

handboek

slimmer organiseren



ideeën de
ruimte geven

kennis samen
delen



sneller zorg
voor jeugd



buiten gebaande
paden gaan

werk slimmer
organiseren



Slimmer organiseren

Handboek sneller zorg voor jeugd

Slimmer organiseren

Handboek sneller zorg voor jeugd

Karel Diephuis
Flip Dronkers
Ingrid Janssen
Heleen Tijink
Quirien van der Zijden

Met bijdragen van:
Anja van de Aa
Monica Haimé
Giel Hutschemaekers
Huub Pijnenburg

Omslag en illustraties:
Mart Warmerdam

Binnenwerk:
Esther van 't Klooster

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

Dit Handboek is gefinancierd door het Fonds Psychische Gezondheid



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

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
E: doorbraak@cbo.nl
W: www.cbo.nl

Inhoud	
Voorwoord	7
Inleiding	8
Deel 1 De Doorbraakmethode	11
2. De uitvoering	13
3. Het verbetermodel	13
3.1 De drie Nolan-vragen	14
3.2 De PDSA-cyclus	15
4. Toepassing binnen de eigen organisatie	15
4.1 Intern Doorbraakproject	15
4.2 Van project naar verbetercultuur	17
Deel 2 Kennis over versnellen	19
1. De toepassing van logistieke principes	19
1.1 Stabiele wachttijd duidt op evenwicht tussen vraag en aanbod	20
1.2 Uitstel = meerwerk: doe het werk van vandaag vandáág	21
1.3 Minimaliseer het aantal wachtrijen	23
1.4 Optimaliseer het aantal consulten per cliënt	24
1.5 Optimaliseer het aantal cliënten per hulpverlener	25
1.6 Anticipeer op fluctuaties in vraag en aanbod	25
1.7 100% bezetting kan niet zonder lange wachtljsten	26
2. De juiste zorg juist organiseren	27
2.1 Klinische paden	27
2.2 Professionals en managers	28
2.3 Praktijkvoorbeeld: Diagnostiek in één week	29
2.4 Praktijkvoorbeeld: de ADHD-poli	31
3. De juiste zorg op het juiste moment in de keten	35
3.1 Basisprincipes van ketenzorg	36
3.2 Toepassing in de jeugd-ggz	37
Deel 3 Praktijkvoorbeelden	38
1. Verkorten van de wachttijd voor onderzoek	38
1.1 Minder stappen zetten	39
1.2 Vermindering wachtrijen en beïnvloeden instroom	39
1.3 Flexibele capaciteit en taakverschuiving	40
1.4 Vertrouwen in het beoordelingsvermogen van collega's	40
2. Optimaliseren van de onderzoeksduur	41
2.1 De carrousel en het onewayscreen	41
2.2 Planmatig werken	42
2.3 Good is good enough	42

2.4	Geen teksten meermalen overtypen	43
3.	Verkorten van de wachttijd voor behandeling	43
3.1	Vermindering wachtrijen en flexibele instroom	32
3.2	Planbord en matches van hulpverleners	44
3.3	Onderhandelen over minder	45
4.	Optimaliseren behandelduur	45
4.1	Behandeling afsluiten, tenzij...	45
4.2	Taakverschuiving: het afsprakenbureau	46
4.3	Optimale benutting van capaciteit en stepped care	46
4.4	De strippenkaart	46
Deel 4 Bijdragen van experts		48
	Werken aan de beste zorg <i>bewerking presentatie Giel Hutschemaekers</i>	48
	Samen is lang niet altijd beter dan solo <i>Huub Pijnenburg</i>	53
	Ondernemen in ketens en netwerken <i>Anja van der Aa</i>	58
	Cultuurverandering in de jeugd-ggz <i>Monica Haimé</i>	61
Bijlage Resultaten en tips van Doorbraakteams		73
Over de auteurs		84

Voorwoord

Als jouw kind psychische problemen heeft en je zoekt hulp, dan wil je het liefst dat je dezelfde dag nog ergens terecht kunt. Je wilt weten wat er aan de hand is en of er oplossingen zijn. Iedereen kent echter de schrijnende verhalen van wachtende ouders. De problemen thuis stapelen zich op, maar ouders kunnen nergens terecht. Er zijn wachtlijsten voor de intake en voor het stellen van de diagnose. Als je dan eindelijk weet wat er aan de hand is zijn er wachtlijsten voor de juiste behandeling.

Verbetering van de geestelijke gezondheidszorg is een van hoofddoelstellingen van het Fonds Psychische Gezondheid. Wij waren dan ook enthousiast toen de trekker van dit project, Karel Diephuis, samen met veertien teams uit de jeugd-ggz het plan voorlegde om via de Doorbraakmethode de wacht- en doorlooptijden aan te pakken. De Doorbraakmethode werd al langer ingezet in de ggz volwassenenzorg en is daar succesvol gebleken. Het is een praktische methode, die op het niveau van teams wordt uitgevoerd, maar alleen effectief is als hij door het management van de instellingen en organisatiebreed wordt gedragen. Het commitment van de instellingen was voor Het Fonds dan ook een voorwaarde om te participeren.

Hoe het project vervolgens in zijn werk gegaan is, leest u in dit boek. De veertien teams die meededen aan dit project hebben een grote stap voorwaarts gezet in het verbeteren van de patiëntenzorg door de wachttijden en de doorlooptijden op verschillende manieren grondig te verkorten. De getallen waren spectaculair. En de professionals die mee hebben gedaan, geven aan dat hun werkplezier is toegenomen omdat ze meer aan hun eigenlijke werk toekomen: behandeling en begeleiding van ouders en kinderen met vaak ernstige psychische en gedragsproblemen.

Als Fonds hebben we dit handboek mogelijk gemaakt. Een handboek dat bedoeld is om andere instellingen en andere teams van de betrokken instellingen te informeren en uit te nodigen om met de methode aan de gang te gaan.

Soms kan een schijnbaar simpele implementatie van één methode een enorme stap voorwaarts betekenen in het verbeteren van de patiëntenzorg. Met bescheiden middelen een grote stap voorwaarts. Dat is wat we graag zien als Fonds Psychische Gezondheid. Dat is ook wat de donateurs van ons ver-

wachten. Wij hopen dat er steeds minder schrijnende verhalen te vertellen zijn. En dat ouders van kinderen met psychische problemen overal goed en doelmatig worden geholpen.

Mei 2009
Ronald Gorter

Ronald Gorter is directeur van het Fonds Psychische Gezondheid, het goede doel als het gaat om psychische gezondheid in Nederland. Dit handboek is mede mogelijk gemaakt door het Fonds Psychische Gezondheid.

Inleiding

In het Doorbraakproject Versnelling in de jeugd-ggz experimenteerden 14 teams voor poliklinische jeugdpsychiatrie met het slimmer organiseren van de zorg. Zij realiseerden daarbij een forse reductie in wacht- en doorlooptijden: geen 10% maar 50% tot 90%.

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

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

De doorbraakteams van Accare Drenthe en Overijssel, De Jutters, Dimence, Fornheze, GGZ Drenthe, GGZ-Westfriesland, Rivierduinen en Triversum namen hierin het voortouw.

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

Deel 1 van het handboek bevat een beschrijving van de Doorbraakmethode, die in het project werd gehanteerd. Deel 2 is geheel gewijd aan kennis over slim organiseren. Deel 3 staat beschrijft hoe de teams uit de jeugd-ggz deze kennis toepasten in hun praktijk. In deel 4 trakteren enkele experts die een bijdrage leverden aan Versnelling in de jeugd-ggz u op een prikkelende bijdrage. In de bijlage vindt u de resultaten van de teams.

Versnelling in de jeugd-ggz werd gezamenlijk gefinancierd door de instellingen en het innovatiefonds van het ministerie van VWS. De landelijke projectleiding en ondersteuning was in handen van door Partners in Jeugdbeleid en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Het Fonds Psychische Gezondheid bekostigde de ontwikkeling van dit handboek.

Deel 1 De Doorbraakmethode

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



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

1. De methode

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

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

Binnen de ggz past het Trimbosinstituut de methode toe bij de implementatie van behandelrichtlijnen. In de jeugdzorg werden met Doorbraak de doorlooptijden in de Bureaus Jeugdzorg drastisch teruggebracht, ondermeer door toepassing van het principe van de “eendagsindicatie”.

Vijf principes vormen het fundament van de methode:

1. Slecht de kloof tussen kennis en praktijk

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

2. Pak urgente zaken aan

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

3. Formuleer doorbrekende doelstellingen

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

4. Geef professionals ruimte én verantwoordelijkheid

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

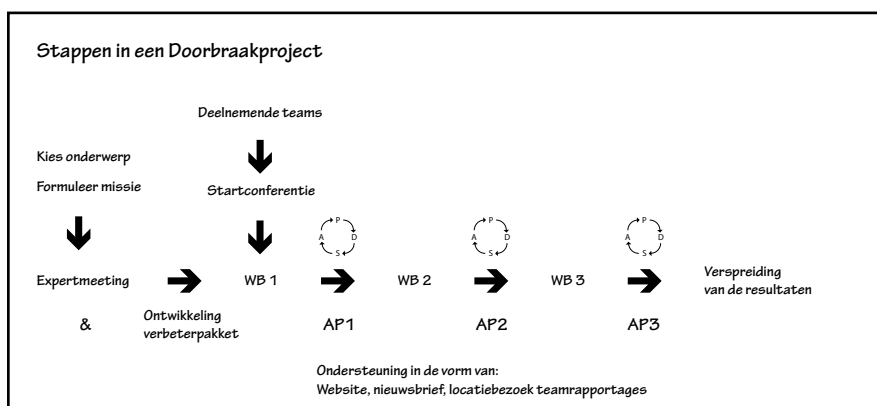
5. Grootse doelen, kleine stapjes

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

2. De uitvoering

Een Doorbraakproject start met het bepalen van een doelstelling, in ons geval het drastisch terugbrengen van de doorlooptijden binnen de poliklinische kinder- en jeugdpsychiatrie.

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



De uitvoering van een Doorbraakproject bevat de volgende stappen:

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

Tijdens het Doorbraakproject vormen de deelnemende teams uit de verschillende instellingen een samenwerkingsverband. Onderlinge informatie- en er-

varingsuitwisseling vormen daarbij een essentieel onderdeel.

De teams ontmoeten elkaar tijdens de startconferentie en de drie daaropvolgende werkbijeenkomsten. Deze bijeenkomsten zijn gericht op de uitwisseling van opgedane ervaringen, het aanleren van vaardigheden om veranderingen in te voeren plus het creëren van een lerend netwerk. Daarnaast komen specifieke inhoudelijke onderwerpen aan de orde die op dat moment relevant zijn voor de teams. Experts geven tijdens de werkconferenties presentaties of workshops over deze onderwerpen.

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

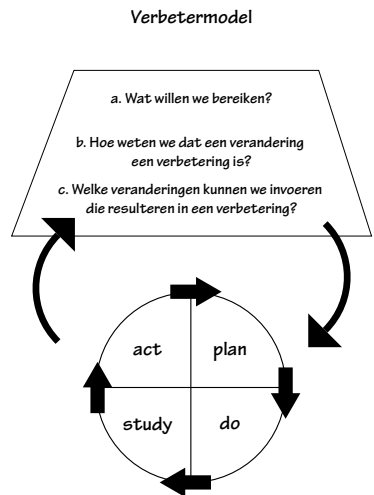
Het gehele project wordt ondersteund door een landelijk implementatieteam met adviseurs die zijn geschoold in de Doorbraakmethode.

