerichte hulp maakt residentiële hulp effectief. (o.a. Frensch & Cameron, 2002; Geurts, 2010). Zoals gezegd gaat bij Gezin Centraal gezinsgerichtheid wat verder dan het 'betrekken van de ouders'. Residentiële hulp wordt ingezet in het kader van de gezinshulp. We spreken niet van uithuisplaatsing, maar van verblijf of 'logeren'. Ouders komen zoveel ze willen op bezoek in de groep en pedagogisch medewerkers begeleiden het gezin thuis in praktisch pedagogische zin. Denk bijvoorbeeld aan de moeder die dagelijks haar zoon Michael uit school haalde, naar de leefgroep bracht, zijn kleren voor de volgende dag klaarlegde en na een kop thee weer huiswaarts keerde. Deze vrouw voelde zich als alleenstaande getraumatiseerde moeder van een jongen met forse ADHD-problematiek op dat moment niet genoeg in staat om zelfstandig, of met ambulante begeleiding, voor Michael te zorgen. Doordat ze dagelijks contact met hem had, bleven belangrijke onderdelen van het ouderschap intact. Ook de pedagogisch medewerkers spraken de moeder dagelijks. Geleidelijk aan werden de contacten tussen moeder en zoon uitgebreid. En geleidelijk aan werd er naartoe gewerkt dat Michael weer volledig thuis kon gaan wonen. Al met al verbleef Michael enkele maanden in de leefgroep. Na terugkeer naar huis liep de ambulante hulp nog een tijdje door. Het tijdelijke verblijf in de groep, die ook nog parttime was, want Michael kon vanaf het begin af aan in de weekenden bij zijn moeder of grootouders zijn, was tenslotte een onderdeel van de gezinshulp. Deze werkwijze leidt tot een korter verblijf op de groep. Van meet af aan wordt actief gewerkt aan volledige terugkeer van het kind in zijn gezin.



Toename cliëntcontacttijd

Jeugdzorg richt zich op het oplossen of verminderen van actuele opvoedings- en gedragsproblemen van kinderen en jongeren. Toch is het nooit zo dat een gezin dat een jeugdzorgtraject succesvol doorloopt, voorgoed verlost is van opvoedings- en gedragsproblemen. Als hulpverlener hoop je dat ouders en hun kinderen, als er zich weer problemen voordoen, in staat zijn om zonder hulp, of met behulp van hun netwerk, die gedrags- en opvoedingsproblemen het hoofd te kunnen bieden. Als dat lukt is de zelfsturing van cliënten toegenomen. Als dit ons streven is, is het natuurlijk zinvol om gedurende het hulptraject zoveel mogelijk zelfsturing te stimuleren. Hoe werkt dat bij Gezin Centraal? Eerder is gemeld dat het vaststellen van de gezinsdoelen in de startfase bepalend is voor de inhoud van het hulptraject. Cliënten en gezinshulpverlener besluiten in gezamenlijk overleg welk zorgarrangement past bij de hulpvraag en doelen. Cliënten krijgen een grote mate van zeggenschap. Ook gedurende het traject blijft dat van belang. Binnen Gezin Centraal wordt gewerkt met zogenaamde 'driehoeksgesprekken'. Het gezin, de gezinshulpverlener én de mentor van de verblijfsmodule vormen een klein team: de driehoek. Zijn er meerdere modules of hulpvormen betrokken dan zou je kunnen spreken van vierkant of vijfhoek. Dit kleine team heeft vierwekelijks een overleg; het driehoeksoverleg. Op deze momenten worden beslissingen genomen over doelen, werkpunten, activiteiten, aanpassingen van regels en afspraken etc. Hoe heeft dat nu invloed op de cliëntcontacttijd?

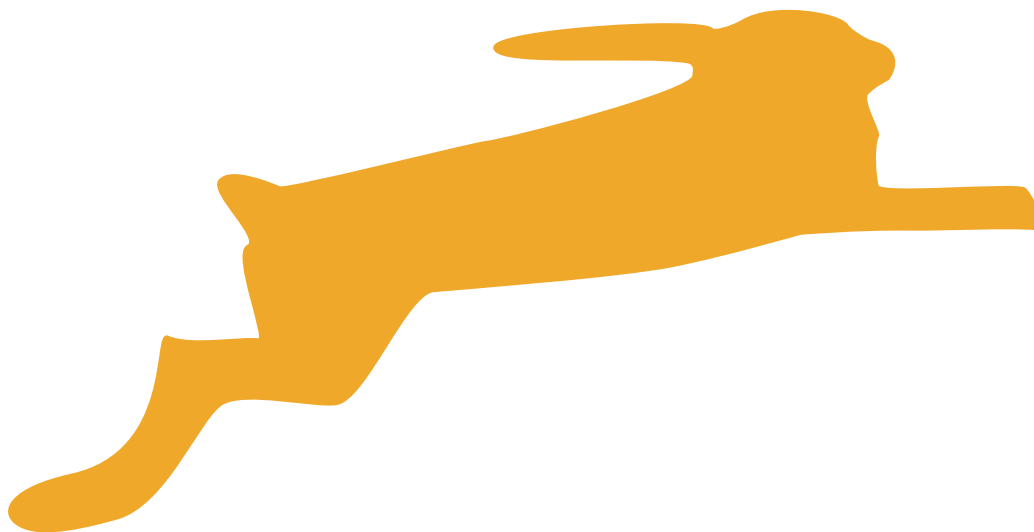
In de jeugdzorg, en zeker in de residentiële zorg, gaat veel tijd zitten in het spreken over cliënten. Vaak worden er door teams professionals zogenaamde 'cliëntbesprekingen' of 'kindbesprekingen' gehouden. Het is een groot risico dat de beslissingen over de hulp tijdens dit soort overleggen worden genomen. Zonder de cliënt dus. Binnen Gezin Centraal worden de beslissingen altijd genomen tijdens de driehoeksoverleggen. Uiteraard zijn er nog steeds overlegvormen tussen professionals. Maar uitgebreide cliëntbesprekingen zijn niet meer nodig. Omdat de cliëntbespreking in aanwezigheid van het gezin wordt gehouden wordt dat direct ook cliëntcontacttijd. Een ander winstpunt is de wijze waarop verslaglegging plaatsvindt. Het doel van verslaglegging binnen Gezin Centraal, zien we als 'service aan de klant'. Als je wat opschrijft, moet het gezin er wat aan hebben. Lange uitgebreide bespiegelingen zijn niet zinvol. Belangrijker is dat de verslagen opgesteld worden in overleg met de cliënt, liefst aan de keukentafel. Zo wordt door de gezinshulpverlener binnen gezin Centraal gewerkt met zogenaamde 'werkplannen'. Dit zijn verslagen van elk gesprek waarin vooral wordt beschreven op welke manier een gezin aan de doelen en werkpunten werkt. Werkplannen worden per definitie opgesteld met de cliënten. In de laatste vijf minuten van het gesprek. Het zijn ook de werkplannen van de cliënten zelf. Het spreekt voor zich dat als je zo tijd achter de pc op het kantoor bespaart, dat ten gunste komt van de cliëntcontacttijd.

Grotere omloopsnelheid en kortere behandelduur

Vraaggerichtheid vormde de basis voor de ontwikkeling van Gezin Centraal. Later werden daar oplossingsgericht werken en doelgerichtheid aan toe gevoegd. De reden hiervan was dat we ontdekten dat vraaggerichte hulpverleners zeer goed bleken te zijn in het invoegen, het exploreren van hulpvraag en vaststellen van doelen. De klanttevredenheid van cliënten van Gezin Centraal scoort hoog op het onderdeel bejegening. Toch was er nog wat te winnen op het terrein van doelgericht en gestructureerd werken aan concrete gedragsverandering. De oplossingsgerichte benadering is een centraal onderdeel van de methodiek van Gezin Centraal. Door doelgericht en gestructureerd te werken, bijvoorbeeld met behulp van het eerdergenoemde systeem van werkplannen, nam ook de omloopsnelheid toe en volstonden kortere trajecten.

Efficiëntere inzet van middelen

Het voorbeeld van de moeder die dagelijks haar zoon uit school haalt is uiteraard een voorbeeld van zorg-op-maat. Kinderen verblijven in het Gezin Centraal programma zelden fulltime in het dagcentrum of de residentiële groep. In de praktijk leidt dat ertoe dat een groep in een dagcentrum waar bijvoorbeeld 8 kinderen fulltime kunnen verblijven, nu tenminste aan 12 kinderen gelijktijdig een programma op maat kan aanbieden. Het werken met parttime plaatsingen, de kortere trajecten en de lichtere zorg dan geïndiceerd leidde er in Leiden toe dat in het eerste jaar drie keer zoveel cliënten hulp ontvingen dan in het oude systeem in de drie jaren ervoor (Bolt & Knorth, 2002). Na vier jaar werd er een volgende interne evaluatie gedaan. Daar bleek dat het aantal cliënten per jaar toe was genomen; er werden bijna 5x meer cliënten geteld dan in de jaren voor 2001.



Organisatie & implementatie

Natuurlijk zijn we als ontwikkelaars van het programma positief over Gezin Centraal en proberen we de lezer te overtuigen van het nut en de effectiviteit van het programma. Na ruim tien jaar ontwikkelen hebben we ook veel geleerd, soms met vallen en opstaan. Zowel bij Cardea als bij andere organisaties die werken met Gezin Centraal werd men geconfronteerd met allerlei organisatorische en logistieke vraagstukken en puzzels. Hoe ga je om met lege plekken in de ene module en wachtlijsten op een andere? We kunnen wel uitgaan van maatwerk, maar hoe ga je om met een opdrachtgever die nog in plaatsingscijfers denkt? Hoe ga je om met roosters als pedagogisch medewerkers naast het werken in de groep ook naar gezinnen gaan?

Van essentieel belang is dat de organisatie die kiest voor een programma als Gezin Centraal, bereid is de uitgangspunten in al zijn consequenties te omarmen. Verder is het van belang te realiseren dat het programma alleen werkt als de hulpverleners het programma dragen. Daarom is het raadzaam om de gezinshulpverleners en pedagogisch medewerkers een wezenlijke rol toe te kennen in het implementatieproces. Kom je als organisatie logistieke en organisatorische dilemma's tegen; leg ze dan voor aan de medewerkers. Geef kaders en benoem doelstellingen, maar laat hulpverleners mee ontwikkelen en heb het lef ze hun eigen oplossingen te laten uittesten. Zo vergroot je impliciet zelfsturing bij de medewerkers. En volgens de principes van het parallelproces: hulpverleners die gestimuleerd worden op het gebied van zelfsturing, zullen zelf sterk gericht zijn op vergroten van de zelfsturing van cliënten. Waarmee we terug zijn bij de kern van het Gezin Centraal programma.

Arjan Bolt is orthopedagoog en mede-eigenaar van Buro Bolt. Hij geeft trainingen, coaching en werkbegeleiding binnen instellingen voor jeugdzorg en welzijn in Nederland en België. Daarnaast houdt hij zich bezig met methodiek- en programmaontwikkeling en zorginnovatie. De ontwikkeling van het Gezin Centraal programma is daar een belangrijk voorbeeld van. Meer weten? Kijk op: www.gezin-centraal.nl en www.burobolt.org

Literatuur

- Bolt, A. (2006). Het gezin centraal. Handboek voor ambulante hulpverleners. Amsterdam: SWP.
- Bolt, A., E.J. Knorth (2003). Vraaggericht werken met gezinnen in de jeugdhulpverlening. Een evaluatieonderzoek naar het experiment Gezin Centraal. Deel II: Interne evaluatie eerste jaar. Leiden: Cardea Jeugdhulpverlening / Universiteit Leiden.
- Frensch, K., Cameron, G. (2002). Treatment of choice or a last resort? A review of residential mental health placements for children and youth. Child and Youth Care Forum. 31(5), 307–339.
- Geurts, E.M.W. (2010). Ouders betrekken in de residentiële jeugdzorg. Antwerpen-Apeldoorn: Garant (Proefschrift).
- Metselaar, J. (2011). Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: Evaluatie van het programma Gezin Centraal. Processen en uitkomsten. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen (Proefschrift).



Bevorderen van de Persoonlijke effectiviteit

Monica Haimé

6.2

Persoonlijk effectief handelen is per definitie individueel maatwerk. Wat de één kan maken moet de ander laten. Iets past bij wie jij bent of het past niet. Het grootste misverstand in onze tijd is dat alles voor iedereen is weggelegd en is aan te leren. Onder invloed van het Angelsaksische denken neemt het aanbod van standaard trainingen en cursussen toe: MBA in één dag, onderhandelen voorummies, dienend leiderschap, management by speech, innovatief handelen, en ga zo maar door. En dit terwijl iedereen weet dat sommige mensen nooit een diende leider zullen worden, dat een echte leider nooit een goede manager zal zijn, dat onderhandelen voor sommige mensen een onhaalbare kaart is, en dat er mensen zijn die niet anders kunnen dan innoveren en mensen die altijd voor stabiliteit zorgen. We kennen allemaal de geboren leider, de authentieke komiek, de vredestitcher, de bruggenbouwer, de allemansvriend en de criticaster. Persoonlijke effectiviteit begint bij bewustzijn over wie jij echt bent. Het gaat over zijnskwaliteiten. Iemand die notie heeft van wie hij is, wat zijn werkelijke talenten zijn, waar zijn worstelingen liggen en die bereid is zichzelf daarmee in dit leven te verwelkomen vergroot zijn kans om te worden wie hij is. Persoonlijke effectiviteit is doen wat je bent, het gaat over zijnskwaliteiten die op een natuurlijke manier overgaan in handelen. Om te worden wie je bent en te doen wat je bent ga ik onderstaand in op drie geboden die mij op mijn tocht naar persoonlijke effectiviteit begeleiden en die dagelijks voor kleine en soms grote worstelingen met mijzelf zorgen. Worstelingen met mijn eigen ego, oftewel de kunst van het leren om het een beetje met jezelf uit te houden in het leven.

Gebod 1: Weet waar jij wel en niet "over gaat"

Aristoteles, die geboren werd in 384 voor Christus sprak de woorden:

"verander wat je veranderen kunt, aanvaard wat je niet veranderen kunt en...
...weet het onderscheid tussen beide te maken."