3. Het verbetermodel

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

Het Nolanmodel bestaat uit twee delen:

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



3.1 De drie Nolan-vragen

Wat willen we bereiken?

De hoofddoelstelling van Versnelling in de jeugd-ggz is het verkorten van de toegangs- en doorlooptijden binnen de poliklinische kinder- en jeugdpsychiatrie.

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

Bijvoorbeeld:

- *De toegangstijd voor nieuwe cliënten is maximaal 1 week.*
- *Het stellen van de diagnose ADHD duurt maximaal 14 dagen en 2 polikliniek-bezoeken.*
- *Binnen 10 dagen na het starten van het onderzoek wordt met een eerste behandeling gestart.*
- *De totale doorlooptijd van onderzoek en behandeling van jongeren met ernstige gedragsproblemen is maximaal 12 maanden.*

Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?

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

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

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

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

Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering?

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

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

3.2 De PDSA-cyclus

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

De ervaringen die men hierbij opdoet, gebruikt het team om de verandering – zonodig – bij te stellen (= eerste PDSA-cyclus). Vervolgens passen de teamleden de bijgestelde verandering toe bij bijvoorbeeld vijf of tien cliënten. Ook nu weer evalueert het Doorbraakteam het proces en het geboekte resultaat (= tweede PDSA-cyclus).

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

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

4. Toepassing binnen de eigen organisatie

4.1 Intern Doorbraakproject

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

Vorbereidingen

- ‘Think big act small’: formuleer een grote ambitie, zoek vervolgens naar wegen om op kleinere schaal successen te boeken. Hulpmiddelen hierbij kunnen zijn:
- Formuleer een ambitieuze doelstelling.
- Maak het doel concreet en meetbaar: beschrijf hoe de situatie er voor jeugdigen en ouders, na het behalen van de doelstelling, uitziet.
- Breng fasering aan:
 - Kies zorgvuldig met welke teams of afdelingen wordt gestart. Begin met enthousiaste teams op plekken waar veel winst te boeken is.

- Baken de doelstelling af: welke doelgroep(en) en welke fase(n) in het zorgproces pakken we als eerste aan?

Aan de slag met meerdere teams

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

Werkbijeenkomsten en actieperioden

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

Elementen voor een startconferentie

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

Na de startconferentie:

- Rond de teamleden de analyse van hun werkproces af.
- Stellen teamleden een beknopt plan van aanpak op (doelen, wie doet wat, tijdspad en overlegmomenten).
- Stellen teamleden een eenvoudig meetplan op: op welke wijze meten zij de resultaten.
- Maken zij afspraken over verbeteracties voor de komende periode. De kennis en praktijkvoorbeelden uit dit handboek kunnen daarbij als inspiratiebron dienen.
- Voeren teamleden experimenten uit met behulp van de PDSA-cyclus (zie 3.2)

Twee werkbijeenkomsten

Ongeveer drie tot vier maanden en zes tot acht maanden na de startconferentie worden twee werkbijeenkomsten ingepland. Tijdens deze werkbijeenkomsten presenteren de teams hun verbeteracties en resultaten.

Het programma van de werkbijeenkomsten wordt op maat gemaakt: afhankelijk van de vragen van de teams en de dingen waar ze tegen aanlopen. Tussen de bijeenkomsten door werken de teams verder aan hun verbeteringen.

Slotbijeenkomst

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

4.2 Van project naar verbetercultuur

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

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

Enkele tips voor het borgen van de verbeterde werkprocessen:

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

Minstens zo belangrijk als het borgen van de 'harde' resultaten is echter de opdracht om professionals te stimuleren om te blijven verbeteren. Hoe te zorgen dat het verbeteren van zorg de projectstatus ontstijgt en onderdeel wordt van het gewone werk? Dat vraagt om een cultuuromslag. Monica Haimé biedt in haar bijdrage in deel 4 handvatten voor dergelijke cultuurveranderingen binnen de zorg voor jeugd.

Literatuur

Schouten, L., Minkman, M. (2007). De Doorbraak methode; In L. Schouten, M. Minkman, J. de Moel & J. van Everdingen (red.), *Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg* (pp. 7-31). Assen: Van Gorcum

Deel 2 Kennis over versnellen

Nationaal en internationaal is de afgelopen jaren veel kennis en ervaring opgedaan met het klantvriendelijk en efficiënt inrichten van zorgprocessen. In dit deel is de beschikbare kennis over het optimaliseren van doorlooptijden bijeengebracht en geordend in drie verbeterlijnen:

1. De toepassing van logistieke principes
2. Klinische paden: de juiste zorg juist organiseren
3. Ketenzorg: de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek



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

1. De toepassing van logistieke principes

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

Het hebben van wachtlijsten brengt veel extra werk met zich mee. De veelal vermeende voordelen van wachtlijsten voor de efficiency (onder andere betere planningsmogelijkheden) worden in de praktijk teniet gedaan door het extra werk en de stress die het hebben van wachtlijsten met zich meebrengt.

Daarom propageren wij hier het *Werken Zonder Wachtlijst*, door een optimale afstemming van vraag en aanbod. Werken zonder wachtlijst beperkt zich niet tot het eenmalig wegwerken van de wachtlijst. Het gaat erom op een andere manier naar de zorg te kijken: waarom doen we wat we doen?

Als we andere resultaten willen, zullen we op een andere manier moeten gaan werken. Teams kunnen aan de hand van de hier beschreven logistieke principe de factoren die bij hun de vraag en het aanbod bepalen onder de loep nemen. En ontdekken hoe zij die factoren kunnen beïnvloeden en daardoor vraag en aanbod beter afstemmen.

Zeven logistieke principes

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

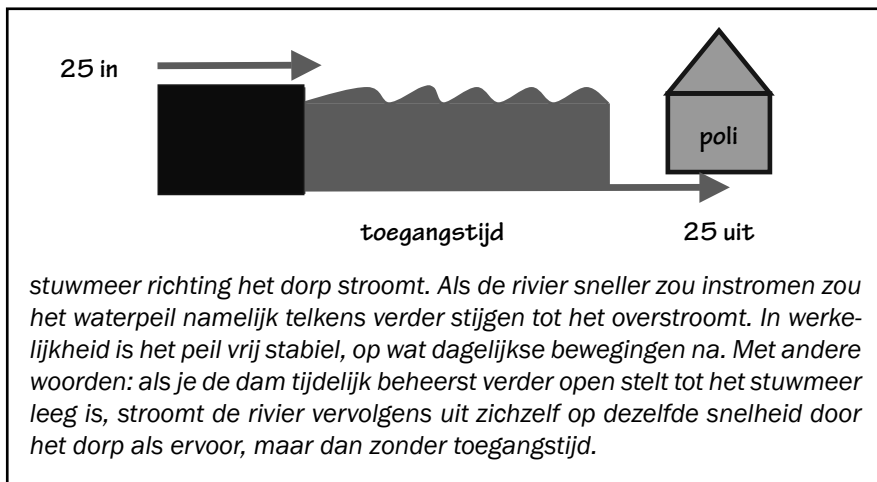
1.1 Stabiele wachttijd duidt op evenwicht tussen vraag en aanbod

Indien er sprake is van een stabiele wachttijd (bijv. gedurende een jaar een wachttijd van ongeveer drie maanden) dan duidt dit op een evenwicht tussen vraag en aanbod. Evenwicht tussen vraag en aanbod betekent dat er geen sprake is van een tekort aan capaciteit. Indien de toegangstijd gestaag oploopt bestaat een gerede kans dat er sprake is van een capaciteitsprobleem. In dat geval zijn mogelijk aanvullende maatregelen nodig.

De toegangstijd is feitelijk het aantal pagina's in de agenda die omgeslagen moeten worden voordat een vrije plek gevonden wordt voor de eerste afspraak. Indien dat aantal pagina's ongeveer hetzelfde is als enkele maanden geleden, bijvoorbeeld vier weken, zes weken of twee maanden, dan is er geen capaciteitsprobleem. Wel zijn we dan consequent vier weken, zes weken of twee maanden te laat. In principe betekent dit dat het aantal cliënten dat wekelijks belt voor een afspraak (de vraag) evenveel is als het aantal cliënten dat per week gezien wordt (het aanbod). De toegangstijd zou immers gestaag moeten oplopen als het aantal cliënten dat belt telkens groter zou zijn. Toch ervaren de zorgverleners en het baliepersoneel in de dagelijkse praktijk een grote druk van cliënten die een afspraak willen, liefst eerder dan mogelijk is.

Een stuwmeer van wachtenden...

De polikliniek 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 veel energie en onderhandeling nodig om in de dagelijkse hectiek van een poli ervoor te zorgen dat het stuwmeer rustig blijft. Enkele voorbeelden: tussendoor overleggen of een cliënt toch sneller gezien moet worden, een extra intake inplannen, de lunchpauze opgeven of doordat het spreekuur uitloopt schiet de verslaglegging erbij in en moet dat later worden gedaan. Toch stroomt de rivier een eind stroomopwaarts het stuwmeer even snel in als aan de andere kant het water uit het



Toename van de vraag door afname toegangstijd...

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

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

1.2 Uitstel = meerwerk: doe het werk van vandaag vandaag

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.

Het beheren van wachtlijsten en het overleg daarover kost veel tijd. Zo ook de vele telefoontjes van verwijzers die vragen of er nog wat gebeurt en van bezorgde (ouders van) cliënten die druk uitoefenen om eerder terecht te kunnen. Tekenend is de zorginstelling waar met het baliepersoneel is afgesproken dat indien drie keer gebeld wordt om druk uit te oefenen en zonder verdere discussie

sie met voorrang een afspraak gegeven wordt.

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

Wachtlisjbeheer kost zeeën van tijd...

In een ziekenhuis was een aparte afdeling die als enige activiteit het uit-typen van brieven kende. Deze afdeling had altijd een grote hoeveelheid gedicteerde brieven klaarliggen om uit te typen. Om er zeker van te zijn dat urgente brieven snel genoeg klaar zouden zijn, waren vijf urgentiecategorieën afgesproken: brieven die vandaag of binnen één of twee of drie of vier weken af moesten zijn. Onderzocht is hoeveel procent van elke categorie wekelijks aangevraagd werd en hoeveel er wekelijks werden getypt. Hieruit ontstond het volgende beeld:

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

Wat valt op in de tabel? Vraag en aanbod zijn perfect afgestemd! Alleen wordt 95% consequent niet op dezelfde dag maar één, twee, drie of vier weken later uitgewerkt...

Vervolgens is onderzocht waar medewerkers, behalve het uittypen, hun tijd aan besteedden. 15% van de tijd bleek te gaan zitten in het bepalen van de urgentie, het plannen, het veranderen van de urgentiecategorie en alle discussie om deze zaken. Besloten werd om voortaan alle brieven binnen één dag uit te typen, ongeacht de (oude) urgentiecategorie. Dit leverde niet alleen veel verraste gezichten van artsen en ander personeel op én 15% efficiencywinst, maar ook een stimulans voor en verbeterde motivatie bij de typistes. In de oude situatie werd vandaag beschermd door zoveel mogelijk werk naar morgen door te schuiven. In de nieuwe situatie wordt morgen beschermd door al het werk van vandaag ook daadwerkelijk vandaag te doen.

Hoeveel tijd een hulpverlener per week kwijt is ten gevolge van het hebben van wachtlijsten is in de ggz nog niet onderzocht. Specialisten uit ziekenhuizen geven aan dat dit kan oplopen tot tientallen procenten.

Het principe *doe het werk van vandaag vandáág* kan ook vertaald worden naar

doe het werk van deze week deze wéék. Wat de minimale toegangstijd is om nog efficiënt te kunnen werken is afhankelijk van de fluctuaties in de vraag. Hoe stabiel de vraag (het aantal cliënten dat per dag belt voor een afspraak) hoe korter de toegangstijd kan zijn.

Het principe “Uitstel = Meerwerk” is van toepassing op velerlei werkzaamheden die we dagelijks uitvoeren, twee voorbeelden:

- *Het schrijven van een rapportage direct na afloop van een consult 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.*

1.3 Minimaliseer het aantal wachtrijen

Met minder wachtrijen wordt de wet van de grote aantallen benut en kan met een kortere toegangstijd worden volstaan zonder efficiency verlies.

Binnen de jeugd-ggz bestaan er drie soorten wachten:

Wachten op het eerste gesprek

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

Wachten op een diagnostisch onderzoek

Binnen diverse poli's blijken wachtrijen te bestaan voor verschillende vormen van psychodiagnostisch onderzoek: een wachtrij voor specifiek ontwikkelings-anamnestic onderzoek, een wachtrij voor intelligentieonderzoek, een wachtrij voor persoonlijkheidsonderzoek, een wachtrij voor psychiatrisch onderzoek, et cetera.

Wachten op een specifieke vorm van zorg

Vrijwel alle poli's kennen verschillende wachtrijen voor verschillende vormen van zorg: bijvoorbeeld een wachtrij voor sociale vaardigheidstraining, een wachtrij voor speltherapie, een wachtrij voor hometraining en een wachtrij voor ouderbegeleiding.

Het minimaliseren van het aantal wachtrijen is belangrijk omdat:

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

1.4 Optimaliseer het aantal consulten per cliënt

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

Het procentueel grootste deel van de vraag wordt 'veroorzaakt' door de hulpverlener die tegen de cliënt vertelt dat hij een nieuwe afspraak moet maken.

Dit komt tot uiting in twee indicatoren:

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

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

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

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

Een andere vorm van het beïnvloeden van de vraag is het verbeteren van verwijzingen. Hier kan soms veel winst mee behaald worden. Dit komt aan de orde in verbeterlijn 3.

1.5 Optimaliseer het aantal cliënten per hulpverlener

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

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 behandelaars veel werk uit handen kan nemen, behandelaars krijgen daardoor meer ruimte voor hun inhoudelijke werkzaamheden. Een efficiëntere inzet van de psychiater is een andere mogelijkheid om het aantal kinderen, dat met gelijke capaciteit geholpen kan worden, te vergroten.
- Het volledig benutten van de capaciteit. Zelfs in drukke poli's blijkt vaak toch nog enige onbenutte capaciteit te zijn, als je er maar goed naar kijkt.
- Meer telefonische consulten benutten (of wellicht zelfs e-mail of groepsconsulten).
- Verstoringen tijdens de spreekuren 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 consult 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 in de regel een nieuwe afspraak op een drukke dag op, over zeg vijf weken.

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 hulpverlener op jaarbasis toch evenveel cliënten kan behandelen.

1.6 Anticipeer op fluctuaties in vraag en aanbod

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

Wachtrijlijsten zijn functioneel als buffers die fluctuatie opvangen: fluctuatie in vraag (aantal patiënten dat per dag belt voor een afspraak), maar zeker ook de fluctuatie in aanbod (het aantal afspraken dat op een dag aangeboden wordt). 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.

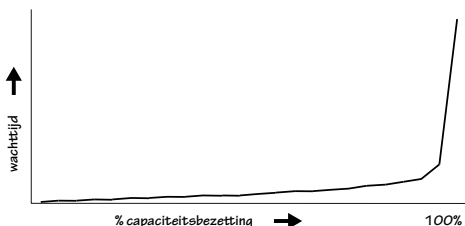
Fluctuatie in vraag kan in enige mate beïnvloed worden. Gedacht kan worden aan het maken van controleafspraken op rustige momenten, het niet inplannen van controleafspraken op de drukste dagen, maar ook het goed inplannen van structureel drukkeres periodes (bijvoorbeeld rond rapportperiodes, dreigend zittenblijven).

Fluctuatie in aanbod is gemakkelijker te beïnvloeden. Een belangrijke oorzaak van fluctuatie is het om uiteenlopende redenen verzetten van afspraken met cliënten door de behandelaar. Een hulpmiddel om deze fluctuatie te verminderen is het afspreken dat altijd een aantal weken vooruit afspraken niet afgezegd worden (zes of acht weken blijkt voorspelt het beste te werken). Eenvoudig (maar moeilijk) is het afstemmen van vakanties op voorspelbare vraagfluctuaties.

Eerder is al gesteld dat het aantal wachtrijen geminimaliseerd moet worden. Daardoor kan het aanbod flexibel worden georganiseerd en kan fluctuatie beter worden opgevangen. Minimaliseer het aantal *specifieke* afspraken of spreekuren en voorkom dat type afspraken gekoppeld worden aan vaste tijdstippen (zogenoemde raster of blauwdrukken van spreekuren).

1.7 100% bezetting kan niet zonder lange wachtrijlijsten

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 een wachtrijstelsel met één bedieningsstation (bedieningstijden zijn exponentieel verdeeld) en één wachtrij (de tijden tussen de aankomst zijn Poisson verdeeld). Referentie: 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.

Praktisch is bijvoorbeeld het pas op het laatst volplannen van het laatste deel van het spreekuur. Zonodig kan het resterende half uur aan verslaglegging en dergelijke besteed worden.

2. De juiste zorg juist organiseren

Verbeterlijn 2 richt zich op het optimaal organiseren van het onderzoek en/of de behandeling, van omschreven en veelvoorkomende cliëntgroepen. Het gaat er daarbij om dat de optimale zorg ook optimaal georganiseerd wordt. Hiervoor wordt ook wel de term klinische paden of zorgpaden gehanteerd.

2.1 Klinische paden

Het concept van klinische paden of zorgpaden komt voort uit planningsmethoden die in de industrie worden gebruikt om complexe processen beter te kunnen plannen en organiseren. Momenteel worden klinische paden wereldwijd in de gezondheidszorg gebruikt.

Een klinisch pad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de inzet van de leden van een multidisciplinair en inter-professioneel team op elkaar af te stemmen; daarbij worden taakafspraken gemaakt voor een specifieke cliëntenpopulatie:

Een zorgpad/klinisch pad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader.

Eigenschappen van een zorgpad zijn:

- 1. Een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice en patiëntverwachtingen en kenmerken;*
- 2. Het faciliteren van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie;*
- 3. Het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie;*
- 4. Het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten; en*
- 5. Het identificeren van de verantwoorde middelen. Het streefdoel van een*

zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren door het verbeteren van 'risk-adjusted' resultaten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik.

Afhankelijk van de aard van de cliëntenpopulatie worden drie methoden onderscheiden:

Gestandaardiseerde klinische paden:

Deze worden gebruikt bij goed voorspelbare zorgprocessen op het niveau van een cliëntengroep. Een voorbeeld daarvan is de ADHD-poli waar in een ochtend meerdere kinderen tegelijkertijd de onderzoeksfase doorlopen. Diezelfde dag nog worden de diagnose en het behandelplan met de ouders en de jeugdige besproken.

Cliëntspecifieke klinische paden:

Deze worden niet gebruikt op het niveau van een cliëntgroep maar op individueel niveau. Dit wordt toegepast als het zorgproces op groepsniveau onvoldoende voorspelbaar is.

Casemanagement:

Dit kan worden ingezet als multidisciplinaire inzet noodzakelijk is maar zorgprocessen niet of nauwelijks te voorspellen zijn. Dit kan bijvoorbeeld van toepassing zijn op een crisisinterventie-team.

2.2 Professionals en managers

Klinische paden brengen de wereld van de zorgprofessionals (welke onderzoek en welke behandeling moeten worden ingezet en waarom?) in overeenstemming met de wereld van hun managers (wie moet dat dan doen, wanneer en hoe?).

	Optimaal organiseren <i>Wie, waar en wanneer?</i>	
Optimale zorg <i>Wat en waarom?</i>	Juiste dingen Juist doen	Juiste dingen Fout doen
	Foute dingen Juist doen	Foute dingen Fout doen

Optimale zorg kan zijn vastgelegd in richtlijnen, maar is zeker niet altijd het geval. Richtlijnen focussen op het doen van de juiste dingen: *wat is de beste*

behandeling, wat is de meest effectieve zorg, welke diagnostische test heeft de grootste voorspellende waarde?

Richtlijnen helpen zorgverleners bij het nemen van de juiste beslissingen bij diagnosestelling en behandeling. Richtlijnen geven echter geen antwoord op de vraag hoe dit onderzoek of deze zorg doelmatig en efficiënt te organiseren. Klinische paden richten zich op een optimale organisatorische inbedding van klinische processen. *Wie moet wanneer welke activiteit uitvoeren? Welke resultaten moeten wanneer bekend zijn voor een volgende stap in het beslissingsproces? Hebben we hiervoor de juiste middelen, expertise en capaciteit voor handen?*

Klinische paden combineren de ideale zorg met de ideale organisatie. Om deze reden zijn klinische paden specifiek voor de eigen organisatie. Klinische paden afkomstig uit een andere instelling of uit de literatuur kunnen niet zomaar worden gekopieerd. Dergelijke good practice kan wél als inspiratiebron dienen bij de ontwikkelingen van het eigen klinisch pad.

Klinische paden kunnen bijdragen aan het verkorten van de doorlooptijden binnen de jeugd-ggz. Hieronder twee voorbeelden uit de praktijk.

2.3 Praktijkvoorbeeld: Diagnostiek in één week

De leden van Team B van de polikliniek Accare Assen ontwikkelden een gestandaardiseerde werkwijze voor hun diagnostisch onderzoek. De inhoud vormde daarbij het vertrekpunt. Het team stelde eerst vast welke inhoudelijke onderdelen een plek moesten krijgen, te weten:

- kennismakingsgesprek;
- ontwikkelingsanamnese/milieudiagnostiek;
- kinderpsychiatrisch onderzoek;
- (optie voor) psychologisch onderzoek;
- patiëntenbespreking;
- adviesgesprek.

Het team stelde zich ten doel deze onderdelen op een klantvriendelijke en efficiënte wijze te organiseren en koos er daarom voor de onderdelen in één week te plannen. Dit leverde een werkwijze op waarbij op maandag het kennismakingsgesprek, de ontwikkelingsanamnese plus milieudiagnostiek en het kinderpsychiatrisch onderzoek plaatsvinden.

Op dinsdag en woensdag is tijd gereserveerd voor psychologisch onderzoek. Hiervan kan optioneel gebruik gemaakt worden. Op donderdag vindt de patiëntbespreking plaats en vervolgens het adviesgesprek met de ouders. Mocht in deze week blijken dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk is dan wordt dit

ingepland, maar met de behandeling wordt wel al gestart. Zowel ouders als teamleden zijn erg tevreden over de ontwikkelde werkwijze. Er zijn geen no-shows, ouders weten waar zij aan toe zijn en voelen zich serieus genomen. Teamleden rapporteren minder stress. Doordat administratietijd is ingepland zijn hun rapportages op tijd af. Vergadertijd en administratietijd zijn afgenomen: medewerkers zitten “goed in de casus”, informatie hoeft niet iedere keer te worden opgefrist. De intakekers werken in duo's en waarderen de directe uitwisseling en onderlinge deskundigheidsbevordering die dat oplevert.