In mijn coachingspraktijk, maar belangrijker nog in mijn eigen leven, blijkt deze uitspraak telkens weer van waarde. Van de mensen die ik heb gecoacht vanwege een burn out bleek dat die in 95% van de gevallen veroorzaakt werd door het gegeven dat zij te veel en te lang energie hadden verspilld aan dingen waar zij niet over gingen. Dingen, die buiten hun invloedssfeer lagen en zich onttrokken aan elke vorm van menselijk handelen. De raad die



ik iedereen kan geven en die ik zelf erg ter harte neem is om bij elk moment dat je besluit in te grijpen in een situatie even stil te staan bij de vraag: "Ga ik hier wel of niet over?" Het is een eenvoudige vraag die je jezelf bij voorkeur voorafgaand aan het ingrijpen of handelen zou moeten stellen. Maar de vraag levert vooral in terugblik veel inzicht en wijsheid op. Na een lange werkdag die vooral heeft geleid tot afmattende vermoeidheid van het onplezierige soort blijkt vaak dat je hebt getracht iets af te dwingen wat buiten jouw bereik lag.

Uiteraard is het interessant om je af te vragen hoe het komt dat wij mensen de neiging hebben om energie te geven aan zaken waar wij niet over gaan. Ik heb de indruk dat dit fenomeen veel te maken heeft met twee dingen. Enerzijds het oeroude menselijke streven naar beheersing van de natuur en anderzijds met onze tijdsgeest die doordrenkt is van commercie die ons voortdurend vertelt dat onze behoeften onbeperkt kunnen worden bevredigd. Dagelijks zie en hoor ik dat mijn hypotheek goedkoper kan, dat mijn energierekening omlaag kan, dat ik nog goedkoper kan internetten en bellen en dat er voor mij geen wachtlijsten hoeven te zijn in de zorg. Dat ik alles wat ik in mijn leven heb geregeld nog beter zou kunnen regelen, mits ik overstap naar een andere bank, een andere energieleverancier, een andere provider en een andere ziektekostenverzekeraar. En dit heeft alleen nog maar betrekking op de praktische kant van het leven. Maar ook als het gaat om existentiële vragen over het krijgen en opvoeden van kinderen, sterfte van dierbaren, psychische problemen en ouderdom bereiken mij voortdurend boodschappen dat er instanties zijn die mij kunnen helpen om de zaken beter te regelen. Er zijn interventies mogelijk, er is medicatie voorhanden, de uitvaart kan heel plezierig worden, er is nog meer medicatie voorhanden en er is nog altijd botox, er zijn liftende crèmes en behandelingen mogelijk. Kortom, mij wordt voortdurend verteld dat ik erg gelukkig zou kunnen zijn, vrij van grote problemen en dat het in mijn leven echt allemaal een stuk gemakkelijker en plezieriger kan. Als grote fan van het lichter-leven-concept spreekt mij dit bijzonder aan. De bizarre werkelijkheid is echter dat mijn leven pas lichter wordt wanneer ik bereid ben te aanvaarden dat er dingen zijn waar ik wel en niet over ga. Ik durf zelfs te beweren dat wij mensen over de dingen in ons leven die ons het meest aan het hart liggen, niet gaan. Dat ligt niet in ons bereik. Verliefdheid, kinderen krijgen, de talenten van onszelf en onze kinderen, de dood van dierbaren, ons portie lijden en vreugde in ons leven. De zaken die ons werkelijk aan het hart gaan, voltrekken zich volgens bepaalde universele wetmatigheden die buiten ons zelf staan: ellende komt niet alleen, geluk zit in een klein hoekje, was sich neckt das liebt sich, wie een kuil graaft voor een ander valt er zelf in, boontje komt om zijn loontje en we dempen de put wanneer het kalf verdronken is. Dit aanvaarden maakt het leven lichter. Dit vermijden of bevechten maakt het leven zwaar. Hiermee wil ik niet beweren dat wij gelaten door het leven moeten gaan en Gods water over Gods akker moeten laten lopen, en onze tijd moeten uitzitten. Integendeel, persoonlijke effectief handelen vraagt van ons een houding in het leven die ik aanduid met de term: alerte aandachtigheid. Om dit te verduidelijken wil ik ingaan op de inzichten van Joseph Campbell,



een Amerikaanse wetenschapper die zijn leven gewijd heeft aan het bestuderen van oude mythen, sprookjes en andere verhalen die talloze volken aan hun kinderen vertellen.

Gebod 2: Word die jij bent

Volgens Goethe gaat het in dit leven maar om één ding en dat is dat we moeten worden wie we zijn: “Werde wie du bist”. Het gaat hierbij om het overwinnen van het ego dat ons voortdurend wil belemmeren om te zijn wie we zijn. Joseph Campbell ontdekte in de opbouw van alle verhalen die over de hele wereld worden verteld een grondpatroon dat dit universele proces op herkenbare manier illustreert.

Voor de helderheid van mijn verhaal kies ik voor het grondpatroon van het sprookje met het bekende begin: “Er was eens...” Het sprookje beschrijft het leven zoals het op dat moment is. De ene dag lijkt op de andere, de dingen gaan zoals ze gaan en de hoofdfiguren doen wat ze gewend zijn te doen. Maar blijkbaar kan dat niet zo blijven. Blijkbaar is het leven niet bedoeld om routineus tevreden of ontevreden verder te leven. Want in elk verhaal treedt een wending op. Er gebeurt iets onverwachts, iets wat de routine van alledag verstoort. Dat ‘iets’ kan van binnen komen: een droom, een inzicht, een verlangen dat onhoudbaar wordt, een ambitie die eruit wil of een talent dat zich niet meer laat onderdrukken. Dat ‘iets’ kan ook van buiten komen: een ramp, de dood van een geliefde, de ontmoeting met iemand, het verlies van bezittingen of het verwerven van plotselinge rijkdom. Dit noemt Campbell de oproep tot het avontuur of het “verlangen” dat ontwaakt.

De oproep tot het avontuur: we worden geroepen. Dat is het begin van de weg. In sprookjes gebeurt dit meestal op geheimzinnige plekken in een bos of bij een bron, of onder een oude boom. Op een bepaalde manier zijn deze plaatsen zowel vreemd als vertrouwd. De roep is onverwachts, en nodigt de held uit een reis te ondernemen. In het verhaal gaat het vaak om een letterlijke reis. De reis staat symbool voor een persoonlijke transformatie die onontkoombaar is omdat in elk mens een diep verlangen schuilt om zichzelf te zijn. Vaak is dat verlangen onderdrukt door de sociale context van de hoofdpersoon: vader, moeder, broers, zussen, leraren, bazen, collega’s, dominees of priesters, kortom de betekenisvolle “anderen” in het leven van de hoofdfiguur. Zij hebben, soms bewust maar vaak onbewust, de hoofdfiguur willen vormen naar het beeld dat zij prettig en aangenaam vinden. Maar het verlangen naar authenticiteit of oorspronkelijkheid wordt hoe dan ook geactiveerd. Eén of andere gebeurtenis wekt dat verlangen.

De held moet ja of nee zeggen tegen de oproep tot avontuur. De roep of het verlangen dwingt de hoofdfiguur iets te doen wat eigenlijk niet kan of hoort. Er zijn duizend en één goede redenen om “nee” te zeggen tegen de oproep. De betekenisvolle anderen in het leven van de hoofdfiguur dreigen expliciet of impliciet met straf, gericht op uitstoting. Dit



wordt gerechtvaardigd met allerlei argumenten: doe normaal, wie denk je wel dat je bent, wat een uitslover ben jij, je kunt ons niet in de steek laten, dat is toch niet voor jou weggelegd, dat kun je niet maken. Kortom er wordt druk uitgeoefend om alles bij het oude te laten. De hoofdfiguur moet zijn angst voor eenzaamheid, die dikwijls een reden vormt om niet aan de oproep te beantwoorden, zien te overwinnen. Als de hoofdfiguur “ja” zegt tegen de oproep neemt hij een ferm besluit. Dat is een wilsbesluit en vaak een daad van overgave. Het vraagt van de hoofdfiguur een hoge mate van zelfbewustzijn die hem dwingt om bewust de eenzaamheid binnen te gaan. De kracht van het innerlijk verlangen helpt de held het besluit te nemen om zijn verlangen te volgen ondanks de weerstanden en problemen die hij op dat moment krijgt. Mensen die “nee” zeggen op de oproep tot avontuur sterven figuurlijk vroeg en worden letterlijk later begraven, zij leven hun leven niet. In elk geval is hun leven zo oninteressant dat het nooit een verhaal wordt dat de tijd overleeft en aan kinderen wordt verteld. Er valt niets uit te leren, er is geen inspiratie aan te ontleen.

De helpende handen komen na een wilskrachtig besluit tot overgave aan het lot. Als de hoofdfiguur volmondig ‘ja’ heeft gezegd en zich op zijn weg begeeft, dan zijn er direct helpende handen, vaak ook uit onverwachte hoek. Het is alsof het lot, het Universum of God de hoofdfiguur wil laten weten dat hij de goede keus heeft gemaakt. In sprookjes ontmoet de held mensen, tovenaars, onderweg op zijn pad, langs de kant van de weg, kort na het verlaten van een stad of het ouderlijk huis. Dikwijls is het een oude man of vrouw, soms ook sprekende dieren. Ze geven de held een magisch voorwerp, een toverspreuk, een gouden koets of een andere vorm van hulp.

De beproevingen

Wanneer de hoofdfiguur een tijd op weg is, dichterbij zijn doel komt en gesterkt is door positieve ervaringen, komen er beproevingen. Het is alsof de hoofdfiguur wordt getest op zijn doorzettingsvermogen, alsof het lot wil weten of hij bereid is een prijs te betalen om zijn verlangen waar te maken. In sprookjes hebben de beproevingen vaak de gestalte van een draak, een monster, een brandende grot, een kolkende rivier, een donker bos of een onheilspellende ravijn. Dat zijn onze eigen angsten. Die angsten moeten worden overwonnen, soms in een strijd op leven en dood. De moraal van het verhaal is dat we onze angsten recht in ogen moeten durven kijken.

Het geschenk

- 80 De hoofdfiguur die erin slaagt om de beproevingen te doorstaan ontvangt een geschenk in de vorm van het vinden van zijn bestemming. Hij komt thuis, hij vindt zijn bruid, hij graaft de schat op en leeft nog lang en gelukkig. Deze geschenken staan allemaal symbool voor het geluk dat de hoofdfiguur ten deel valt als hij zijn ego heeft overwonnen, zijn werkelijke talenten heeft ontwikkeld en het proces van “werde wie du bist” succesvol heeft doorge-



maakt. Nu is hij in staat om anderen te inspireren, te leren en te helpen om ook hun eigen processen door te maken.

Persoonlijke effectiviteit is naar mijn overtuiging in hoge mate individueel maatwerk. Het begint bij bewustzijn over wie jij bent, wat jouw talenten zijn en wat jij te doen hebt in dit leven, wat jouw missie of levenstaak is. Ik vraag mij af hoeveel invloed wij hebben op wie we werkelijk zijn, onze talenten, en onze levenstaken. Ik begin sterk te vermoeden dat onze invloed hierop erg gering is, zo niet nihil. Waar wij wel invloed op hebben en waar wij dus wel over gaan is hoe wij ons verhouden tot wie we zijn, tot onze talenten en tot onze levenstaak.

Ik moedig mensen aan om zichzelf te verwelkomen in het leven met de eigen talenten en de eigen worstelingen. Ik probeer mensen ervan te weerhouden zichzelf tekort te doen door zich beter, slechter, mooier of lelijker voor te doen dan ze zijn. Ghandi heeft ooit gezegd dat wij mensen niet bang zijn voor onze tekortkomingen. Onze grootste angst voelen we voor onze kracht, we durven niet ten volle te zijn die we zijn, we zijn bang om te stralen. En hij zegt ook: "There is nothing enlightening about shrinking." Met andere woorden: wie authentiek zichzelf is, straalt dat ook uit en is alleen daardoor al effectief.

Gebod 3: Kijk verder dan je neus lang is

Het motto van het Centrum voor inspiratie, bewustzijn en ontmoeting (ZIN in Vugt) is: Zien, bewogen worden en in beweging komen. Aandachtig alert leven bevordert het zien van wat er zich werkelijk voordoet in het leven. Hierdoor kun je je bewust worden van de dingen die jou werkelijk raken, de dingen die "arousal" of onrust veroorzaken in jouw binnenste en daarmee raken aan wie jij bent. Je wordt "bewogen". Dat wat mensen beweegt kan erg verschillen per persoon. Je kunt geraakt worden door onrecht, schoonheid, onschuld, gedrevenheid, vechtlust, overgave, stabiliteit, vrede, harmonie, doorzettingsvermogen en nog veel meer andere zaken. Dat wat jou raakt doet zich voor in de dingen die je ziet, hoort, meemaakt. Wanneer je geraakt wordt dan wil je in beweging komen. "Persoonlijk effectief" is je te laten leiden door dat wat jou raakt in wie jij bent. Bij het geraakt worden is er een onderscheid tussen gevoelens en emoties enerzijds en anderzijds intuïtie en wijsheid. Gevoelens en emoties van angst, vreugde, agressie en verdriet kunnen iemand regeren en meeslepen. Door angst kan iemand verstijven, door overmoed kan iemand zijn hand overspelen. Intuïtie is kalm en die bereik je door dwars door de emotie heen te gaan. Het gaat er om de rust te vinden om het antwoord te zoeken op de vraag: wat maakt mij zo boos, verdrietig, blij of huilerig. Wat zit daaronder? Het antwoord op deze vraag brengt mensen bij hun eigen individuele innerlijke wijsheid. Wanneer mensen in beweging komen op basis van wat hen werkelijk beweegt dan handelen ze vanuit oorspronkelijkheid en authenticiteit. Dit maakt hen zichtbaarder voor anderen en vergroot hun kans op effect. Het proces van intuïtief handelen is niet direct waarneembaar, verifieerbaar en toetsbaar. Niettemin herkent een ieder



de betekenis hiervan in het eigen leven. De reden dat wij hier weinig notie van hebben komt waarschijnlijk door de eenzijdige ontwikkeling die wij door de eeuwen heen hebben doorge- maakt. Om dit te verhelderen het volgende.