Wat zijn nu de organisatorische ingrediënten die deze werkwijze mogelijk maken?

De belangrijkste factor blijkt hier de strakke planning. Voor de onderzoeksfase is exact vastgelegd wie op welk moment welke activiteit uitvoert. De weekplanning en de jaarplanning vormen de peilers van de werkwijze.

De weekplanning

De activiteiten in de intakefase, de volgorde, het tijdstip en de duur zijn als volgt vastgelegd:

Maandag

- Het kennismakingsgesprek met kind en ouders bij het intake duo duurt een half uur.
- Na dit half uur is er kort overleg tussen de intakekers om de richting van het vervolg te bespreken. Vervolgens splitsen de behandelaars zich op.
- Eén behandelaar voert het kinderpsychiatrisch onderzoek uit.
- De andere behandelaar bespreekt met ouders de ontwikkelingsanamnese/ milieudiagnostiek. Dit duurt 45 minuten tot een uur.
- Hierna is er weer kort overleg tussen de intakekers .
- Vervolgens wordt aan ouders teruggekoppeld of er psychologisch onderzoek plaats gaat vinden met welke onderzoeksvraag.
- De behandelaars schrijven hun verslag in de daarvoor gereserveerde tijd.

Dinsdag/woensdag

- Er is een vaste tijd gereserveerd voor psychologisch onderzoek dat uitgevoerd wordt door een psychodiagnostisch medewerker of psycholoog. Daarvan kan optioneel gebruik worden gemaakt. Indien geen psychologisch onderzoek nodig is dan wordt voor dat tijdstip een ander kind uitgenodigd.

Donderdag/vrijdag

- Patiëntenbespreking waar alle onderzoeken besproken kunnen worden.
- De hoofdbehandelaar heeft na de patiëntenbespreking het adviesgesprek.
- Het behandelplan wordt direct geschreven, evenals de diagnostiekbrief, in

de daarvoor gereserveerde administratietijd.

De jaarplanning:

Voor alle teamleden zijn voor het hele jaar in hun agenda's de tijden gereserveerd. Niet alleen de gesprekstijd maar ook de administratietijd.

Het team werkt met intake duo's waarvan één de hoofdbehandelaar is. Deze persoon is verantwoordelijk voor inbreng in de patiëntenbespreking, correspondentie en het adviesgesprek.

Het team heeft zes intakekers. In vier weken zijn er per intake duo twee intake gesprekken. Elke behandelaar is één keer hoofdbehandelaar en één keer tweede intakeker. Wat maakt dat er een schema is ontstaan van 4 weken. Dit schema loopt de rest van het jaar door en houdt rekening met de vaste vrije dagen van de behandelaars (vandaar dat adviesgesprekken soms op vrijdag of maandag plaatsvinden in plaats van op donderdag). Voor iedereen is duidelijk wie wanneer welke afspraken heeft.

Door deze wijze van organiseren is door het team een meer constante stroom van intakes gerealiseerd. Er zijn geen pieken meer en de werkdruk is daarmee ook afgenomen.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Maandag	Intake Behandelaar A + Behandelaar B	Intake Behandelaar C + Behandelaar D	Intake Behandelaar E + Behandelaar C	Intake Behandelaar D + Behandelaar E
Dinsdag	PO	PO	PO	Intake Behandelaar B + Behandelaar F PO
Woensdag	PO		Intake Behandelaar F + Behandelaar A	PO
Donderdag	Patiëntbespreking	Patiëntbespreking Adviesgesprek Behandelaar C	Patiëntbespreking Adviesgesprek Behandelaar F	Patiëntbespreking Adviesgesprek Behandelaar B
Vrijdag	Adviesgesprek Behandelaar A			Adviesgesprek Behandelaar D
Maandag			Adviesgesprek Behandelaar E	

2.4 Praktijkvoorbeeld: de ADHD-poli

In de ADHD-poli's staat de cliënt centraal en wordt kennis over de beste zorg gekoppeld aan kennis over cliëntvriendelijk organiseren. Binnen De Jutters, GGZ-Westfriesland en GGZ Delfland functioneren dergelijke ADHD-poli's. In het kader van het project Versnelling in de jeugd-ggz wisselden deze poli's hun kennis uit en stelden zij hun ervaringen beschikbaar aan de andere teams.

Op een 'versnelde' ADHD-onderzoekspoli worden kinderen en ouders, na een schriftelijke en/of telefonische screening, op eenzelfde dag(deel) gezien door alle (voor dit type onderzoek benodigde) onderzoekers. Die leggen hun bevindingen meteen na afloop van de onderzoeken bij elkaar. Daardoor kan nog diezelfde dag een diagnose en behandeladvies worden uitgebracht.

De cliëntenadministratie speelt in deze poli's een belangrijke logistieke en administratieve rol.

Op dit ogenblik zijn er al 10 vergelijkbare poli's opgezet in Nederland, en het lijkt er op dat het daar niet bij blijft. Het tijdschrift *Psy* publiceerde onlangs over deze ontwikkeling als het klantvriendelijke antwoord op de lange wachtlijsten voor de jeugd-ggz.

Waarom ADHD-poli's?

Er is een aantal redenen te noemen waarom de ADHD-poli's in korte tijd zo populair aan het worden zijn:

- De urgentie is hoog. Het aantal aanmeldingen bij poliklinieken voor kinderen en jeugdpsychiatrie van kinderen met een vermoeden van ADHD is hoog en neemt nog steeds toe. Het gaat hierbij om naar schatting 30-40% van het totaal aantal aanmeldingen. Daarmee draagt deze groep cliënten in belangrijke mate bij aan de wachtlijstproblematiek, die bij vrijwel alle kinder- en jeugdpoliklinieken aan de orde is. Dit gegeven rechtvaardigt het zoeken naar een doelmatig ingericht traject dat specifiek is toegesneden op deze doelgroep.
- Erger voorkomen. Een verlate inzet van adequate zorg kan grote gevolgen hebben voor het beloop van de aandoening van het kind en de overige, nog gezonde ontwikkeling negatief beïnvloeden. Dit geldt zeker voor ADHD, gezien de chroniciteit van de stoornis, de invalidering op meerdere levensterreinen en de risico's die een onbehandelde ADHD oplevert op de langere termijn voor het individu, voor zijn of haar leefsysteem en voor de samenleving.
- Stepped care zorg. Er is een stepped care richtlijn beschikbaar die voldoende aangrijpingpunten geeft voor de inhoud van de benodigde diagnostiek. Daaruit is ook af te leiden dat de diagnose meestal betrekkelijk eenvoudig, geprotocolleerd en meestal in weinig uren uit te voeren is. De nieuw aanpak bestaat uit vragenlijsten die, voorafgaand aan het eerste bezoek, door de ouders worden ingevuld. Vervolgens wordt de tweede stap ingezet: in één dag worden klachten- en ontwikkelingsanamnese afgenomen, schoolinformatie verzameld en een kindobservatie uitgevoerd. Wanneer er vervolgens indicaties blijken te zijn voor medisch-, psychiatrisch-, gezins-, (neuro)psychologisch- of orthodidactisch onderzoek worden deze als volgende stap uitgevoerd.

- De patiënt staat centraal. Een logistieke inrichting van het diagnostisch proces, waarbij de agenda van de onderzoekers wordt aangepast aan die van de cliënt in plaats van andersom, past in deze tijd. We zien dit ook bij diverse poliklinieken in de somatische zorg waar voor een patiënt tijdens eenzelfde bezoek aan het ziekenhuis een aantal achtereenvolgende onderzoeken worden ingepland, zodat vaak nog diezelfde dag of spoedig daarna een diagnose en behandeladvies kan worden uitgebracht.
- Snellere diagnose in minder tijd. Het op deze wijze logistiek inrichten van het proces leidt voor de cliënt tot een veel snellere diagnose zonder dat de totale onderzoekstijd toeneemt. Uit intern onderzoek bij de Jutters kan worden geconcludeerd dat de totale door de organisatiebestede tijd hierdoor zelfs afneemt, in het geval van de Jutters van gemiddeld 24 tot ongeveer 15 uur.
- Cliënten tevreden. De geprotocolleerde aanpak waarbij inhoud uit de richtlijnen en de op de cliënten afgestemde logistiek worden gecombineerd, leidt niet alleen tot een snellere diagnose maar ook tot een grotere transparantie voor cliënten. Uit cliëntenonderzoek bij de Jutters blijkt dat zij tevreden zijn over deze aanpak.

Aandachtspunten:

De voordelen van een snelle ADHD-poli springen in het oog. Maar er zijn ook kanttekeningen te plaatsen die aandacht verdienen bij uitvoering in de praktijk:

- Een snelle diagnose kan voor sommige cliënten wat al te snel gaan. Het behandeladvies landt dan (nog) niet op goede bodem. Deze cliënten hebben (meer) tijd nodig om de diagnose te accepteren alvorens zij de behandeladviezen kunnen opvolgen.
- Een gestandaardiseerde aanpak heeft alleen zin als dit wordt gecombineerd met een aansluitende aanpak op maat. Dit geldt zeker wanneer er naast ADHD sprake is van comorbide stoornissen of complicerende situationele of gezinsproblemen.
- Het risico bestaat dat een specialistische ADHD-poli leidt tot een diagnostische 'verkokering', waardoor de diagnose ADHD te vaak wordt vastgesteld (toename zogenaamde vals positieven).
- Tenslotte is het inmiddels een ervaringsgegeven dat een ADHD-poli een aanzuigende werking heeft waardoor bij deze instellingen nog meer kinderen en jeugdigen worden aangemeld met een vermoeden van ADHD, dan daarvoor al het geval was. Hierdoor lopen de wachtlijsten weer op en kan de poli vastlopen in het eigen succes.

Literatuur

Zelm, R. van, Klokman, E., Vanhaecht, K., Bleser, L. de, Depreitere, R., Sermeus, W. (2005). *Klinische paden: optimale zorg optimaal organiseren*.

Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap K.U. Leuven

Team B Polikliniek Assen (2009). *Werkwijze diagnostiek in 1 week*. Assen: Accare Drenthe

Peeters, B. (2009). Eendagsdiagnostiek wordt trend. *PSY* 13, 4 (pp 14-15)

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2007). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*. Utrecht: Trimbosinstituut

3. De juiste zorg op het juiste moment in de keten

Goede zorg is mensenwerk. Verschillende schakels in de zorg horen naadloos op elkaar aan te sluiten. Dat kan door de zorg echt rondom de cliënt te organiseren en te zorgen voor nauwe afstemming tussen hulpverleners en zorgorganisaties. Dat vereist een slimmere, maar vaak ook andere aanpak. Ketenzorg houdt niet op bij het ‘aan elkaar lijmen’ van schakels. Je moet vooral kijken hoe de zorg eruit moet zien en daar vervolgens invulling aan geven. Het smeden van sterke verbindingen van zorgorganisaties tot ketens en zorgnetwerken blijft een uitdaging.