De oude Grieken kennen twee woorden voor de aanduiding van tijd. Kronos is het woord voor de "exacte" tijd, de kloktijd waarin een dag 24 uur beslaat, een uur zestig minuten, een minuut zestig seconden. In Kronos is het dominante principe de planbaarheid, de maak- baarheid, het lineaire denken in oorzaak en gevolg, de logica. Kronos kenmerkt zich door het streven naar controle en beheersing van het materiële en het immateriële. In Kronos stel- len we een plan op met volgtijdelijke stappen, fasen en handelingen die op een verklaarbare manier worden doorlopen. Kronos is het terrein van de human doing: de rationeel hande- lende mens. Een illustratie van het Kronos denken is de American Dream: van krantenjongen tot miljonair. Het denkpatroon is dat iedereen miljonair kan worden door het Kronospad van de krantenjongen te doorlopen.

Kairos is het Griekse woord voor de "juiste" tijd, de tijd die iets vergt, die nodig is voor het proces om iets te realiseren, een besef te laten landen, een crisis te verwerken of een mijlpaal te bereiken. Kairos onttrekt zich aan de planning. Het duurt langer, korter, het gebeurt nooit of het gebeurt opeens: het heeft te maken met timing, toeval, geluk en/of pech hebben. In Kairos is sprake van synchroniciteit. Synchroniciteit wordt door Jung gedefinieerd als "de samenloop van twee gebeurtenissen die zo betekenisvol is en waarvan de kans dat die zich voordoet zo klein is dat het geen toeval meer kan zijn." In de volksmond: "toeval bestaat niet" of anders geformuleerd "het moest zo zijn." Er zijn krachten aan het werk die wij niet kunnen duiden. Is het God (het perspectief van gelovigen), is het de impliciete ordening van het universum (het perspectief van de Kwantumtheorie), zijn wij het zelf (het perspectief van de spiritualiteit)?

In Kairos lopen oorzaak en gevolg door elkaar, gaan dingen niet volgens plan en is geen sprake van logische opeenvolging van dingen. Er is nonlineairiteit actief, veranderingen vinden discontinu en onvoorspelbaar plaats. Kairos is het terrein waarop wij human beings zijn, we worden geraakt, bewogen, we komen in beweging of vallen stil. We ervaren de zin of zinloosheid van het leven. In Kairos worden onze plannen doorkruist door het leven zelf. Het heeft te maken met wat zich in het leven voordoet buiten onze wil en inspanning om. De krantenjongen wordt geen miljonair. Hij wordt wie hij is: kunstenaar, moeder, politicus, jeugdwerker, adviseur of leider.

Doordat wij mensen bedreven zijn in het Kronos-denken lopen we het risico het leven con- tinu planmatig te bekijken. We zien dat onze plannen worden vertraagd, worden tegen ge- werkt of worden doorkruist. De focus is gericht op het "plan" en op dat wat het plan wel of niet doet slagen in het geplande tempo. De kans is groot dat je dan niet meer ziet wat zich werkelijk voordoet in het leven. Een interessante vraag is: leef je je leven of leef je je plan?



Beide vormen van denken bieden ons de kans om persoonlijk effectief te handelen. Als we vanuit Kronos handelen dan handelen we binnen de kaders, dan spelen we het spel (het leven) volgens de spelregels. Twee dimensies van handelen zijn hierin te onderscheiden: De Control-mode: de norm is het eindpunt. Men sluit risico's uit en het dominante gedrag is controleren en beheersen. Als voorbeeld geldt het motto van Shell: Je werkt hier veilig of je werkt hier niet. Er zijn duidelijke normen, kledingvoorschriften, levertijden, doorloop- en eindtijden. Alles wordt in het werk gesteld om de vastgestelde norm te halen. De Improvement-mode: de norm is de benchmark, de beste op het gebied. Risico's worden ingecalculeerd en afgewogen. Het dominante gedrag is verbeteren, veranderen, streven naar het hoogste ideaal. Een voorbeeld is de topsporter. Hij is continu op zoek naar mogelijkheden om de prestatie te verbeteren door oefening, kleding, voeding, training en kennis van wat anderen presteren op zijn gebied.

In Kairos effectief handelen betekent buiten de kaders handelen, out of the box, spelen met de spelregels waardoor het spel verandert. De volgende twee dimensies van handelen komen in zicht:

De Breakthrough-mode: de norm is een trigger, het maakt iets los maar wat het los maakt is onvoorspelbaar. Risico's worden bewust genomen. Het dominante gedrag is experimenteren. Een voorbeeld is de omgang met copyright. De norm was niet kopiëren, auteursrechten vastleggen, octrooien aanvragen, geestelijk eigendom beschermen. Steeds meer wordt copyright the right to copy. Onder invloed van internet en social media werken groepen aan het principe dat alle kennis voor iedereen toegankelijk is.

De Reaching the essence-mode: de norm is een persoonlijke waarde. Risico's zijn part of life. Het dominante gedrag is de essentie te bewaken en te bevorderen. Een voorbeeld zijn de verzorgingshuizen van Humanitas. De norm is gelukkige ouderen die regie over het eigen leven houden. Er zijn vier culturele waarden en die hanteert men net als bij Shell: je werkt volgens deze waarden of je werkt hier niet. Er is een duidelijke richting en er is veel ruimte voor invulling.

Met verder kijken dan je neus lang is duid ik op variatie in de manier waarop je ergens naar kijkt. Je kunt kijken vanuit minstens vier dimensies. Elke dimensie geeft een andere manier van handelen. Het valt mij vaak op dat mensen vervallen in dominante gedragspatronen en een karikatuur van zichzelf worden: de regelneef, de onheilsprofeet, het type twaalf ambachten en dertien ongelukken of de wereldverbeteraar. Door feeling te ontwikkelen voor de Kronos en Kairos dimensies kun je dingen beheersen, verbeteren, experimenteren en naar de essentie reiken van waar het jou werkelijk om gaat. Kortom, het gedragsrepertoire wordt breder, rijker en gevarieerder. De zijnskwaliteiten kunnen vele uitingsvormen aannemen.

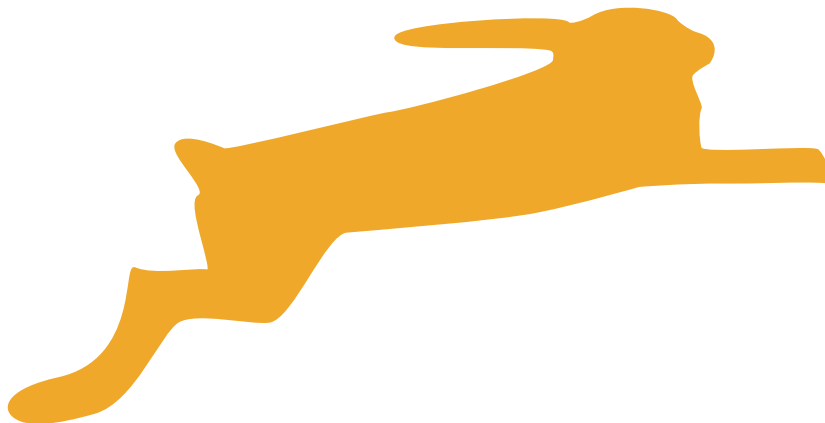


Tot slot

Vaak als ik aan mensen die ik coach vraag naar betekenisvolle mensen in hun leven krijg ik beschrijvingen van mensen die hen na aan het hart lagen, die hen lief hadden om wie ze werkelijk zijn en die hen hebben geholpen om hun talenten te ontwikkelen of hun angsten te overwinnen. Mensen die wanneer je deed wat je was blij voor jou werden of zelf blij door jou werden. “Piekmomenten” zijn voor mij momenten waarop dat wat ik doe samenvalt met wie ik ben. De momenten waarop het handelen één op één synchroon loopt met de zijns-kwaliteiten van mensen. Dit wordt ook wel aangeduid met in flow zijn of met de Engelse term ‘this-is-me’: de kok die niets liever doet dan eten bereiden, de bruggenbouwer die een brug slaat in een conflictsituatie, de criticaster die feilloos zijn vinger legt op de zere plek, de beeldhouwer die het beeld uit de steen bevrijdt.

Ik heb het genoeg gehad vele mensen te mogen coachen en hen te helpen zich te bevrijden van ballast. Ik ben blijkbaar een geboren opruimer, ik houd van opruimen en ballast verwijderen. Ik had een straatveger van wereldformaat kunnen worden, ik had een schoonmaakbedrijf kunnen leiden, ik zou een fantastische baggeraar zijn. Waarmee ik maar wil zeggen dat wie jij werkelijk bent vele uitingsvormen kent. Ik werd organisatieadviseur en daardoor ook coach. Tot het leven besluit wederom een oproep tot het avontuur te doen en mij weer uitnodigt ja of nee te zeggen.

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



Optimale verblijfsduur

6.3

Staat er een houdbaarheidsdatum op een residentieel verblijf?

Esther Geurts

Bestaat er zoiets als een optimale behandelduur? En hoe kun je de behandelduur beïnvloeden opdat deze optimaal is voor de betreffende cliënt? In dit artikel wordt uiteengezet dat zowel cliëntfactoren, behandelfactoren als organisatiefactoren bepalend zijn voor de behandelduur. Vervolgens worden suggesties gedaan voor de wijze waarop deze factoren zijn te beïnvloeden.

Inleiding

Van de totale populatie (3.320.886) jeugdigen in de jeugdzorg in 2010, hebben 50.688 jeugdigen ambulante hulp ontvangen, 9.082 jeugdigen daghulp en 32.618 jeugdigen zijn uit huis geplaatst (Jeugdzorg Nederland, 2011). Een jeugdige kan na een uithuisplaatsing geplaatst worden in de pleegzorg of in een van de residentieële varianten. Bij de residentieële varianten belandt bijna een derde van de opgenomen jeugdigen in een vorm van crisisopvang, terwijl ruim een kwart (26%) in een behandelsetting wordt opgenomen. Een relatief klein deel (12%) wordt geplaatst in een residentieële voorziening met het accent op (tijdelijk vervangende) opvoeding en verzorging; een even groot deel (12%) wordt residentieel voorbereid op zelfstandig wonen (Knorth, 2005).

In de literatuur is geen eenduidig antwoord te vinden op de vraag wat een optimale verblijfsduur is. De praktijk laat grote verschillen zien. Zo is de verblijfsduur¹ in een studie van Jansen en Oud (1993) 10,9 maanden, in een studie van Voets en Michielsens (2002) 15 maanden en in een studie van Geurts (2010) 17 maanden. Gemiddeld vinden we een verblijfsduur van 10,5 maand in 2003 (Knorth, 2005) en 11,6 maand in 2010 (Jeugdzorg Nederland, 2011). Deze studies laten ons zien dat er weliswaar grote verschillen zijn in de duur van het verblijf, maar dat het gemiddelde over de jaren heen redelijk constant is gebleven. Dit roept vragen op: Wat maakt het verschil in duur uit voor de uitkomsten van de hulp? Hoe kunnen we de duur van het verblijf beïnvloeden? En kunnen we de duur van het verblijf al bij de intake sturen?

1 Het gaat hier telkens om de verblijfsduur in residentieële varianten, exclusief crisisopvang.

Wat maakt verblijfsduur uit voor de uitkomsten van de hulp?

Bij het zoeken naar een antwoord op de vraag wat de optimale verblijfsduur is, komt eerst de vraag aan de orde of het überhaupt uitmaakt hoe lang de hulp duurt voor de uitkomsten daarvan. Oftewel zorgt een verschil in verblijfsduur voor andere uitkomsten van de hulp? In de literatuur vinden we aanleiding om te veronderstellen dat dit inderdaad het geval is. Zo staat in een reviewstudie van Pfeiffer en Strzelecki (1990) dat de duur van het verblijf een redelijk groot effect (0.48) heeft op de uitkomsten van de hulp. Maar niet alleen de duur van het verblijf bepaalt wat de uitkomsten van de hulp zijn, ook gepland vertrek, therapeutische alliantie, cognitief probleem oplossende vaardigheden, nazorg, ouderbetrokkenheid, en IQ bepalen de uitkomsten van de hulp.

Een andere studie over de invloed van de duur van het verblijf is de studie van Landsman e.a. (2001). Volgens Landsman e.a. heeft de duur van het verblijf invloed op de stabiliteit van de jeugdige. Hoe korter de verblijfsduur, des te beter voor de stabiliteit van de jeugdige. Ook komen ze tot de conclusie dat een kortere verblijfsduur de kans verhoogt op maatschappelijke re-integratie. Overigens merken zij daarbij op dat de kans op een succesvolle re-integratie niet alleen bepaald wordt door de verblijfsduur maar ook door de mate van ouderbetrokkenheid tijdens behandeling, en het hebben van nazorg. Ook in een studie van Leather (2002) komt naar voren dat ouderbetrokkenheid de grootste voorspeller is voor een succesvolle thuisplaatsing.

Nu we weten dat het uitmaakt, dat verblijfsduur verschil maakt voor de uitkomsten van de hulp, is het interessant om te weten of er net als bij een pak melk een houdbaarheidsdatum is om aan te geven tot wanneer het verblijf zinvol is. In een studie van Geurts e.a. (2007) blijkt inderdaad dat er grenzen aan zijn. Daaruit blijkt dat een gezinsgerichte residentiële behandeling tussen de 7 en 12 maanden de beste uitkomsten van de hulp opleveren en dat er na 12 maanden zelfs een negatief effect optreedt op de uitkomsten van de hulp.

Hoe kunnen we de verblijfsduur beïnvloeden?

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat de uitkomsten van de hulp in belangrijke mate samenhangen met de verblijfsduur, en dat tot een bepaalde duur het verblijf zinvol is. Nu kunnen we de volgende stap maken, namelijk hoe kunnen we de duur van het verblijf sturen? Er blijken 3 groepen van factoren te zijn waarvan bekend is dat ze van invloed zijn op de verblijfsduur en deze kunnen bekorten of juist verlengen.

De eerste groep die we tegen komen zijn de *cliëntfactoren*. Het zijn factoren van elke individuele cliënt die iets zeggen over wie de cliënt (jeugdige, opvoeders) is en waarvan bekend is dat ze invloed hebben op de verblijfsduur.

De tweede groep zijn de *behandelfactoren*. Het zijn factoren die het "inhoudelijke" skelet vormen van elke behandeling, en die aangevuld kunnen worden met behandelingsspecifieke factoren zoals het toepassen van specifieke interventies.

De derde groep zijn de *organisatiefactoren*. Factoren die betrekking hebben op de wijze waarop de hulp is vormgegeven, georganiseerd. Samen met de behandelfactoren vormen zij het skelet van elke behandeling.

Van deze drie blijken de cliëntfactoren de belangrijkste te zijn bij het vaststellen van de optimale behandelduur (O'Malley, 1993; Eigenraam e.a., 2011). De cliëntfactoren zijn de individueel veranderbare factoren en kunnen gebruikt worden bij het bepalen hoeveel tijd er nodig is voor de behandeling. De behandel- en organisatorische factoren zijn meer te typeren als onveranderbaar op het niveau van de individuele cliënt. Ze kunnen gezien worden als de randvoorwaarden, voor wat er nodig is voor de behandeling in het algemeen en wat dat van de organisatie vraagt. De behandel- en organisatiefactoren zijn vooral van belang bij het inrichten van het werkproces. Dat betekent dat deze laatste twee wel degelijk van invloed zijn op de duur van het residentiële verblijf, maar dat dat niet zozeer per cliënt kan verschillen als wel op team-en instellingsniveau.

De tabel hieronder toont welke cliënt-, behandel- en organisatiefactoren de duur van het verblijf beïnvloeden.

Individueel veranderbare factoren	Op team-/instellingsniveau veranderbare factoren: randvoorwaarden voor inrichting werkproces	
Cliëntfactoren	Behandelfactoren	Organisatiefactoren
Aard/ernst van de problematiek (emotionele toegankelijkheid, impulscontrole, ADHD, CD, depressiviteit, drugs en alcohol) (1, 2, 6, 7)	Visie van de organisatie (2)	Efficiëntie van het behandelproces (1)
Draagkracht/draaglast opvoeder (1, 2, 8)	Mate van effectiviteit van interventies (1)	Tijdige en flexibele inzet van interventies (1, 6)
Leerbaarheid opvoeders (1, 2)	Structuur/fasering van de behandeling (1)	Professionaliteit (multidisciplinair team) (1, 2)
Betrokkenheid en stabiliteit gezin (1, 2)	Mate van doelgerichtheid (SMART doelen) (1, 2, 6)	Korte lijnen in de communicatie tussen hulpverleners (2, 7)
Motivatie opvoeders (1, 2)	Perspectief na de behandeling (1, 2, 4)	Groepsgrootte (2)
Hulpbronnen in het netwerk (1, 2 6)	Gepland begin en einde van de behandeling (2)	Beschikbaarheid van vervolghulp/onderwijs (1, 2, 5)

Individueel veranderbare factoren	Op team-/instellingsniveau veranderbare factoren: randvoorwaarden voor inrichting werkproces	
Biologische factoren (leeftijd, sekse, IQ) (1, 2, 3, 7)	Het verrichten van vroegtijdige diagnostiek (4)	Ketensamenwerking (afstemming en samenwerking met externe organisaties) (1, 2)
Financiële situatie opvoeders (2)	Trajectbenadering in de keten (combinatie residentiële en ambulante hulp) (1, 2)	
Dagbesteding (2)		
Voorafgaande hulp (2)		
Maatregel (OTS, Vrijwillig) (2)		

Bronnen: (1) Eigenraam e.a., 2011; (2) Expertteam Tijd voor Jeugd, 2011; (3) Jansen & Oud, 1993; (4) Lange e.a, 2011; (5) Leichtman e.a. ,2001; (6) O'Malley, 1993; (7) Pavkov e.a., 1997; (8) Sourander e.a., 1996.

Aanpakken van de randvoorwaarden: op team- en instellingsniveau

Om de verblijfsduur te sturen kan een team of instelling ervoor kiezen om de randvoorwaarden eerst aan te pakken om zodoende een goed klimaat te scheppen. Welke van de genoemde behandel- en/of organisatiefactoren men als eerste aan wil pakken is afhankelijk van welke factoren door je eigen team of instelling het gemakkelijkst zijn aan te pakken de meeste “winst” opleveren op de korte termijn. Dit zijn interventies die passen in kwadrant I van de zogenaamde interventiematrix.

I. Enkelvoudig Korte termijn	II. Enkelvoudig Langere termijn
III. Complex Korte termijn	IV. Complex Lange termijn

De volgende stap kan zijn het aanpakken van die behandel- en organisatiefactoren die enkelvoudig zijn en op langere termijn gerealiseerd kunnen worden. Ten derde de behandel- en organisatiefactoren die complex zijn en op korte termijn te bewerkstelligen. En tenslotte de behandel- en organisatiefactoren die complex zijn en op lange termijn te realiseren. Deze stappen kunnen worden uitgewerkt in een meerjarenplan op team- en instellingsniveau. Tijd voor Jeugd heeft mooie voorbeelden opgeleverd van hoe verbeterteams hiermee aan de

slag zijn gegaan. Sommige teams hebben de behandelactoren aangepakt door 'bij de voordeur de achterdeur bekend te maken'. Dat wil zeggen dat ze bij het startgesprek de einddatum plannen en de stappen daarnaar toe in kaart brengen (wat is er voor nodig om de einddatum te halen). Andere teams hebben bij de start van de behandeling de einddoelen concreet en hanteerbaar gemaakt in kleine werkdoelen die zijn verwerkt in een stappenplan met tijdpad. Ook zijn verbeteractoren aan de slag gegaan met de aanpak van organisatiefactoren. Zo is binnen een instelling de caseload beter verdeeld, waardoor er sneller hulp kan worden gegeven en er minder dubbel werk is ontstaan. Elders zijn de groepen verkleind van 11 jeugdigen naar 8 jeugdigen, waardoor er meer persoonlijke aandacht is en hierdoor sneller doelen worden gerealiseerd. In een andere instelling is het werken in multidisciplinaire teams ingevoerd, waarbij residentiële hulp, daghulp en ambulante hulp gecombineerd wordt. In weer een andere instelling geven ze nu psycho-educatie in groepsverband in plaats van individueel, waardoor hulpverleners tijd besparen en er meer werkzame uitwisseling tussen cliënten en (h)erkenning tot stand komt.

Aanpakken van de cliëntfactoren: op individueel niveau

Uitgangspunt is de basisduur residentiële zorg van het eigen team of instelling. Die kan min of meer bepaald worden op basis van eigen onderzoeksgegevens en afhankelijk van het antwoord op de vraag of dat de gewenste duur en de 'uiterste' houdbaarheidsdatum is. Vervolgens moet bekeken worden welke cliëntfactoren een rol spelen en of deze de duur verlengen of bekorten. Zo is bijvoorbeeld bekend dat de verblijfsduur van meisjes korter is dan jongens (9,4 respectievelijk 12,6 maanden) (Jansen & Oud, 1993). Het hebben van een ondersteunend netwerk en een goed functionerend gezin leidt ook tot een kortere verblijfsduur (O'Malley, 1993; Sourander e.a., 1996).

Op een van de werkconferenties van het project Tijd voor Jeugd werden voorbeelden genoemd van hoe teams cliëntfactoren gebruikten bij het bekorten van de verblijfsduur. Zo heeft een team het netwerk van de cliënten beter in kaart gebracht en ingezet om zo cliënten meer steun en regie te geven over hun situatie waardoor minder jeugdzorg nodig was. Een ander team gaf jeugdigen meer inspraak en verantwoordelijkheden, waardoor zij meer gemotiveerd werden om aan hun doelen te werken en zij ook sneller hun behandelactoren behaalden.

Tenslotte

Duidelijk is dat de duur van het verblijf invloed heeft op de uitkomsten van de hulp en ook dat de verblijfsduur een zekere houdbaarheidsdatum heeft. Hoe beïnvloedt je die verblijfsduur? De eerste stap is het vaststellen van een gemiddelde basisduur van het residentiële



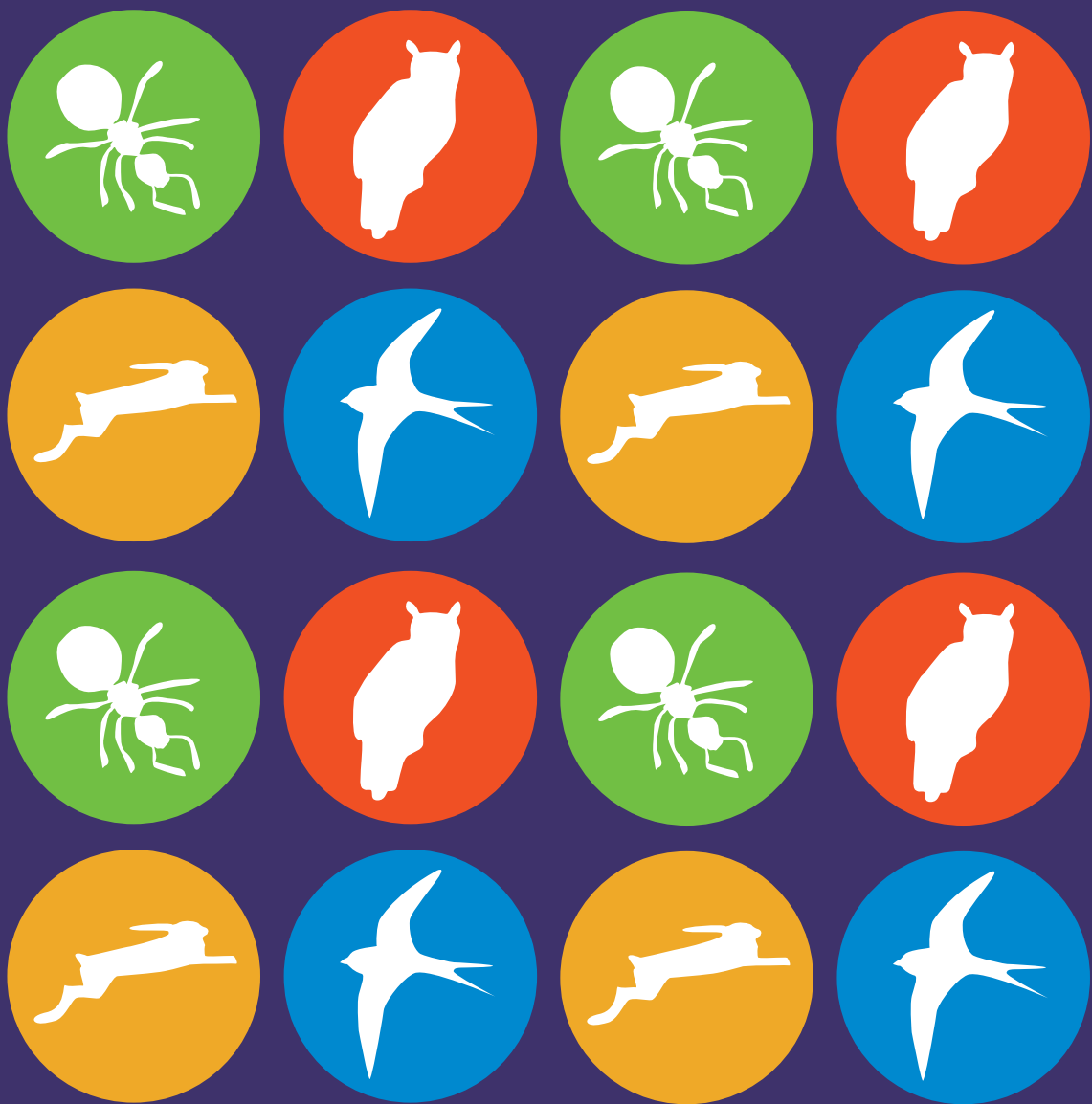
verblijf. De tweede stap is het vaststellen van de cliëntfactoren die de duur van het verblijf beïnvloeden en te bepalen voor hoe lang ze de basisduur van het verblijf verlengen of bekorten. Het uitvoeren van deze twee stappen is echter alleen zinvol als ook gekeken is naar de randvoorwaarden die het interne werkproces sturen. Bij de keuze welke van de randvoorwaarden aan te pakken kan gebruik gemaakt worden van de interventiematrix. Er kan direct begonnen worden met die factoren die enkelvoudig zijn en op korte termijn te realiseren!

Esther Geurts is orthopedagoog en in opleiding tot cognitief gedragstherapeut. Ze promoveerde in 2010 op het onderwerp: 'Ouders betrekken in de residentiële jeugdzorg.' Zij geeft trainingen, cursussen en advies over het werken met ouders vanuit de praktijk E-mail:info@opvoedenisbijzonder.nl

Literatuur

- Eijgenraam, K, Knaap, M., Strijbosch, E., Brandenburg.M. (2011). Handreiking vaststellen behandelduur. Pilot geplande behandelduur Tender. Utrecht: NJI
- Geurts, E.M.W., Knorth, E.J., Noom, M.J. (2007). Contextual, family-focused residential child and youth care: Preliminary findings from a program evaluation study. *Relational Child and Youth Care Practice*, 20, 46-58.
- Geurts, E.M.W. (2010). Ouders betrekken in de residentiële jeugdzorg. Een onderzoek naar inhoud en uitkomsten van contextgerichte hulpverlening. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Jansen, M.G., Oud, J.H.L. (1993). Residentiële hulpverlening geëvalueerd. Een onderzoek naar de ontwikkeling en het behandelingsverloop van residentieel opgenomen jeugdigen in Noord-Brabant. Eindrapport. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Instituut voor Orthopedagogiek.
- Jeugdzorg Nederland (2011). Branche-rapport jeugdzorg 2010. Utrecht Jeugdzorg Nederland.
- Knorth, E.J. (2005). Uithuisplaatsingen. In J. Hermanns, C. van Nijnatten, F. Verheij & M. Reuling (Red.), *Handboek Jeugdzorg. Deel 2; Methodieken en programma's* (pp 163-178). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Landsman, M.J., Groza, V., Tyler, M., Malone, K. (2001). Outcomes of family-centered residential treatment. *Child Welfare*, 80, 351-380.
- Lange, M. de, Dam, C. van, Dresen, C., Geurts, E.M.W., Knorth, E.J. (2011). Doorgaande zorg na JeugdzorgPlus. Effectieve zorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen. *Jeugd en Co Kennis*, 5, 8-18.
- Leathers, S.J. (2002). Parental visiting and family reunification: could inclusive practice make a difference? *Child Welfare*, 81, 595-616.
- Leichtman, M., Leichtman, M.L., Barber, C.C., Neese, D.T. (2001). Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 227-235.
- O'Malley, F. (1993). Short-term residential treatment of disturbed adolescents in a continuum of care. *Children and youth services review*, 15, 245-260.
- Pavkov, T.W., Goerge, R.M., Czapkowitz, J.G. (1997). Predictors of length of stay among youths hospitalized in state hospitals in Illinois. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 221-231.
- Pfieffer, S.I., Strzelecki, S.C. (1990). Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 847-853.
- Sourander, A. Helenius, H., Piha, J. (1996). Outcome of short-term child psychiatric hospitalization: teacher evaluation at 5 month and 12-month follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 204-211.
- Voets, J. & Michielsen, L. (2002). En wat vinden de ouders ervan? Over de effecten van oudertraining en andere ouderbegeleidende methodieken tijdens een residentiële behandeling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 27, 16-37.