Interventies binnen de jeugdzorg en de (geestelijke) gezondheidszorg vinden nu vaak per organisatie of per zorgverlener plaats. Ze worden daar beleefd als complete procesgang, met een begin en een eind.

Cliënten hebben echter met meerdere zorgverleners binnen meerdere instanties te maken, tegelijkertijd of achtereenvolgens. Denk bijvoorbeeld aan de huisarts, de onderwijzer, bureau jeugdzorg, algemeen maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, volwassen ggz en jeugd-ggz.

Cliënten ervaren deze schakels in de keten zelden als een vloeiende en samenhangende reeks van interventies. Integendeel: vaak komen cliënten bij een volgende schakel in de keten (opnieuw) op een wachtlijst, moeten ze opnieuw hun hele verhaal vertellen en ervaren ze een gebrek aan continuïteit in de behandeling.

Samenwerken vanuit de notie van één gemeenschappelijk doel en één belang – kind en gezin – en vanuit het gemeenschappelijke primaire proces – de keten – levert forse winst op voor kinderen en gezinnen, voor behandelaars, voor instellingen en voor de samenleving.

Bij ketenzorg gaat het erom de zorg rondom, en met kind en gezin als middelpunt, te organiseren. In plaats van kinderen en gezinnen als het ware door de keten te duwen.

Ketenzorg belooft veel voor de jeugdzorg en de (geestelijke) gezondheidszorg: kortere of geen wachtlijsten, betere doorverwijzing, goede overdracht van informatie, meer preventie, betere samenhang van diensten.

Kortom: de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek.

3.1 Basisprincipes van ketenzorg

Doelgroep

Ketenzorg is het organiseren van een geïntegreerd aanbod van handelingen op het terrein van preventie, signalering, onderzoek, zorg, begeleiding of behandeling voor een bepaalde doelgroep. De vragen en de behoeften van de doelgroep vormen het vertrekpunt.

Doel en resultaat

Ketenzorg streeft een vooraf omschreven doel en resultaat na. Alle ketenpartners committeren zich daaraan. De beoogde effecten worden gemeten.

Zorgproces

Het zorgproces dat de cliënt doorloopt is het uitgangspunt voor de keten. Goede afspraken over wie wat doet en over beslis-, coördinatie- en overdrachtsmomenten in de keten voorkomen hiaten en overlap.

Vertrouwen

Tussen de ketenpartners geldt vertrouwen. Vertrouwen vereist kennis van en begrip voor elkaar; duidelijke afspraken en het aanspreekbaar zijn op het nakomen van deze afspraken, maar ook open communicatie over nieuwe kansen en knelpunten.

Informatie-uitwisseling

De keten maakt afspraken over het doel van informatie-uitwisseling, welke informatie wordt uitgewisseld, door wie, op welk moment en op welke wijze.

Creatief met kaders

De randvoorwaarden voor ketenzorg zijn meestal niet optimaal. Regelgeving, financieringsmogelijkheden et cetera. lijken vaak een belemmering om de optimale zorgketen in te richten. Ketenzorg vraagt daarom om een oplossingsgerichte en creatieve houding.

Heldere verdeling van taken en rollen

Om goed te functioneren in de keten, is het behulpzaam om de eigen rol te verhelderen en te expliciteren. Hebben partners meerdere rollen? Kijk dan of deze niet conflicteren. Bekijk of de benodigde rollen en taken goed over de ketenpartners verdeeld zijn.

Cliëntgerichtheid en zelfmanagement

Ketenzorg richt zich op meer samenhang voor cliënt en professional. Richt de keten zo in dat rekening wordt gehouden met de eigen kracht van cliënten en dat zelfmanagement wordt gestimuleerd. Vraag structureel om feedback van

cliënten.

Sturing

De keten maakt heldere afspraken over wie opdrachtnemer/hoofdaannemer is, wie de prestaties van de keten monitort, waar besluiten genomen worden en aan wie verantwoording wordt afgelegd als opdrachtgever van de keten.

3.2 Toepassing in de jeugd-ggz

Stagnaties in de keten zijn mede veroorzaker van de lange toegangs- en doorlooptijden binnen de jeugd-ggz. Het oplossen van deze stagnaties vraagt om een gezamenlijke aanpak, waarbij ketenpartners gezamenlijk een zorgarrangement ontwikkelen voor een specifieke doelgroep. In een dergelijk arrangement is de dienstverlening van de keten uitgangspunt, niet het domein van organisaties of sectoren. Partners maken afspraken over de doelgroep, de doelstelling, het volume, de rollen en taken, de omvang en de tijdigheid van ieders inzet.

Een voorbeeld van ketenzorg binnen de forensische jeugd-ggz is de Functional Family Therapy (FFT), bestemd voor jongeren met ernstige gedragsproblemen. Deze behandeling is sterk geprotocolleerd, de effectiviteit van de behandeling is mede-afhankelijk van het samenspel met ketenpartners. Het gaat dan om: de raad voor de kinderbescherming, bureau jeugdzorg, de kinderrechter, openbaar ministerie, politie en de (forensische) jeugdpsychiatrie. Duidelijke afspraken over de rollen, de inzet en de timing hebben gemaakt dat deze behandelmethodes op diverse plaatsen in het land succesvol wordt uitgevoerd.

Literatuur

Aa, A. van der, Minkman, M. *Tools voor ketenzorg, naar actie en reactie*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO & Stichting Keten-netwerk

Deel 3 Praktijkvoorbeelden



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

Hoe is kennis over versnellen toe te passen in de praktijk van de jeugd-ggz?

In dit deel geven we voor iedere fase in het zorgproces voorbeelden van verbeteringen die teams zelf bedachten en toepasten binnen hun werkproces.

4 fasen in het zorgproces

In dit hoofdstuk onderscheiden we binnen het zorgproces 4 fasen:

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

Op de eerste drie fasen zijn de Treeknormen van toepassing:

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

1. Verkorten van de wachttijd voor onderzoek

1.1 Minder stappen zetten

De periode tussen de aanmelding en het moment dat de cliënt gezien wordt en in onderzoek genomen, bedroeg bij team 6 gemiddeld 8 weken. Dat is een 100% langere wachtperiode dan de in het Treekoverleg tussen zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken norm. Het gaat 'maar' over een overschrijding van gemiddeld 4 weken, niet echt iets waar veel instellingen zich deze dagen druk over zouden maken. Er lijkt van het bestaan van lange wachtljsten een zekere gewenning uit te gaan.

Het begon pas ongemakkelijk te voelen toen team 6 de processtappen tussen

aanmelding en start onderzoek nauwkeurig op papier zette. Daarbij werd iedere handeling in het proces van aanmelding onder de loep genomen:

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

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

Met kleine ingrepen konden aanmerkelijke verbeteringen worden aangebracht: Er zijn nu slechts drie personen betrokken bij het proces van aanmelding tot start onderzoek: de persoon van de aanmelddienst, de secretaresse en de intaker. Daardoor hoeven minder mensen tijd uit te trekken om zich te verdiepen in het dossier. Door het vereenvoudigen van het proces gaat ook minder tijd verloren tussen de handelingen. Daarmee kan het hele aanmeldproces nu in één dag worden afgerond en lukt het team 6 om, in combinatie met enkele andere wachttijst reducerende maatregelen, binnen de Treeknormen te blijven.

1.2 Vermindering wachtrijen en beïnvloeden instroom

Team 9 had bij start van het Doorbraakproject een wachttijd voor onderzoek met een mediaan van ruim 7 weken. Bijna het dubbele van de Treeknormen. Het team stelde zichzelf tot doel deze toegangstijd te verminderen naar maximaal 3 weken. Zij deden dit door bewust stil te staan bij het primaire proces. Allereerst brachten ze de huidige gang van zaken in kaart. Vervolgens voerde het team verbeteringen door in de ADHD-routing. Zo werd het gebruik van formulieren, brieven en formats vereenvoudigd en gestandaardiseerd. Vervolgens ontwikkelde het team samen met collega's van andere locaties een voorstel voor centralisatie van de ADHD-poli in de regio.

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

Ook zijn de aanmeldcriteria aangescherpt en aangepast zodat de cliënt op de

juiste plaats wordt onderzocht en behandeld. Dit is gebeurd in samenwerking met Bureau Jeugdzorg en collega's van andere locaties. Deelname aan het Doorbraakproject heeft het team gestimuleerd oude werkwijzen los te laten en creatief om te gaan met nieuwe ideeën en werkwijzen.

1.3 Flexibele capaciteit en taakverschuiving

De mediaan van wachttijd voor onderzoek bij team 7 was bij start van het Doorbraakproject 200 dagen. Het team voerde een aantal veranderingen door die, ieder voor zich, maar zeker ook in samenhang, tot verkorting van deze wachttijd en de doorlooptijd van het diagnostisch traject hebben geleid. Het team was enthousiast en gemotiveerd. Ze spraken af dat ze goede ideeën eerst kleinschalig zouden uitproberen, zonder dat deze vooraf helemaal uitgedacht hoefden te zijn. Een idee dat in de praktijk werkte, werd breed ingevoerd. Een verandering die niet tot het gewenste resultaat leidde, werd bijgesteld of de test werd gestopt.

Bij start van het Doorbraakproject was er een kleine groep behandelaren die een vastgesteld aantal intakes per week uitvoerde. Afgesproken werd dat voortaan (bijna) alle behandelaren intakes doen. En dat aantal intakes per week voortaan kan variëren: afhankelijk van de vraag. Daarnaast zijn er geen slots meer voor spoedintakes. Wanneer er een aanmelding voor een spoedcliënt komt wordt bekeken wie tijd heeft of kan maken om deze cliënt te zien. In de praktijk blijkt dat dit altijd mogelijk is. Deze verandering zorgt er mede voor dat de beschikbare tijd zo goed mogelijk wordt benut.

Ook zijn de werkzaamheden anders verdeeld. Voor de start van het Doorbraakproject deed alleen de psychiater diagnostisch onderzoek. De tijd van de psychiater is echter beperkt. Inmiddels doen alle behandelaren diagnostisch onderzoek en krijgt een cliënt alleen psychiatrisch onderzoek als dit duidelijk geïndiceerd is. Dit voorkomt dat de kortere toegangstijd gepaard gaat met een langere doorlooptijd in het diagnostisch traject.

1.4 Vertrouwen in het beoordelingsvermogen van collega's

Cliënten moesten op een klantvriendelijke en efficiënte wijze geholpen kunnen worden. Daar ging het in de eerste plaats om bij team 5 en dit vertaalde zich onder andere in verbeteringen in het proces van aanmelding tot onderzoek. Het team had de gewoonte om één maal per week met een groepje bij elkaar te gaan zitten om de nieuwe aanmeldingen door te nemen. Waarom eenmaal per week? Geen idee, zo iets ontstaat gewoon. Mogelijk omdat gedacht wordt dat je redelijkerwijs niet vaker een groepje hulpverleners bij elkaar kunt roepen. Maar

leidt dit groepsoverleg ook tot een kwalitatief betere screening en weegt dat op tegen de inzet van de daarmee gemoeide dure tijd van de deelnemers aan dit overleg? Tijdens de tweede werkconferentie van Versnelling in de jeugd-ggz heeft Huub Pijnenburg de teams in een lezing aan het denken gezet over de kosteneffectiviteit of liever het meestal ontbreken daarvan bij veel multidisciplinaire overleggen (zie deel II voor een verkorte weergave van zijn bijdrage). Het kan ook anders. Doordat team D besloot nu dagelijks één persoon nieuwe aanmeldingen te laten checken en de aanmeldingsprocedure daarna direct in gang te zetten werd niet alleen een week tijdswinst geboekt voor cliënten, maar ook veel geld bespaard.

Bovendien werd een extra ingebouwde controle op de screening door de unitmanager voortaan achterwege gelaten. Er bleek namelijk geen enkele grond om het aanvankelijke oordeel van de screener in twijfel te trekken. Die had het vrijwel altijd bij het juiste eind, of in ieder geval werd dat oordeel in bijna alle gevallen toch gevolgd.

Veel tijdswinst kan worden geboekt door te vertrouwen op het oordeel van collega's.

2. Optimaliseren van de onderzoeksduur

2.1 De carrousel en het onewayscreen

In de nulmeting kwam team 1 erachter dat de duur van het onderzoek voor kinderen met een vermoeden van ASS zo'n 6 maanden in beslag nam. Om de onderzoekstijd terug te brengen naar 2,5 maand ontwikkelde het team een ASS-carrousel.

Het intake en onderzoekstraject hebben nu een vaste planning. In de eerste week vindt de intake plaats. Hiervan wordt een verslag gemaakt, dat gebruikt wordt bij de heteroanamnese, psychodiagnostisch onderzoek en observatie. Deze twee onderzoeken vinden op één dag in week 2 plaats. Op de dag van het onderzoek is aansluitend 15 minuten overlegtijd gepland met alle betrokkenen. In week 5 wordt tijdens de indicatiestaf de diagnose vastgesteld en vindt in week 7 het adviesgesprek plaats. In geval van twijfel wordt het adviesgesprek nog niet in week 7 gepland, maar wordt in deze week de ADI-r afgenomen en vindt het adviesgesprek in week 9 of 10 plaats.

Een vernieuwend element in de wijze waarop dit team heeft gewerkt is het feit dat gedurende het psychodiagnostisch onderzoek de psychiater achter het onewayscreen meekijkt. Hierdoor hoeft hij niet de hele onderzoekstijd aanwezig te zijn, maar kan hij zodra hij voldoende informatie heeft, andere werkzaamheden gaan doen, bijvoorbeeld administratie. Als neveneffect heeft dit ook dat

medewerkers meer van elkaar zien en zo ook meer van elkaar kunnen leren. Het resultaat van deze werkwijze was dat de duur van de onderzoeksfase is teruggebracht van 196 naar 82 dagen. Er is een verbetering zichtbaar van 58%.

2.2 Planmatig werken

Team 3 had zich een zeer ambitieus doel gesteld: de diagnostiek in één week laten plaatsvinden en dan starten met behandelingen. Mocht er meer diagnostiek nodig zijn, dan is er verlengde diagnostiek mogelijk, maar wordt er wel gestart met behandelen.

Om dit doel te bereiken ontwierp het team een werkwijze met als belangrijkste ingrediënten:

- Een standaard onderzoeksprocedure die wordt uitgevoerd in 1 werkweek.
- Strakke agendaplanning van medewerkers, afgestemd op deze procedure.
- Invoering nieuwe behandelvarianten waardoor stepped care mogelijk is.

Het resultaat van deze werkwijze is dat team 3 de duur van de intakefase met 95% wist terug te brengen: van 98 naar 4 dagen.

In deel 2 staat de werkwijze uitgebreider beschreven, als onderdeel van hoofdstuk 2: De juiste zorg juist organiseren (paragraaf 2.3).

2.3 Good is good enough

Team 2 had de gewoonte om de behandeling te starten op het moment dat alle onderzoeken waren afgerond: zowel de reguliere als de aanvullende onderzoeken. De onderzoeksfase duurde daardoor veelal een half jaar.

Het team ontwikkelde een nieuwe onderzoeksplanning waarin de diagnostiekfase 4 weken in beslag neemt. In het 'standaard' onderzoeksplan wordt geen aanvullend onderzoek meer ingepland. Mocht blijken dat aanvullend onderzoek wel noodzakelijk is dan kan dit worden aangevraagd na het adviesgesprek. In plaats van de behandeling te starten met een compleet uitgewerkte diagnose, wordt nu gestart met een werkdiagnose. Waarmee team 2 het principe 'van good naar good enough' toepaste vanuit het idee dat tijdens de behandeling nog procesdiagnostiek plaats kan vinden. Het team ervaart dit als een flinke cultuuromslag.

De doorlooptijd van de onderzoeksfase – van intake tot adviesgesprek – is nu meestal vier weken. Ook wordt er nu veel minder gebruik gemaakt van aanvullend onderzoek dan voorheen.

2.4 Geen teksten meermalen overtypen

Doelstelling van team 4 was om de onderzoekstijd, de tijd tussen intakegesprek en het adviesgesprek, met 50% te bekorten. Daarmee zou het team binnen de Treeknormen voor deze fase komen.

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

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

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

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

3. Verkorten van de wachttijd voor behandeling

3.1 Vermindering wachtrijen en flexibele instroom

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

Team 8 heeft ervoor gekozen om dit principe te tartten door een basisbehandeling voor alle kinderen en een basisbehandeling voor alle pubers te ontwikkelen. Het idee is dat alleen bij gegronde redenen een kind of puber niet naar deze groep wordt doorverwezen. Vanuit ervaring opgedaan met diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking, hebben zij de aanwezige en deels zelf op de doelgroep aangepaste, specifieke behandelmethoden nader geanalyseerd. Vanuit deze analyse kwam de gedachte naar voren dat, onafhankelijk van de specifieke problematiek van de jongeren, zij allen kunnen profiteren van de behandeling gericht op basale vaardigheden.

Het gaat hierbij om de volgende thema's:

1. basiscommunicatie/sociale vaardigheden;
2. gevoelens herkennen;
3. zelfbeeld verbeteren;
4. psycho educatie.

Aan het eind van het project liet dit team zien dat deze behandeling bij tweederde van de kinderen werd ingezet. Ervaring met de pubergroep was nog niet opgedaan.

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

3.2 Planbord en matches van hulpverleners

Gebrek aan zicht op de fase in het hulpverleningsproces waarin cliënten zich bevonden was voor team 6 de belangrijkste reden om een in Excel vormgegeven cliëntvolgsysteem te ontwikkelen: het zogenaamde planbord.

Door inzichtelijk te maken hoe alle cliënten het proces van aanmelding tot afsluiting doorlopen en waar de wachtrijen ontstaan, kon gericht actie ondernomen worden om de doorstroming te bevorderen. Zicht op instroom, capaciteit en uitstroom maakt regie mogelijk, via gerichte maatregelen kunnen deze drie grootheden in balans worden gebracht. Onbalans leidt onvermijdelijk tot wachtrijen.

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

Tegelijkertijd werd door team 6 intern een inventarisatie gemaakt van affiniteiten en specialismen van medewerkers voor bepaalde cliëntgroepen of problematiek. Dat bleek een betrekkelijk eenvoudig klusje met heel positieve gevolgen: door cliënten na aanmelding op basis van affiniteiten te koppelen aan hulpverleners werd een aanzienlijke winst in doelmatigheid en cliëntvriendelijkheid bereikt. De hulpverleners bleken over het algemeen minder tijd nodig te hebben voor het onderzoek. Bovendien konden cliënten na de intake veel vaker de behandeling vervolgen bij dezelfde hulpverlener.

3.3 Onderhandelen over minder

Team 10 kende een grote interne wachtlijst voor sociaal psychiatrische hulpverlening. Door tegelijkertijd een aantal acties te ondernemen slaagde dit team er in om in korte tijd de wachtlijst voor behandeling te doen verdwijnen. Achterliggend idee bij hun aanpak was om de zorg in de vorm van stepped care aan te bieden en te organiseren.

De ingrediënten van team 10:

- In een relatief rustige periode zijn alle cliënten op de wachtlijst uitgenodigd om te bezien of alternatieve en minder tijdsintensieve oplossingen op maat mogelijk waren.
- Tegelijkertijd werd een forse interne uitbreiding van het ‘preventieve’ aanbod TripleP (opvoedingsondersteuning) gerealiseerd.
- Daarnaast werden zowel de samenwerking als de verwijzingsmogelijkheden elders in de keten uitgebreid.

4. Optimaliseren behandelduur

4.1 Behandeling afsluiten, tenzij...

Om de doorlooptijd van de behandeling te optimaliseren ontwikkelde team 7 een doelgericht en planmatige werkwijze.

Het diagnostisch traject eindigt voortaan met het vaststellen van concrete, SMART geformuleerde therapiedoelen. Hieraan gekoppeld wordt, in overleg met de cliënt, het (maximum) aantal zittingen vastgelegd. Ten minste eenmaal per half jaar vindt evaluatie van het behandelproces plaats. Bij het bereiken van het maximum aantal zittingen is het uitgangspunt: afsluiten, tenzij...

Het team geeft aan dat dit tot een grote cultuurverandering heeft geleid. De geplande behandeling wordt beter gevolgd en dat leidt in vele gevallen tot een kortere behandelduur. Doorgaan met behandelen is niet meer het uitgangspunt, maar kijken of de behandeling kan worden afgesloten.

Het invoeren van deze veranderingen bleek geen sinecure. Mede omdat het raakt aan de autonomie van behandelaars en vraagt om een cultuurverandering.

Deelname aan het Doorbraakproject leidde voor team 7 tot zinvolle discussies. Binnen het team ontstond een gedeeld bewustzijn dat het mogelijk én noodzakelijk is om, met behoud van kwaliteit, sneller en efficiënter te werken.

4.2 Taakverschuiving: het afsprakenbureau

Het gebruik was dat hulpverleners zelf alle afspraken maakten met hun cliënten, zowel in de onderzoek- als in de behandelfase. Zo'n afspraak komt vaak alleen tot stand na enig onderhandelen met de cliënt over de beschikbare opties. Team 6 meende dat veel tijd kon worden bespaard door deze taken te verleggen van de hulpverleners naar een op te richten afsprakenbureau, als onderdeel van het secretariaat.

Het afsprakenbureau is er gekomen, en na wat logistieke opstartproblemen blijkt dat daarmee inderdaad tijd van hulpverleners gewonnen wordt. Dit kon worden afgeleid uit de toegenomen productiviteit sinds de oprichting van het afsprakenbureau: er zijn meer cliënten in behandeling genomen dan daarvoor. Deze toegenomen behandelcapaciteit heeft automatisch wachtlijstreductie tot gevolg.

4.3 Optimale benutting van capaciteit en stepped care

Team 7 voerde een aantal veranderingen door met als doel de behandelcapaciteit zo goed mogelijk te benutten.

Zo is gestart met een aanbod van oudergroepen voor ADHD en PDD gericht op psycho-educatie. Een grotere groep cliënten kan daardoor tegelijk starten bij één of twee behandelaren. Dit leidde tot een verkorting van de wachttijd voor behandeling.

Bovendien is de verwachting dat een relatief groot deel van de ouders voldoende zal hebben aan deze vorm van begeleiding, waardoor de behandelingen eerder dan voorheen kunnen worden afgesloten. Ouders krijgen niet langer standaard het uitgebreide behandel aanbod, maar er wordt gewerkt met het model van stepped care. Volgens dat model ontvangen cliënten een behandeling die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. Het afsluiten van behandelingen levert ruimte voor nieuwe behandelingen, de capaciteit wordt optimaal benut en de wachttijden nemen af.