**Resultaten en tips van
de Doorbraakteams**

Resultaten en tips van de Doorbraakteams

De teams die deelnamen aan Tijd voor Jeugd presenteerden tijdens de slotconferentie hun resultaten op posters. Deze staan (verkleind) weergegeven op de volgende pagina's.

De cijfermatige resultaten zijn gevisualiseerd in grafieken. Daarnaast geven de teams kort weer wat zij verbeterden, welke effecten dat had en geven zij tips voor teams die ook aan de slag willen met Tijd voor Jeugd.



Werksoort

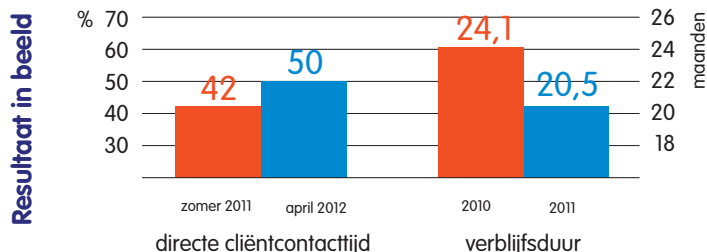
Residentiële behandeling

Hoofddoel

Verkorten behandelduur



resultaten tijd voor jeugd



Toelichting op de grafiek

1. Directe cliëntcontacttijd door werken met de laptop is met 20% verhoogd: rapportage is direct afgerond en ouders ervaren meer transparantie.
2. Resultaten verkorting residentiële behandeling zijn pas op termijn zichtbaar te maken. Tenders is al zichtbaar: verblijfsduur bij uitstroom in 2010 was 24,1 maanden, in 2011 20,5 maanden. Doel: verkorting met een jaar: een verdubbeling van de doorlooptijd en besparing van € 70.000 per casus. Invoering observatie periode in thuissituatie leverde al de volgende besparing op:
 - Voorheen: kosten 13 weken observatieperiode op behandelgroep
 - Observatie thuis: kosten 13,75 uur ambulant hulpverlener + 5 uur gedragswetenschapper

Top 3 verbeteringen

- Observatieperiode voor opname, waarmee behandeling gericht kan starten en daarmee verkort kan worden
- Trajectplannen, voor elk kind is het perspectief bepaald, daarmee verkorting behandelduur
- Laptop met internet verbinding. 20% meer DCCU

Top 3 positieve neveneffecten

- Voorkomt in sommige casussen uithuisplaatsing
- Duidelijk doel voor kinderen en netwerk om aan te werken
- Netwerk ervaart meer transparantie doordat men samen de afspraken opstelt

Top 3 randvoorwaarden

- Bij start observatie cliënt inschrijven (behandelgroep zwaar indicatie)
- Ruimte vanuit het management om te mogen/blijven experimenteren
- Voldoende technologische ondersteuning

Top 3 tips voor andere teams

- Multidisciplinair team samenstellen
- Ruimte nemen! durven! doen!
- Periodiek, plannen uitwerken. In ons geval 2-wekelijks



Werksoort

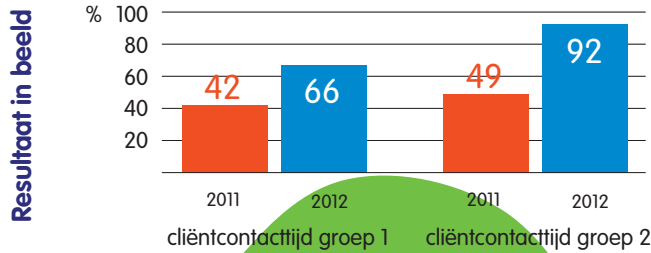
Residentiële jeugdhulpverlening

Hoofddoel

Bereiken van 20% meer cliëntcontacttijd



resultaten tijd voor jeugd



Toelichting op de grafiek

Groep 1 van 42% naar 66% cliëntcontacttijd. Een verbetering van 57%
Groep 2 van 49% naar 92% cliëntcontacttijd. Een verbetering van 88%

De doelstelling is daarmee op beide leefgroepen ruimschoots bereikt!

Top 3 verbeteringen

- Kantoor uit, groep op
- Vaste beltijden
- Groepsverslagen maken doe je samen

Top 3 positieve neveneffecten

- Meer tijd voor jongeren
- Werkplezier verhoogd
- Veiligheid toegenomen

Top 3 randvoorwaarden

- Heldere communicatie tussen managementteam en doorbraakteam
- Out of the box mogen denken
- Voldoende draagvlak

Top 3 tips voor andere teams

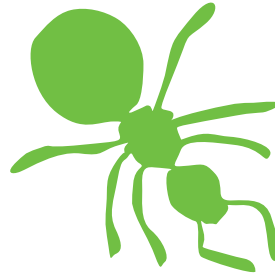
- Blijf positief en zet door
- Deel je succes met andere teams en de jongeren/cliënten
- Hou het simpel

Werksoort

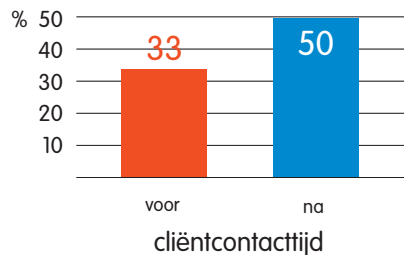
Dagbehandeling

Hoofddoel

Verhoging cliëntcontacttijd & meer Hulp op Maat



Resultaat in beeld



Toelichting op de grafiek

Onze cliëntcontacttijd is van 33% naar 50% gestegen! En... we zijn er nog niet. We gaan door naar de 60%! Daarnaast hebben we onze vergadertijd gehalveerd!!!

Voorheen bestond ons aanbod uit groepsbehandeling en ouderbegeleiding. In de extra tijd die we gecreëerd hebben bieden we nu ook trainingen, thuishulp, ondersteunen we een kind bij een club of onder schooltijd, organiseren we ouderbijeenkomsten etc.

Top 3 verbeteringen

- Onze cliëntcontacttijd (CCT) is verhoogd van 33% naar 50%
- We bieden de cliënt een gedifferentieerde behandeling: "Hulp op Maat"!
- Kind en ouders, kortom de cliënt is erg tevreden!

Top 3 positieve neveneffecten

- We werken nu professioneler en zijn zelfsturend!
- We kunnen meer in minder tijd en het voelt goed! Het werk is nu boeiender.
- Contact met de cliënt is intensiever geworden. Zowel met ouders als met kind is er een intensievere werkkrelatie!

Top 3 randvoorwaarden

- We mogen buiten de kaders denken, er is vertrouwen in ons als verbeterteam!
- We creëren hiervoor zelf praktische tijd en ruimte!
- Blijf zelf actief en spoor ook de ander hier op aan!!!

Top 3 tips voor andere teams

- Denk buiten de kaders. Blijf creatief en actief.
- Pak je kansen waar een situatie zich voordoet.
- Bedenk voor je team een (hoofd)doel en ga aan de slag. **Experimenteer!**

resultaten
tijd voor jeugd



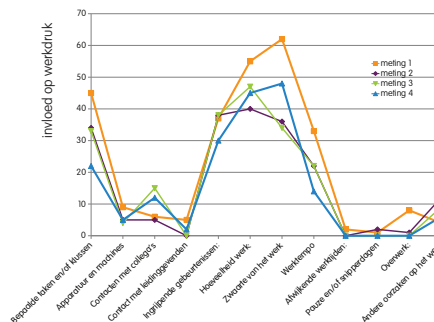
Werksoort

Combigroep

Hoofddoel

De door medewerkers ervaren werkdruk is gereduceerd tot niveau 1

Resultaat in beeld



Toelichting op de grafiek

Op de 5 meest genoemde werkdrukbronnen (zwaarte werk, hoeveelheid werk, bepaalde klussen, ingrijpende gebeurtenissen, werktempo) is een forse afname te zien tussen meting 1 en meting 4.

resultaten tijd voor jeugd

Top 3 verbeteringen

- De ervaren werkdruk is gereduceerd tot niveau 1: sporadische werkstress
- Er is in kaart gebracht welke taken er zijn door het jaar heen en de daarbij behorende verantwoordelijkheden zijn vastgelegd
- Er wordt minder en compacter gerapporteerd

Top 3 positieve neveneffecten

- Werkdrukbeleving van de combimedewerkers is afgenomen
- Het meer gericht zijn op het efficiënter indelen van de overhead tijd
- Het besef dat we het (al) goed doen als het gaat om onze zorg rondom de cliënt te organiseren rondom de cliënt

Top 3 randvoorwaarden

- Buiten de kaders mogen denken
- Integratie vraagt om meer dan anders organiseren het is een visie
- Analyse van huidige en toekomstige populatie noodzakelijk om bereikte effecten te borgen en ons voor te bereiden op de toekomst

Top 3 tips voor andere teams

- Maak de betrokken teams mede-eigenaar van het project
- Koppel de effecten van acties terug naar betrokken teams
- Ben ook tevreden met kleine resultaten en maak je doel haalbaar

Werksoort
LAG

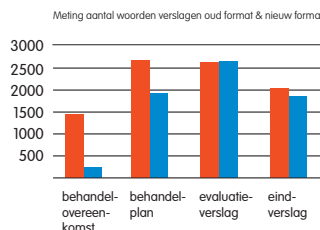
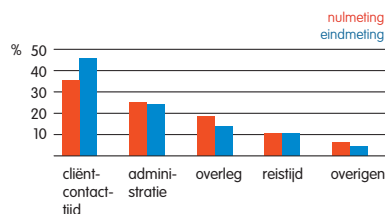
Hoofddoel

Meer cliëntcontacttijd, minder bureaucratie & meer Hulp op Maat



resultaten
tijd voor jeugd

Resultaat in beeld



Toelichting op de grafieken

Grafiek 1: 30% hogere cliëntcontacttijd. Tijd voor overleg, administratie etc. is afgenomen!

Grafiek 2: De sterke bekorting verslaglegging is nu alleen nog op behandelplan en overeenkomst behaald.

Een bekorting op overige verslaglegging vergt nog een verdergaande cultuuromslag.

Top 3 verbeteringen

- Formats hebben een verbetering en vereenvoudiging van de rapportage opgeleverd. Geen overtypwerk meer, geschreven voor de cliënt, en de verplichte prestatie-indicatoren zijn opgenomen in de rapportages
- Overall toegang tot digitaal dossier, niet meer altijd op kantoor je administratie bijwerken
- Samenwerking met Medisch Orthopedagogische Dagbehandeling (MOD)

Top 3 positieve neveneffecten

- Medewerkers hebben zelf de verbeterideeën aangedragen, uitgetoetst en gemeten
- Project heeft veel energie gegeven
- Uitrol doorbraakmethode in 2012 naar andere afdelingen in de organisatie

Top 3 randvoorwaarden

- Je mag experimenteren buiten bestaande kaders
- Projectleider van buiten het team
- Overall toegang tot digitaal dossier (Tokens)

Top 3 tips voor andere teams

- Geeft energie
- Maakt jaloers
- Moet je ook doen!



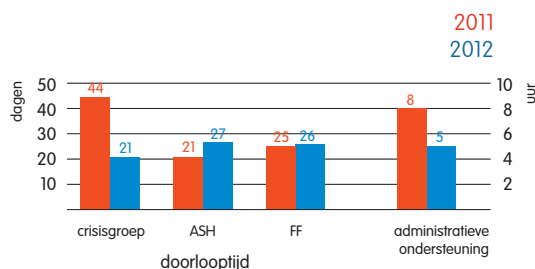
Werksoort

Crisisgroep en spoedhulp

Hoofddoel

Kortere crisisopname en eenvoudiger proces door 1 module, 1 cliënt en 1 cliëntenstroom

Resultaat in beeld



Toelichting op de grafiek

Slaafdiagram doorstroomtijd laat zien dat de verblijfsduur bij de crisisgroep is gehalveerd. De maximale duur van 28 dagen wordt nergens meer overschreden. De lichte stijging bij ambulante spoedhulp (ASH) wordt veroorzaakt door de registratie van vroegtijdig afgebroken trajecten in de eerste meetperiode.

Administratieve ondersteuning is in tijd afgenomen (van bijna 8 naar 5 uur) door de veranderingen in het handtekeningbeleid en het afschaffen van het startgesprek.

Top 3 verbeteringen

- Halvering opnametijd en toename capaciteit op crisisgroep door snelle inzet ambulant (binnen 72 uur)
- Mogelijkheden om onderweg te registreren en toegang tot dossiers buiten kantoor
- Aanpassing verslaglegging: korter en in verbeterde formats, vereenvoudiging handtekeningenbeleid

Top 3 positieve neveneffecten

- Effectiever/efficiënter werken, bijvoorbeeld in verslaglegging, afstemming en reistijd
- Verslaglegging minder belastend voor de cliënt: ze zijn korter en niet elke wijziging hoeft te worden bevestigd door ondertekening
- Enthousiasme bij de deelnemers aan het project: "we gaan er van kwispelen"

Top 3 randvoorwaarden

- Tijd, in de zin van tijd voor inruimen en in structuur zetten
- Een betrokken opdrachtgever en ruimte in de organisatie
- Een gemêleerd en betrokken gezelschap deelnemers en een toegevoegd projectleider met de ruimte om te ondersteunen

Top 3 tips voor andere teams

- Ga en blijf "out of the box" denken
- Claim/zorg voor ruimte om te experimenteren
- Doe dat gestructureerd, binnen vastgelegde routine en betrek iedereen

Werksoort

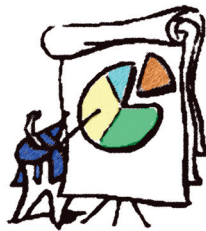
Residentiële groepen

Hoofddoel

- Binnen 1 jaar is de tijd die we besteden aan de (papieren) opname van jongeren op de kortverblijf groep met 50% gereduceerd
- Binnen 1 jaar is de tijd dat we daadwerkelijk in de groep contact hebben met de cliënten met 25% verhoogd



resultaten
tijd voor jeugd



Er is tijd vrij gekomen.

Top 3 verbeteringen

- Ontwikkeling van schema; dagelijkse structuur
- Ontwikkeling schema activiteiten
- Ontwikkeling in opname/intake beleid

Top 4 positieve neveneffecten

- Methodisch werken
- Vraaggestuurd werken
- Ontwikkeling medewerkers
- Ontwikkeling cliënten

Top 3 randvoorwaarden

- Gezond pedagogisch basisklimaat
- Geschoold personeel
- Duidelijk plan van aanpak binnen de hele organisatie (Plan – Do – Check – Act)

Top 3 tips voor andere teams

- Duidelijke communicatie door alle lagen heen
- Handhaven van een duidelijke structuur (veilig basisklimaat)
- Hanteren van korte duidelijke lijnen



Werksoort

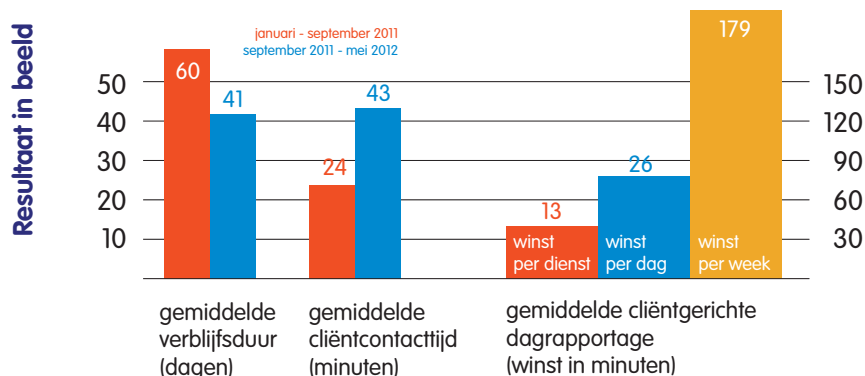
Crisisopvang

Hoofddoel

Verkorten doorstroomtijd



resultaten tijd voor jeugd



Top 3 verbeteringen

- Werk rooster anders vormgeven, hierdoor meer cliëntcontacttijd
- Dagrapportage format aanpassen; doelgerichter en korter rapporteren
- In kaart brengen van gewenste/ideale zorgvorm

Top 3 positieve neveneffecten

- Einde 'tijd voor jeugd' is niet het einde van doorbraak in de organisatie
- Medewerkers participatie groeit
- Ideeën kunnen in praktijk gebracht worden

Top 3 randvoorwaarden

- Voldoende personeel en tijd inzet
- Divers doorbraakteam, medewerkers uit diverse functies vertegenwoordigd
- Beschikking over middelen om in te zetten

Top 3 tips voor andere teams

- Elk idee, hoe klein of gek dan ook kan leiden tot een verbetering
- Blijf doorgaan met verbeteren
- Cliënten kunnen een rol spelen in de verbeteringen

Werksoort

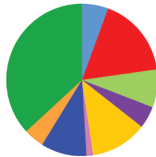
Kamertrainingscentrum (KTC)

Hoofddoel

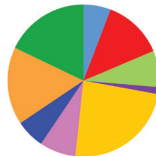
Het vergroten van de betrokkenheid bij, en het inzicht in het leerproces en traject van de jongere tijdens het verblijf op het KTC.

Resultaat in beeld

juni-september 2011



februari-maart 2012



1. veranderende relatie in gezin/familie
2. gezondheid en uiterlijk (evl. medicatie)
3. omgaan met vrije tijd
4. intimiteit en seksualiteit een plek geven
5. onderwijs en/of werk
6. vriendschappen en sociale contacten opbouwen en onderhouden
7. financiën en omgaan met autoriteiten en instanties
8. creëren en onderhouden van een eigen woonsituatie
9. overig

Toelichting op de grafiek

- De meting betreft contactmomenten met jongeren per ontwikkelingstaak
- Het resultaat is een verschuiving van aandacht in ontwikkelingstaken en een meer doelgerichte (op ontwikkelingstaken gerichte) inzet van Client Contact Tijd
- Het resultaat dat er niet meer Tijd voor Jeugd uit voort is gekomen wil niet zeggen dat het kwalitatief minder Tijd voor Jeugd zou zijn

Top 3 verbeteringen

- Rapportages over jongeren zijn gericht op hun persoonlijke ontwikkelingen
- De behandeling van jongeren is meer gericht op de inhoudelijke ontwikkeling van jongeren en minder op beheersing
- De behandeling van jongeren is maatwerk geworden

Top 3 positieve neveneffecten

- Het werken met de ontwikkelingstaken geeft voor de pedagogisch medewerker meer inzicht en grip op het ontwikkelingsproces van een jongere.
- Nieuw projectactiviteit (1): onderzoek van studenten van de Hogeschool Utrecht, Faculteit Communicatie en Journalistiek over de interne digitale communicatie van ons Kamertrainings-centrum. De resultaten van dit onderzoek vindt u bij deze kraam!!!
- Nieuw projectactiviteit (2): een door het management goedgekeurde opdracht voor het maken van een promo/inspiratiefilm die tot stand gaat komen met jongeren van het Kamertrainings-centrum. De korte film is bedoeld om jongeren te informeren en te inspireren om zich aan te melden voor het traject op De Kade. Daarnaast is het bruikbaar als extern PR-materiaal.

Top 3 randvoorwaarden

- Inspiratie, passie, inzet, humor, kritiek en professionaliteit van je team en collega's
- Ruimte en tijd krijgen van het management
- Ruimte en tijd creëren in het team waar je werkt (je "open stellen" voor andere ideeën)

Top 3 tips voor andere teams

- Neem de tijd voor een veranderingsproces, veranderen doe je namelijk niet iedere dag
- Durf te experimenteren, durf het anders te doen, durf fouten te maken en laat beheersing los
- Uitleggen en kritisch blijven waarmee je bezig bent

resultaten
tijd voor jeugd

Werksoort

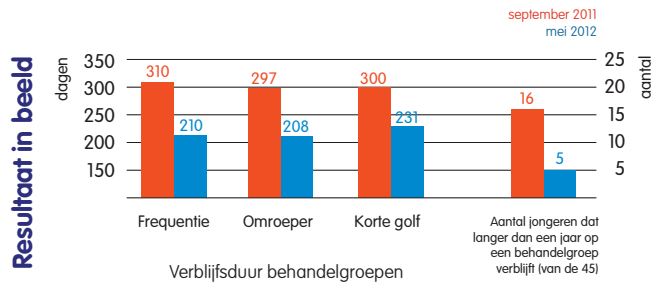
Residentiële observatie en behandeling

Hoofddoel

Groepsverkleining mogelijk maken door doorlooptijden te verkorten en doelrealisatie te verhogen



resultaten tijd voor jeugd



Toelichting op de grafiek

In september 2011 en in mei 2012 zijn de start- en einddatum van de 15 meest recent afgesloten dossiers van de 3 behandelgroepen (Frequentie, Omroeper, Korte Golf) in kaart gebracht (totaal N=45). Uit deze metingen blijkt dat de gemiddelde verblijfsduur per groep is afgenomen (1^{ste} 3 grafieken links). Dit lijkt met name te komen doordat het aantal jongeren dat langer dan een jaar op een behandelgroep verblijft flink is afgenomen (grafiek rechts). NB: dezelfde meting is uitgevoerd voor de groep De Zender. Deze gegevens bleken minder bruikbaar voor een grafiek, omdat dit een groep is met zowel observatieplekken als behandelplekken.

Top 3 verbeteringen

De gemiddelde verblijfsduur op de behandelgroepen is afgenomen (zie grafieken). Dit komt o.a. door het invoeren van:

- Gericht rapporteren op leerdoelen
- In de hulpverleningsplanning vindt HVP-1 eerder plaats, de tussenevaluatie is afgeschaft
- HVP-besprekingen worden minder verzet

Top 4 positieve neveneffecten

- Er is meer tijd voor de jongeren ontstaan
- Vanuit ieder team zit er iemand in het verbeterteam. Dit heeft geleid tot meer verbinding en samenwerking tussen de teams
- De bottom-up werkwijze heeft ervoor gezorgd dat medewerkers zich beter gehoord voelen en meer betrokken raken bij de organisatie. De organisatie staat open voor nieuwe ideeën
- Omdat er ruimte is om onderwerpen te onderzoeken en aan te pakken, kom je beter tot de kern

Top 3 randvoorwaarden

- Ruimte vanuit de organisatie om te experimenteren, van directie tot directe collega's
- Tijd om te werken aan PDSA's en de uitvoering daarvan
- Aandacht voor de borging en verspreiding van succesvolle verbeterideeën

Top 3 tips voor andere teams

- Sta open voor nieuwe ideeën, heb het lef om het anders te doen
- Zorg ervoor dat verschillende disciplines in het verbeterteam zitten
- Laat je directe collega's meedenken en neem hun ideeën mee in het project (draagvlak)

Werksoort Ambulant

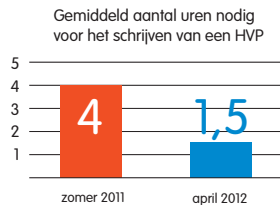
Hoofddoel

Verhogen van de directe cliëntcontacttijd
en cliëntgebonden tijd door tijd rondom
het schrijven van HVP's te verminderen



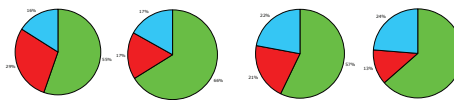
resultaten tijd voor jeugd

Resultaat in beeld



Verdeling geregistreerde directe-/indirecte-/reistijd

Almere: mei 2011 Almere: april 2012 Lelystad: mei 2011 Lelystad: april 2012



Groen = directe tijd (CCT + CGT)
Rood = indirecte tijd (CCT + CGT)
Blauw = reistijd

Toelichting op de grafieken

Hoofddoelstelling was het verhogen van de directe cliëntcontacttijd (CCT) en de directe cliëntgebonden tijd (CGT) door tijd rondom het schrijven van hulpverleningsplannen (HVP) te verminderen. De grafieken laten zien dat het verbeterteam hierin is geslaagd: grafiek 1 laat de tijdswinst zien die het gebruik van een verkort HVP-format oplevert. Grafiek 2 betreft de geregistreerde tijd van beide ipl-teams en laat voor beide teams een toename in directe CCT en CGT zien t.o.v. mei 2011.

Top 4 verbeteringen

- De directe cliëntcontacttijd en direct cliëntgebonden tijd is toegenomen in beide teams
- Verkort Hulpverleningsplan (ander format)
- Meer kwaliteit in minder tijd
- Meer tijd voor verdieping en uitwisseling van kennis

Top 4 positieve neveneffecten

- Een vernieuwde denkwijze, de grondhouding is veranderd: denken in oplossingen i.p.v. in problemen, meer creativiteit en buiten de kaders denken, positief kritische houding.
- Verbeterde samenwerking met het secretariaat
- De werkwijze is cliëntvriendelijker
- Meer werkplezier bij het schrijven van een HVP

Top 3 randvoorwaarden

- Steun van de organisatie en ruimte en tijd om te experimenteren
- Een coördinator die specifiek wordt aangesteld om dit proces te ondersteunen
- Voldoende mensen in het team om het te kunnen dragen en uitdragen

Top 3 tips voor andere teams

- Werk in kleine stappen. Er moet eerst een veranderingsslag gemaakt worden in het denken. Vanuit de kleine stappen ontstaat een doorbraak.
- Neem de tijd, maar blijf in beweging. Blijf met het project bezig, in welke vorm dan ook. Blijf waakzaam.
- Werk samen, deel ervaringen en geef elkaar nieuwe input, zodat de energie erin blijft en je elkaar enthousiast kunt houden. Maak zichtbaar wat je doet en wat de resultaten zijn.

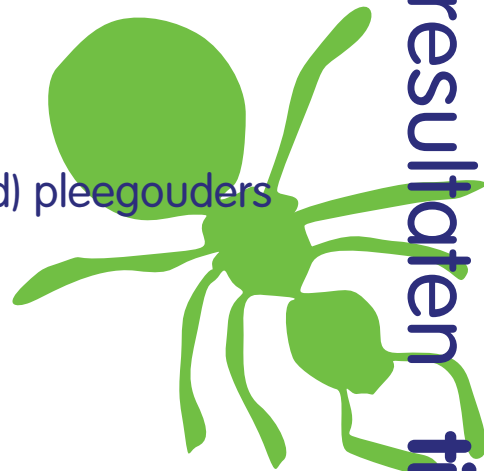


Werksoort

Servicepunt Pleegzorg

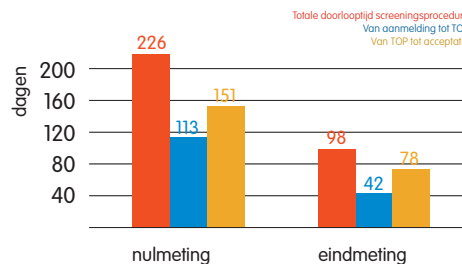
Hoofddoel

Screening van aspirant (bestand) pleegouders bekorten



resultaten
tijd voor jeugd

Resultaat in beeld



Toelichting op de grafiek

De gemiddelde doorlooptijd van schriftelijke aanmelding tot aan TOP is versneld van 113 naar 42 dagen. De doorlooptijd van TOP tot aan acceptatie van 151 naar 78 dagen. Een totale verbetering van 128 dagen = 56,6%.