4.4 De strippenkaart

Team 11 ontwikkelde een zorgpad voor 12-18 jarigen met een autisme spectrum stoornis (ASS) bij wie de diagnose al is gesteld. Veel van deze jongeren hebben ooit lang op een wachtlijst gestaan. Zowel ouders als hulpverleners vinden het moeilijk om het behandelcontact af te ronden, ook als er op een gegeven moment eigenlijk geen vraag meer is. Zij weten immers dat de meeste van deze jongeren op enig moment weer tegen problemen aan zullen lopen:

bijvoorbeeld rond de overgang van de basisschool naar de middelbare school en rond de puberteit.

Het idee van team 11 was om voorspelbare vragen te structureren en daar een standaard aanbod op te ontwikkelen. Dit in de vorm van psycho-educatie, sociale vaardigheidstraining, agressieregulatie en dergelijke. Jongeren die op dat moment zijn uitbehandeld krijgen dan een “strippenkaart” mee waarvan zij op het moment dat dat nodig is direct gebruik kunnen maken.

Het voordeel van deze aanpak is drieledig:

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

Deel 4 Bijdragen van experts

In het project versnelling in de jeugd-ggz hebben diverse experts een bijdrage geleverd aan de werkbijeenkomsten. Dit deel bevat een weergave van de bijdragen die Giel Hutschemaekers, Huub Pijnenburg, Anja van der Aa en Monica Haimé leverden vanuit hun expertise.



uil symbool van wijsheid,
kennis, studie en eruditie

Werken aan de beste zorg bewerking presentatie Giel Hutschemaekers

Een belangrijk hulpmiddel om wachtlijsten beheersbaar te maken is het voeren van regie op instroom, capaciteit en uitstroom. Als deze met elkaar in evenwicht zijn ontstaan er geen opstoppingen: het aantal aangemelde cliënten is dan even groot als de capaciteit van de behandelaars en even groot als het aantal cliënten dat uitstroomt. Het lijkt zo eenvoudig, maar is tegelijkertijd een van de lastigst te beïnvloeden processen. Regie houden over deze drie betekent onder andere bewust de kraan voor instroom en uitstroom bedienen; deze zo nodig opener of dichtert zetten. Maar volgens welke principes zou dat moeten? Puur kwantitatief ingrijpen betekent dat aan een aantal potentiële cliënten zorg onthouden wordt die ze mogelijk wel nodig hebben. Dit druist in tegen beroepsethische principes van de professionals in de zorg. Maar de kraan kan ook op kwalitatieve gronden open of dicht: regie over instroom en uitstroom wordt dan gekoppeld aan de beste zorg. Dit is het uitgangspunt van 'stepped care' ofwel getrapte zorg, waarbij verschillende niveaus van zorg samen een geïntegreerd zorgmodel vormen. Voor cliënten betekent het dat de zorg hen niet meer belast dan strikt noodzakelijk, voor instellingen dat zij zich scherper kunnen toelagen op een eigen taakgebied, voor de samenleving dat de kosten van de zorg beter in de hand gehouden kunnen worden.

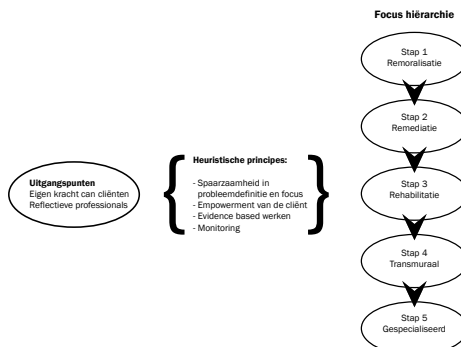
Giel Hutschemaekers, directeur GRIP en bijzonder hoogleraar professionalisering van de ggz, trakteerde de deelnemers van Versnelling in de jeugd-ggz tijdens één van de werkconferenties op een doortimmerd pleidooi voor getrapte zorg in de geestelijke gezondheidszorg.



Schematische weergave van het model van getrapte zorg dat Hutchemaekers presenteerde tijdens de werkbijeenkomst op 2 oktober 2008

Een pleidooi dat al eerder op schrift was gesteld in Weg van professionalisering (Hutchemaekers G, Tiemens B, Smit A, 2006). Er is moed voor nodig, met name van professionals in de ggz, betoogde Hutchemaekers, die van hun ‘professiedenken’ en ‘expertdenken’ af zullen moeten stappen voor het grotere maatschappelijk belang: dat van een geïntegreerde gezondheidszorg op basis van getrapte zorg. In deze zorg draagt iedereen bij, zowel generalist als specialist, informele zorgverlener als cliënt. Hieronder een compilatie van hoofdstuk 6 van het genoemde boek.

Toepassing van getrapte zorg vraagt om een andere organisatie van de zorg. Het verschil wordt al direct duidelijk bij aanmelding. In plaats van een standaard diagnostisch onderzoek waarin wordt vastgesteld wat er precies met de cliënt aan de hand is, is de diagnostische vraag direct gekoppeld aan de fase waarop de cliënt insteekt. Bij een cliënt zonder eerdere ggz behandeling vindt een globale screening plaats, waarbij op basis van het ‘pluis niet-pluis’ criterium wordt bepaald of de cliënt direct kan starten met de reguliere stap 1 van het model, remoralisatie. De diagnostiek staat vervolgens in dienst van de behandeling die volgt. In stap 1 is de diagnostiek dan ook vooral gericht op de omstandigheden waarin de problemen zijn ontstaan en op het bedenken



van maatregelen die kunnen worden getroffen zodat de cliënt weer zelfstandig verder kan.

Bij stap 2, remediatie, wordt in de diagnostische fase het toestandbeeld nader verkend en in stap 3, rehabilitatie, staan adaptatiestrategieën en de persoonlijkheid centraal. Diagnostiek vindt dus niet alleen bij aanmelding plaats, maar gaat voortdurend door. Zolang er behandeld wordt, wordt er ook gediagnosticeerd. In die zin zijn in het getrapte zorgmodel diagnostiek en behandeling veel sterker met elkaar verweven.

Deze verwevenheid betekent tevens dat het zorgproces vooral een cyclisch karakter heeft. Diagnostiek moet leiden tot een behandelhypothese en vervolgens vertaald kunnen worden in behandeldoelen. Daarna volgt de diagnostiek in het kader van het monitoren van de behandeling, als toetsing van de hypothese en als evaluatie van gestelde doelen. Zijn de doelen niet gehaald dan moet diagnostisch onderzoek opnieuw hypothesen genereren ter verklaring van het gebrek aan resultaat. Klinisch psychologen spreken in dit verband graag van het model van de 'scientist practitioner'.

Kenmerkend voor een getrapte zorgorganisatie is dat de stappen in het model vooraf zijn gedefinieerd, maar dat de invulling per stap plaatsvindt in de spreekkamer. De focus per stap geeft richting aan het formuleren van de behandeldoelstelling; de behandeldoelstelling vervolgens aan de keuze voor interventies. De interventies op hun beurt definiëren de intensiteit en duur van de behandeling en bepalen het moment van (tussentijdse) evaluatie. Bij aanmelding kan dus niet voorspeld worden wat de precieze invulling van de behandeling is en welke disciplines daar allemaal bij betrokken zullen worden. Getrapte zorg vraagt met andere woorden een organisatievorm die flexibel kan inspelen op de transities tussen de stappen. Anders geformuleerd: getrapte zorg vraagt niet alleen een inhoudelijke afstemming op de hulpvraag, maar ook een organisatorische. De implementatie van getrapte zorg zal niet eenvoudig zijn. Niet alleen omdat dit een forse taakherschikking tussen disciplines veronderstelt, maar ook omdat het een andere inrichting van zorgprocessen impliceert en misschien zelfs een ander perspectief op hulpverlening. Hiervoor zal allereerst erkend moeten worden dat de huidige inrichting van de zorgprocessen van de geïntegreerde ggz instellingen vooral gericht is op cliënten met complexe hulpvragen, dat wil zeggen op cliënten die multidisciplinaire specialistische zorg behoeven, terwijl er tegelijkertijd een hele groep cliënten bestaat die daardoor te zware zorg krijgen aangeboden. Dat voor lief nemen is kenmerkend voor een specialistische aanpak: het risico op onvoldoende zorg is zwaarwegender dan het risico op te veel zorg. Kern van de oplossing die we hier voorstellen is dat er een scheiding wordt aangebracht tussen generalistische en specialistische zorg, echter niet op basis van problematiek, maar op basis

van het verloop van de klachten en de behandelgeschiedenis van de cliënt. De stappen in de zorg die daaruit volgen zouden richtinggevend moeten zijn voor aanpassingen in de organisatie en de inrichting van het primaire proces. Daarbij kan de zorg per stap worden georganiseerd, het is echter ook heel wel mogelijk het onderscheid in eerste instantie toe te spitsen op het onderscheid tussen het monodisciplinaire generalistische deel van de zorg (de stappen 1, 2 en 3) en het multidisciplinaire specialistische deel van de zorg (de stappen 4 en 5).

Vanuit de huidige ggz bezien leidt getrapte zorg tot een scherper onderscheid tussen het multidisciplinaire specialistische deel en het monodisciplinaire generalistische deel. Binnen de organisatie moet dan een denkbeeldige muur worden aangebracht. Voor die muur wordt monodisciplinair gewerkt van stap tot stap, achter de muur wordt specialistisch gewerkt. De werkwijze in de generalistische afdeling wijkt sterk af van de oude aanpak. De oude hiërarchie tussen disciplines krijgt een andere invulling omdat specialisten in beginsel geen aandeel in de zorg hebben. Individuele hulpverleners worden geacht zelfstandig beslissingen te nemen, zonder overleg met en rugdekking van een multidisciplinair team. Specialisten hebben slechts een consultatierol. Afwijkend is ook de ideologie waarbij zonder al te veel diagnostiek gezocht wordt naar mogelijkheden om de cliënt via minimale interventies weer snel op de been te krijgen. Die verandering wordt versterkt door het werken met getrapte doelstellingen en de continue feedback via een systeem van monitoring. Het is de vraag of het onderscheid tussen generalistische en specialistische ggz binnen de muren van één instelling wel realiseerbaar is. Voor de nieuwe generalistische afdeling zal het in die context niet zo eenvoudig zijn een eigen gezicht en identiteit op te bouwen. We zien nu al dat een aantal instellingen er voor kiest om het organisatorische onderscheid te vertalen in een formele splitsing waarbij een deel van de ggz instelling zich afsplitst en autonome aanbieder van generalistische zorg wordt. Andere instellingen lijken ofwel te kiezen voor kleinere organisaties op wijkniveau en dichter bij de huisarts, ofwel voor een bovenregionale organisatie op grotere schaal van waaruit de generalistische zorg in de regio wordt georganiseerd.