TOP staat voor Training en Ondersteuning van Pleegouders (voorbereidingsprogramma)

Top 3 verbeteringen

- Klantvriendelijk proces door planmatige opzet en betrokkenheid van 1 medewerker tijdens het screeningstraject
- Werkprocessen zijn versimpeld en in elkaar geschoven
- Terugdringen van dubbelchecks in de acceptatie- en matchingsprocedures

Top 3 positieve neveneffecten

- Tevreden pleegouders
- Door bekorting screeningsprocedure: meer beschikbare pleeggezinnen voor matching waardoor kinderen eerder geplaatst worden
- Taak m.b.t. acceptatie zorgaanpak verschuift naar andere afdeling

Top 3 randvoorwaarden

- Toestemming en draagvlak van het management voor innovatieve experimenten
- Helderheid in kerntaken afdeling geeft prioritering en taakafbakening
- Effectieve administratieve ondersteuning, door centrale registratie en vereenvoudiging van administratieve stappen

Top 3 tips voor andere teams

- Standaardisatie en planmatig organiseren geeft betere doorloop en verhoging cliëntencontacttijd
- Benutting van eigen kracht medewerkers geeft grootste kans op slimmere inrichting werkprocessen
- Houd overzicht en monitor de resultaten

Werksoort

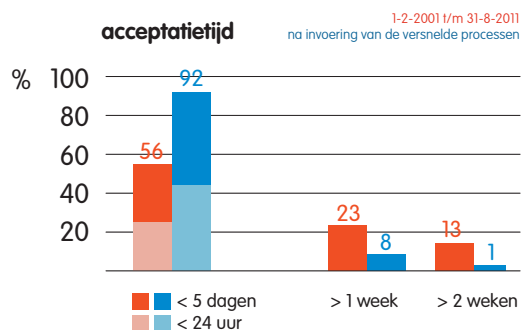
Toegang

Hoofddoel

Het acceptatieproces versnellen

resultaten tijd voor jeugd

Resultaat in beeld



Toelichting op de grafiek

De acceptatietijd is sterk verbeterd. Veel meer cliënten worden binnen 24 uur geaccepteerd, en de afgesproken termijn van 5 werkdagen wordt nog nauwelijks overschreden.

De zorgaanspraken die in dit project zijn meegenomen betreffen alle zorgaanspraken ambulant, dagbehandeling en 24-uurs zorg. Pleegzorg is buiten beschouwing gelaten.

Top 3 verbeteringen

- Wijziging logistieke routing en scheiding inhoudelijke en administratieve taken
- Dagelijks consulteren van gedragswetenschapper bij ingewikkelde casuïstiek
- 'Lead' interne cliënten doorstroom verschuift naar interne zorg coördinator

Top 3 positieve neveneffecten

- 1 aanspreekpunt 'compleetheid zorgaanspraken' geeft duidelijkheid en voorkomt herhaling
- Casuïstiek overleg (voorheen 1 dagdeel in 14 dagen) is overbodig
- Complexe problematiek wordt in vooroverleg besproken en afgestemd

Top 3 randvoorwaarden

- Draagvlak binnen management en team
- Taakafbakening heeft invloed op urenverdeling
- Kennis ortho-psiatrie verbreden om acceptatieproces te versnellen (verklaring van de 1%)

Top 3 tips voor andere teams

- Juiste taakafbakening geeft verhoging cliëntencontacttijd en doorloopsnelheid!
- Aandacht voor borging nieuwe werkwijzen
- Blijf vrije ruimte claimen om vernieuwingslagen aan te gaan

Werksoort

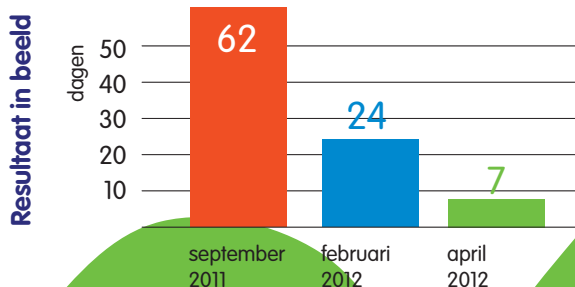
Ambulant team regio KOP

Hoofddoel

Doorlooptijd van acceptatie tot aan start zorg versnellen



resultaten tijd voor jeugd



Toelichting op de grafiek

Doorstroming van acceptatie cliënt tot start ambulante hulp is versneld van 62 naar 7 werkdagen.

Omdat sinds februari 2012 jeugd en gezinsmedewerkers (J&G-er) worden ingezet, zijn twee metingsmomenten gekozen:

- a. Meting van alleen de interne versnelde processen
- b. Meting van interne versnelling plus inzet van de J&G-er

Top 3 verbeteringen

- Afstemmingsgesprek = start hulp. Regievoering door 1 hulpverlener voorkomt ruis in informatie-overdracht en communicatie
- Klantvriendelijker door het gehele traject 1 hulpverlener (= zorgcoördinator = aanspreekpunt) aan 1 gezin te koppelen
- Eenduidig registratiesysteem

Top 3 positieve neveneffecten

- Naast trajectbegeleiding ook trajectadministratie
- Generalistische inzet van ambulant werkers zorgt voor ontschotting ambulante afdelingen
- Medewerkers beschikken over complete 'toolbox', alle kennis in eigen leergroep voorhanden

Top 3 randvoorwaarden

- Goed computernetwerk
- Goede matching bij start, rekening houdend met vraag klant en talenten van werkers
- Deskundigheidsbevordering

Top 3 tips voor andere teams

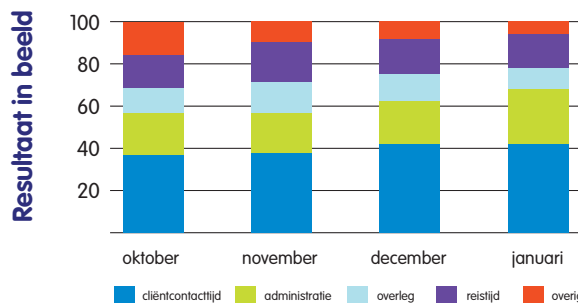
- Check intern of er nog meer medewerkers met hetzelfde onderwerp bezig zijn
- Toestemming en draagvlak van het management voor innovatieve experimenten
- Lange adem...

Werksoort

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling

Hoofddoel

De cliëntcontacttijd is vergroot door de caseload te verhogen en de bureaucratie te verminderen. Streven is om CCT tijd van 35% naar 50% te krijgen.



Toelichting op de grafiek

De grafiek geeft de ontwikkeling in CCT in de periode oktober '11 tot en met januari '12 weer. De periode daarna is niet representatief i.v.m. de organisatieveranderingen (ombouw naar regio teams).

Onze 0-meting is 35% cliëntcontacttijd en gebaseerd op de meting binnen de organisatie. In onze metingen is zichtbaar geworden dat aan de hand van verbeteringen de cct tijd verhoogd is tot 42%.

Top 3 verbeteringen

- Mobiele werkplek d.m.v. werken met tablets/laptops.
- De afdeling Ondersteuning meer betrekken bij administratieve handelingen (versturen van vragenlijsten/inplannen eerste 4 huisbezoeken/uitnodigingen cursussen e.d.).
- Beter Time-management (e-mail meteen wegwerken/huisbezoeken vooruitplannen/registreren tijdens huisbezoeken/efficiënter inplannen).

Top 3 positieve neveneffecten

- Cultuuromslag binnen het gehele IAG-team. Oude patronen doorbreken door te ervaren dat het ook anders kan.
- Door samen met de cliënt te registreren wordt de cliënt meer eigenaar van zijn eigen proces en zijn dossier. Dit bevordert de hulpverlening.
- De hulpverleners ervaren meer rust in hun werkzaamheden.

Top 3 randvoorwaarden

- Gemotiveerde projectleden
- Voldoende draagvlak vanuit de instelling
- Optimaal faciliteren in personeel, ICT e.d.

Top 3 tips voor andere teams

- Leg een kritisch vergrootglas op bestaande processen
- Laat meerdere disciplines meekijken
- Durf te veranderen

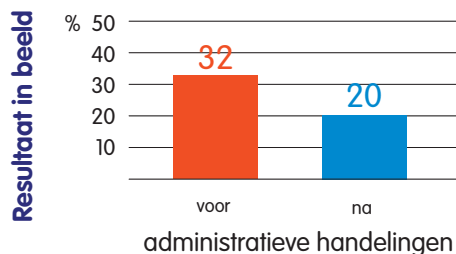
resultaten
tijd voor jeugd

Werksoort

Pleegzorg In-Zicht

Hoofddoel

- 1A. In juni 2012 bestaat de begeleiding die een pleegzorgwerker biedt, vanaf de start van de hulp tot het einde van de hulp, uit 55% cliëntcontacttijd (cct) en inhoudelijk overleg.
- 1B. In juni 2012 bestaat 10% van het totale werk van de projectleden uit professionalisering.
2. In juni 2012 is er bij 5 reguliere pleegzorg casussen 1 hulpverlener, face to face, verbonden na doorstroom van de coördinator team toegang.



Toelichting op de grafiek

De tijd besteed aan administratieve handelingen is afgenomen van 32% naar 20%.

Top 3 verbeteringen

- Vereenvoudigen/efficiënter maken van formulieren en POBP (pleegouderbegeleidingsplan)
- 1 cliënt, 1 hulpverlener
- Het nieuwe werken, gefaciliteerd met een tablet

Top 3 positieve neveneffecten

- Het breed introduceren van social media
- Denken in efficiëntie en hiernaar handelen
- Versnelling van veranderingen in processen gedragen door de gehele organisatie

Top 3 randvoorwaarden

- Mandaat hebben
- Ruimte hebben in de vorm van tijd
- Voorzien in middelen

Top 3 tips voor andere teams

- Blijf denken in efficiëntie
- Doe vandaag wat vandaag kan
- Kom uit de comfortzone. Heb je een idee, doe er wat mee!

resultaten
tijd voor jeugd

Werksoort

Crisisopvang

Hoofddoelen

1. Binnen 12 maanden is de doorlooptijd van de cliënt korter met een verblijf van maximaal 8 weken.
2. Binnen 12 maanden is de regeldruk lager, zodat er meer cliëntcontacttijd is.



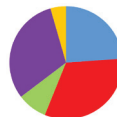
Resultaat in beeld



9-12-2011



13-1-2012



1-3-2012



14-5-2012

• cliëntcontact
• administratieve handeling
• overleg
• groepscontact
• overigen

Toelichting op de grafieken

Verblijfsduur en perspectief crisisopvang de Opper

Vanaf 1 januari 2012 tot 14 mei 2012 verbleven er totaal 53 jongeren op de crisisopvang (41 reguliere plaatsingen en 12 noodbedplaatsingen van één nacht of één weekend). Van de 41 reguliere plaatsingen hebben 17 jongeren gebruik gemaakt van één crisistermijn, 24 jongeren hebben gebruik moeten maken van een periode kort verblijf (=verlenging). Slechts in 12 van de 41 gevallen is het perspectief van de jongere terug werken naar huis. In 5 gevallen is dit doel gerealiseerd. In 3 gevallen is dit doel niet (volgens plan) gerealiseerd. 4 jongeren verblijven nu nog op de groep. In alle andere gevallen (29) gaat het om overbruggingsplaatsen waarbij jongeren wachten op een plaatsing op bijvoorbeeld een leef- of behandelgroep (intern of extern).

Vanaf 1 april 2012 gelden er nieuwe plaatsingstermijnen en regels op de crisisopvang. Er wordt nu nog maximaal 4 weken crisisopvang geboden (ipv 8). Hierna kan er nog maximaal 12 weken overbrugging worden geboden. Over eventuele resultaten valt nu helaas nog weinig te zeggen.

Top 3 verbeteringen

- Constante aanwezigheid pm-er op de groep
- Verbeterde aanmeldprocedure
- Verbeterde interne communicatie (doorbraakbord, communicatie scholen, etc.)

Top 3 positieve neveneffecten

- Minder conflicten binnen cliëntgroep, daardoor minder administratieve handelingen
- Nieuwe inzichten in mogelijkheden tot verandering
- Kennis is verbreed en wordt meer uitgewisseld, zowel intern als extern

Top 3 randvoorwaarden

- Optimale communicatie 'vloer' & 'top'
- Tijd & ruimte creëren voor pm-ers
- Heldere en duidelijke taakverdeling binnen DB-team

Top 3 tips voor andere teams

- Neem een kijkje in 'andere keukens' door werkbezoeken af te leggen.
- Implementeer een 'Doorbraakbord' om ideeën te delen
- Zorg voor een goede balans tussen de betreffende deelnemers van het DB-team

resultaten
tijd voor jeugd



Werksoort

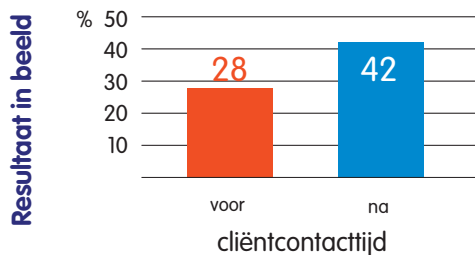
Ambulant Pedagogische Gezinsbegeleiding

Hoofddoelen

Verhogen van CCT en verkorten van behandelduur



resultaten tijd voor jeugd



Toelichting op de grafiek

De gegevens uit ons registratie systeem zijn als volgt:
Behaalde CCT in eerste 8 maanden van 2011: 4187 uur
In de 8 maanden waarin we m.b.v. de Doorbraakmethode hebben gewerkt is de CCT: 6372 uur
Dat geeft een stijging van 2185 uur (52%) Client Contact Tijd (CCT)

Uitgedrukt in percentages betekent dit een verhoging van het aandeel CCT over het totaal aantal te bestede uren van 28% naar 42%.

Top 3 verbeteringen

- Verslag leeg meenemen naar de cliënt
- Cliënten bij start van de hulp standaard een passende training aanbieden. Hierin ook de cliënten van de wachtlijst meenemen
- Afspraken maken voor een langere periode

Top 3 positieve neveneffecten

- De cliënt is meer verantwoordelijk voor het eigen proces
- Het gestructureerd aanbieden van de basisvaardigheden voor de opvoeding in de training, beïnvloedt de individuele ouderbegeleiding
- Door vooruit plannen van afspraken wordt het inzichtelijk hoeveel CCT er op termijn gemaakt wordt

Top 3 randvoorwaarden

- Laptop om bij de cliënt thuis te rapporteren en verslag te maken
- Voldoende en flexibel inzetten van trainers
- Tijd en vaardigheden hebben om te plannen en te structureren

Top 3 tips voor andere teams

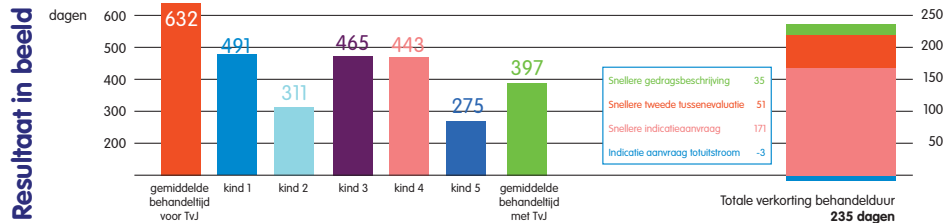
- Beschrijf de voortgang van de doelen in drie tot vijf stappen
- Balans houden in aansluiten en zakelijkheid
- Zorg voor het op orde zijn van administratieve handelingen, die bij aanvang van de hulpverlening geregeld kunnen zijn

Werksoort

Structuurgroep dagbehandeling 0-7

Hoofddoelen

Verkorten van de behandelduur



Toelichting op de grafieken

Grafiek 1: Deze grafiek geeft de gemiddelde behandelduur weer voor Tijd voor Jeugd (632 dgn) ten opzichte van de kinderen die behandeld zijn tijdens Tijd voor Jeugd (gemiddeld 397 dgn). De gemiddelde behandelduur is met 235 dagen verkort.

Grafiek 2: Deze grafiek geeft weer welke behandelstappen hebben geleid tot de verorting. Zichtbaar wordt dat een snellere indicatieaanvraag de behandelduur met 171 dagen heeft verkort.

Top 3 verbeteringen

- Verkorting behandelduur
- Opzet gestandaardiseerde behandeldoelen
- Denkwijze Tijd voor Jeugd

Top 3 positieve neveneffecten

- Geen wachtlijst
- Pro actieve houding ten aanzien van de behandeling
- Intensievere samenwerking

Top 3 randvoorwaarden

- Voldoende aanmeldingen
- Continuïteit
- Gedragenheid

Top 3 tips voor andere teams

- Betrekken van directe collega's
- Hou de vaart erin!
- Faciliteren

resultaten
tijd voor jeugd



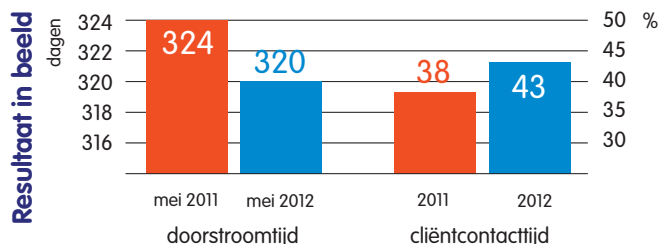
Werksoort

Ambulant

Hoofddoelen

Verhogen cliëntcontacttijd en hogere doorstroom

resultaten tijd voor jeugd



Toelichting op de grafiek

Onze cliëntcontacttijd is toegenomen met 16%. Het effect op de doorstroomtijd is op dit moment nog niet goed te meten. Enerzijds omdat de meeste behandeltrajecten "nieuwe stijl" nog niet zijn afgerond. Anderzijds omdat we door onze nieuwe manier van werken minder vroegtijdig afgebroken behandelingen hebben. Bij berekening van een gemiddelde zal de behandelduur daardoor in eerste instantie juist stijgen.

Top 3 verbeteringen

- Meer gezinnen krijgen de juiste zorg door het opstellen en invoeren van aanmeldcriteria.
- Het bieden van maatwerk, variabele zorg. Intensiteit en duur behandeling afgestemd op situatie ouders/verzorgers.
- Zakelijker gaan denken en handelen. Afspraken gaan altijd door – op tijd beginnen en eindigen – goed plannen.

Top 3 positieve neveneffecten

- Tevredenheid medewerkers, meer gezinnen kunnen worden geholpen en minder teleurstelling voor beide partijen. Inzicht gekregen in contra-indicaties.
- Beide partijen hebben dezelfde verwachting van de behandeling. Ouders/verzorgers hebben sneller hun doelen bereikt.
- Cultuurverandering, we willen onze werkwijze kritisch bekijken en zo mogelijk verbeteren.

Top 3 randvoorwaarden

- Werken aan je eigen veranderingswensen op de werkvloer.
- Draagkracht van bestuurder/directie en MT.
- Voldoende tijd van organisatie krijgen om hier goede invulling aan te geven.

Top 3 tips voor andere teams

- Behandeling via Skype
- Huisbezoeken: op de scooter langs de file
- Ouders schrijven zelf hun verslagen

Werksoort

Naschoolse Dagbehandeling

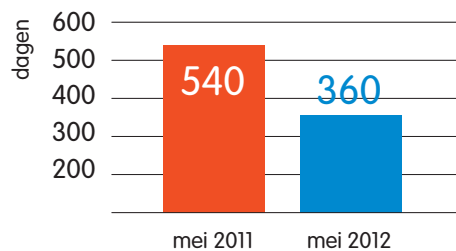
Hoofddoel

De behandeling wordt binnen 10 maanden na indicatie door BJZ afgerond (met een maximale uitloop naar 12 maanden)



resultaten tijd voor jeugd

Resultaat in beeld



Toelichting op de grafiek

Door de verbeteringen die wij toepasten hebben we de (geplande) behandelduur van de kinderen die nu op de groep zitten teruggebracht naar gemiddeld een krap jaar. Dit is een verkorting van de behandelduur met 180 dagen:

ruim 30%!

Top 3 verbeteringen

- Na start zorg direct traject plannen: beginnen bij het einde. Direct starten met interventies
- Rapportertijd per pedagogisch medewerker verminderd van 30 min. > 10 min. per dag
- Vergadertijd per kind verminderd van 30/45 min. > 10 min.

Top 3 positieve neveneffecten

- We kunnen beter voldoen aan wat Provincie eist (korte, effectieve behandeling bieden)
- Tijdbesparing t.g.v. verbeteringen komt ten goede aan kinderen/ouders
- Meer werkplezier door vernieuwend denken en positief resultaat daarvan

Top 3 randvoorwaarden

- Toestemming van het MT om buiten de kaders te mogen denken en handelen
- Uitgangspunt/doel is altijd en alleen: cliënt met hulpvraag
- Houd je aan wat je afspreekt en maak gebruik van PDSA en andere hulpmiddelen zoals timer

Top 3 tips voor andere teams

- Durf te experimenteren (bedenk: "hoe kan het anders?")
- Plan het traject van start tot einde zorg (beginnen bij het einde)
- Zet kleine stapjes m.b.v. PDSA-tjes

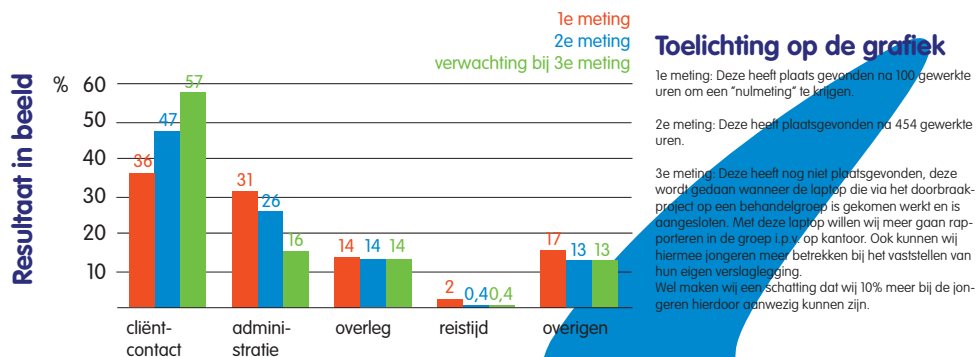


Werksoort

Behandelteam voor jongeren met autisme

Hoofddoel

Meer aandacht en energie bij de jongere, groepsleiding is fysiek meer op de groep aanwezig waardoor groei naar minder zorg sneller realiseerbaar is, en de doorstroomtijd van 664 dagen naar 540 dagen gaat.



Top 3 verbeteringen

- Ons zorgaanbod is flexibeler en meer op maat
- De gehele behandeling is meer gericht op doelen, afspraken en perspectief
- Het team heeft meer tijd voor jeugd

Top 3 positieve neveneffecten

- De mindset van medewerkers is actief gericht op "terug naar huis"
- Het team is enthousiast voor vernieuwing
- Het Doorbraakproject heeft een bijdrage geleverd aan bottom-up denken binnen de organisatie

Top 3 randvoorwaarden

- Een stabiel, kwalitatief kundig team met weinig wisselingen in personeel
- Draagvlak binnen de organisatie voor het Doorbraakproject
- Een goed werkend ICT-systeem

Top 3 tips voor andere teams

- Durf als team "out of the box" te denken over verbeterideeën
- Zoek aanjagers in het team om vernieuwing op gang te brengen en over te dragen op collega's
- Doen!

resultaten
tijd voor jeugd

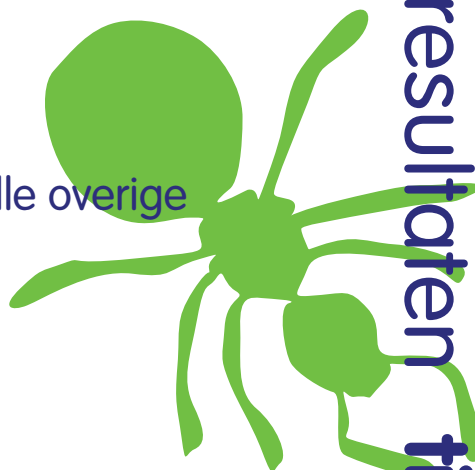
Werksoort

Langdurige en crisispleegzorg

Hoofddoel

Cliëntencontacttijd neemt toe, alle overige werkzaamheden nemen af

resultaten tijd voor jeugd



Top 3 verbeteringen

- Vergadertijd ingekort en effectiever ingericht
- Pleeggezinnen effectiever toedelen aan de werkers
- Rapportage effectiever inrichten en een eenduidige handleiding samenstellen

Top 3 positieve neveneffecten

- Meer tijd over voor de cliënt
- Bewuster van lopende lijnen binnen je organisatie
- Stimuleert managers om bottom up denken meer serieus te nemen

Top 3 randvoorwaarden

- Interne projectleider die bevoegdheden heeft binnen de organisatie
- Complete samenstelling van de projectgroep (van elke discipline één)
- Samenhang tussen de verschillende projectgroepen binnen de organisatie

Top 3 tips voor andere teams

- Zorg voor een gemotiveerde projectgroep (met name projectleider)
- Denk niet te groot
- Durf risico's te nemen



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 50 gemeenten. Was projectleider Tijd voor Jeugd en 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 kinder- en jeugdpsycholoog 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 Doorbraakadviseur, werkzaam als programmanager 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 bestuurslid 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 doorbraakprojecten (waaronder Versnelling in de jeugd-ggz, Werken Zonder Wachten en op Eigen Benen Vooruit!). Ook participeert zij in het Netwerk Klinische Paden. Sinds 2010 is zij betrokken bij de introductie van de productive series in Nederland. Een programma dat zich richt op het invoeren van lean management principes in de gezondheidszorg. Haar aandachtsgebieden zijn patiëntenlogistiek en implementatie.

Loes Schouten (1966), verpleegkundige en gezondheidswetenschapper, is managing consultant bij het CBO. Zij heeft ruim 15 jaar ervaring met implementatie- en verandertrajecten in de zorgsector en heeft diverse publicaties op haar naam staan. Zij leidt diverse landelijke Doorbraakprojecten en kwaliteitsprogramma's, verzorgt trainingen en workshops op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Eind 2010 promoveerde zij cum laude op een onderzoek naar de (kosten) effectiviteit van de Doorbraakmethode. In het project Tijd voor Jeugd adviseerde zij teams bij de vertaling van innovaties in praktische oplossingen voor de praktijk.

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 Tijd voor Jeugd en Versnelling in de jeugd-GGZ. Eerder begeleidde zij ook Doorbraakteams binnen de Bureaus jeugdzorg en de Advies en meldpunten kindermishandeling.

De zorg voor jeugd is volop in beweging en deze transitiefase biedt kansen. Kansen om de zorg voor jeugd slimmer te organiseren, regelarm te werken, de tijd die professionals daadwerkelijk aan cliënten besteden te vergroten en de doorlooptijden te verkorten. Met deze praktijkgids in de hand is dat mogelijk!

Tijd voor Jeugd bevestigt dat medewerkers vol goede ideeën zitten en er een grote betrokkenheid is om het werk zo efficiënt mogelijk in te richten. Hulpverleners zijn experts op het gebied van verandering, dit doen ze namelijk dagelijks in gezinnen en voor jeugdigen.

Jeroen van Oijen, Directeur Behandelingen van Jeugdhulp Friesland

Voor mij als bestuurder is het vertrouwen in medewerkers gegroeid. Ik heb gezien en ervaren dat Tijd voor Jeugd medewerkers enorm veel energie oplevert, omdat hun verbeteracties direct effect hebben voor de klant.

Josje Bootsma, bestuurder TriviumLindhof

Door Tijd voor Jeugd krijg je opnieuw de kracht van een bottom-up proces bevestigd en het plezier dat professionals eraan beleven. Teams zijn in staat om meer aandacht te geven aan jongeren. Dat resulteert in een veilig klimaat op de groepen en werkplezier voor professionals.

Ilse Tamrouiti, directeur Zorg van De Hoenderloo Groep

Wij zijn door Tijd voor Jeugd meer overtuigd geraakt van de kracht en mogelijkheden van de professional, wij gaan anders "sturen". Medewerkers minimaliseren zelf die zaken die geen meerwaarde hebben voor de cliënt.

Fawzia Nasrullah, directeur-bestuurder Trajectum