Hoe de exacte organisatorische vormgeving van deze nieuwe eerstelijns ggz voorzieningen er ook uit zal gaan zien, telkens zal het accent moeten liggen op een generalistische aanpak waarbij problemen van cliënten op hoofdlijnen worden beoordeeld. Bij indruk van 'pluis' wordt gezocht naar een gezamenlijke probleemdefinitie en vervolgens gewerkt aan versterking van de eigen kracht van de cliënt. Bij een generalistische benadering horen korte en directe lijnen, zowel naar cliënten als naar hun verwijzers (met name de huisartsen). Tegelijkertijd moeten er korte lijnen komen naar de specialistische ggz, waar-

door reguliere verwijzingen niet stuiten op lange wachtlijsten en bij crisis directe opvang kan worden gerealiseerd. Korte lijnen zullen er ook toe bijdragen dat consultatie voorhanden is en een verzoek tot nader onderzoek snel kan worden gehonoreerd. Korte lijnen kunnen er vervolgens ook toe leiden dat de weg terug van gespecialiseerde naar generalistische zorg breed toegankelijk is. De splitsing tussen generalistische en specialistische zorg heeft zeker ook grote gevolgen voor de specialistische zorg. Van professionals wordt verwacht dat zij veel meer als reflectieve professionals gaan werken waarbij de inrichting van de zorg een sterk cyclisch karakter gaat dragen van steeds weer opnieuw hypothesen genereren, doelen stellen, interventies aanbieden, evaluaties uitvoeren, et cetera. Die methodische werkwijze zal niet van vandaag op morgen en zonder slag of stoot worden gerealiseerd. Daar komt nog bij dat ook de splitsing tussen generalistische en specialistische zorg directe gevolgen heeft voor de aard en inhoud van de hulpvragen. De diagnostiek zal meer nog dan thans het geval is, vooral inzicht moeten verschaffen in de mogelijke oorzaken van het uitblijven van succes tijdens eerdere stappen. Waarschijnlijk zullen bestaande richtlijnen en protocollen daarbij dus geen toegevoegde waarde meer hebben, dat stadium zal in de regel al voorbij zijn. Heel vaak zal het team daarom zelf een pad moeten uitzetten voor de meest passende zorg. Meer dan in de generalistische zorg zal daarbij gezocht moeten worden naar empirische ondersteuning. De 'evidence based' werkwijze zal dan ook meer regel dan uitzondering worden. Feitelijk krijgt de specialistische zorg daarmee een veel sterker specialistisch karakter dan thans het geval is.

Prof. dr. G.J.M. (Giel) Hutschemaekers is sinds de oprichting directeur van GRIP (Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering) en als bijzonder hoogleraar professionalisering van ggz verbonden aan de faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Hutschemaekers, G., Tiemens, B., Smit, A. (2006). *Weg van Professionalisering: Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP, De Gelders Roos.

Te downloaden via: www.degelderseroos.nl/bestanden/pagina/bestanden/binnenwerk.pdf

Samen is lang niet altijd beter dan solo

Huub Pijnenburg

Over de vermeende superioriteit van diagnostische teambesluitvorming

Zeventien jaar geleden tekende een journalist van de Volkskrant deze woorden op uit de mond van wijlen professor Piet Vroon: “We hebben de neiging om niet logisch en ordelijk tot een opvatting te komen, en ook als we onze ideeën moeten reviseren spelen logica en informatie geen allesoverheersende rol... We hebben de neiging vooringenomen te zijn, en we hebben er bovendien een hekel aan onze ideeën te herzien... Ook echte experts hebben de neiging rotsvaste overtuigingen te combineren met een zekere blindheid voor nieuwe feiten...” Met die woorden vatte Vroon even bondig als helder een aantal belangrijke conclusies samen van het onderzoek naar beslissingsgedrag, waartoe economen zo’n halve eeuw eerder de aanzet hadden gegeven. Vooral Vroons verbijzondering ‘ook echte experts’ gaf destijds te denken, en doet dat nog steeds. Ook – of beter nog: juist – wanneer het gaat om casus-gerelateerde klinische besluitvorming in een zo complexe en ongewisse branche als de jeugdhulpverlening en -ggz. In deze jeugdzorgpraktijk staan professionals dagelijks voor de taak om in goed overleg met cliënten onder tijdsdruk (en politieke druk) beslissingen te nemen die voor cliënten verstreckende gevolgen kunnen hebben. Dat moet gebeuren op basis van een beperkte professionele ‘body of knowledge’ (zeker in empirische zin), met meeweging van informatie die heel divers van aard is en per definitie onzeker. Bovendien moet hierbij rekening worden gehouden met de uiteenlopende randvoorwaardelijke beperkingen en grenzen die de dagelijkse praktijk nu eenmaal stelt.

Een van de eersten die dit thema kritisch onder de loep nam was de Amerikaanse clinicus-onderzoeker Paul Meehl. Zijn in 1954 gepubliceerde monografie ‘Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and review of the evidence’ leidde tot heftige reacties. Bewust of onbewust gooide Meehl met het publiceren van deze studie een grote steen in de op dat moment nog rimpelloze vijver van het ‘onfeilbare’ klinisch oordeel van psychiaters en psychologen. Meehl analyseerde 19 empirische onderzoeken waarin op basis van testcores op twee manieren voorspellingen gedaan werden over de toestand van patiënten een aantal maanden later: intuïtieve voorspellingen van ervaren clinici werden vergeleken met voorspellingen op basis van eenvoudige statistische formules. Wat bleek? In elk onderzoek deden de statistische voorspellingen het even goed of beter dan de intuïtieve voorspellingen die de deelnemende clinici na zorgvuldige afweging hadden gedaan. Meehl concludeerde daarop dat er geen overtuigend bewijs was voor de stelling dat de creativiteit en ervaring van clinici een meer betrouwbare en effectieve basis vormen voor

het uitvoeren van klinisch diagnostische besluitvormingstaken dan statistische algoritmen. Die 'provocatie' werd hem natuurlijk bepaald niet in dank afgenomen. Meehls pleidooi voor kritisch onderzoek naar de klinische praktijkvoering was echter wel degelijk goed gefundeerd; volkomen terecht pleitte hij voor een zelfkritische en reflectieve opstelling van klinici ten aanzien van hun eigen professionele oordeelsvermogen en beslisgedrag.

Gevraagd naar een verklaring voor zijn bevindingen, zei Meehl te vermoeden dat het beslissingsgedrag van klinici bloot staat aan tal van vormen van oordeelsvertekening en de verleiding tot het nemen van cognitieve binnenpaadjes (heuristieken). Clinici zouden bij het inschatten van de kwaliteit van hun eigen oordeelsvermogen neigen tot flagrante zelfoverschatting. Onder aanvoering van de latere Nobelprijswinnaar Kahneman en zijn collega's Slovic en Tversky verscheen in de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw een hausse aan publicaties over dit thema. Dit onderzoek bevestigde Meehls vermoedens (zie voor een overzicht Kahneman, Slovic, & Tversky, 1982).

Met zijn onderzoek wilde Meehl de klinische stand overigens niet te kijk zetten, wel uitdagen om zich verder te professionaliseren. Meehls verdienste is dat hij de vanzelfsprekendheid van de kwaliteit individuele klinische (vooral: diagnostische) beslissingen van psychologen en psychiaters ter discussie heeft gesteld, en het onderzoek naar professioneel beslissingsgedrag heeft gestimuleerd. Hij heeft daarbij onderzoekers en klinici aangemoedigd samen te werken bij de ontwikkeling van vormen van beslissingsondersteuning die recht doen aan kwaliteiten én beperkingen van het professionele oordeelsvermogen; ook dat is een verdienste.

Zoals al aangegeven had Meehls werk betrekking op het oordeel van individuele beslissers; met onderzoek naar teambesluitvorming heeft hij zich niet ingelaten. Dat is niet verwonderlijk als we ons realiseren dat zijn belangrijkste werk tot stand kwam rond het midden van de vorige eeuw. Sindsdien is er echter veel veranderd in de psychosociale zorg voor volwassenen en jeugdigen. Een van de opvallende veranderingen is de opkomst van multidisciplinaire teams, vooral vanaf het begin van de jaren 70. Maatschappelijk-historisch beschouwd hoeft dat weinig verwondering te wekken. Wat echter wel frappeert is het naïeve geloof in de meerwaarde van teambesluitvorming ten opzichte van individuele beslissingen in het psychosociale domein. Dit geloof in teams lijkt inmiddels bijna even sterk als het geloof in de onfeilbaarheid van het *individuele* professionele klinische oordeel zo'n halve eeuw geleden.

Dat baart zorgen, want er is alle reden om die overtuiging ter discussie te stellen. Toch gebeurt dat zelden (zie bijv. Dijkshoorn, 2004). De literatuur overziend valt om te beginnen de relatieve schaarste aan onderzoek naar de kwaliteit en meerwaarde van klinische teambesluitvorming op¹. Het beschikbare onderzoek maakt duidelijk dat teambesluitvorming onder gunstige omstandigheden

toegevoegde waarde en kwaliteit kan hebben, maar dat die kwaliteit er in de praktijk heel vaak niet uitkomt. Zo worden teamvergaderingen in weerwil van de hoge kosten die er mee gemoeid zijn vaak niet gedegen voorbereid. Dossiers en rapportages zijn vaak omvangrijk en onoverzichtelijk, niet tijdig beschikbaar of worden niet consequent door betrokkenen ingezien in de aanloop naar het overleg. Daarnaast is het vakkundig leiden van een teamoverleg een kunst die lang niet alle voorzitters beheersen. Vaak zijn ze hierin ook niet getraind. Desondanks wordt van voorzitters behalve een structurerende en faciliterende rol tegelijkertijd een vakinhoudelijke inbreng verwacht: dat is een complexe balanceeract die voor tal van voorzitters te veel gevraagd is. Verder zijn er ook veel vragen bij de kwaliteit van de verslaglegging en follow-up van de tijdens vergaderingen genomen beslissingen.

Daarmee is de kous overigens nog niet af: aan teambesluitvorming kleven inherente interactionele risico's zoals die van 'groupthink' en statusbias (alle teamleden zijn gelijk, maar sommige meer dan andere) en efficiencyverlies door het collectief herkauwen van dossierinformatie, enz. Bovendien blijken teamleden het erg lastig te vinden de kwaliteit en impact van hun eigen inbreng adequaat in te schatten, en is de onderlinge overeenstemming tussen teamleden vaak lager dan de genotuleerde 'consensusbeslissingen' doen vermoeden.

Ook juridisch beschouwd is teambesluitvorming tot slot problematisch. In ons land kennen we de notie van professionele aansprakelijkheid. Die is echter gekoppeld aan individuen of organisaties. Multidisciplinaire teams zijn geen rechtspersonen. Het 'voelt' dus misschien wel veilig als een diagnostische of behandelbeslissing door het voltallige team genomen en gedragen wordt, maar juridisch houdt het geen steek.

In het licht van het voorgaande is het van groot belang dat de jeugdzorg veel kritischer wordt op het inzetten van teams bij het nemen van beslissingen en zich afvraagt: bij welke (liefst gerichte) vragen, voor welk doel kan teambesluitvorming meerwaarde hebben, en hoe structureren en faciliteren we dat proces? Hoe zorgen we er voor dat de potentiële meerwaarde ook echt wordt gerealiseerd? Wanneer en waarom kies ik voor individuele besluitvorming, desgewenst gevoed door intercollegiale consultatie, en wanneer voor teambesluitvorming? Wat vraagt dat van de organisatie, de deelnemers en de voorzitter? En last but not least: hoe kunnen we de eigen organisatie en collega's beter toerusten voor deze taak?

Wat daar in ieder geval niet bij hoort is investeren in zogenaamde 'debiasing'

1 De auteur werkt momenteel aan een artikel voor Kind en Adolescent Praktijk, dat naar verwachting in de tweede helft van 2009 zal verschijnen. Daarin wordt ingegaan op onderzoek over dit thema. Dit artikel is te beschouwen als een vervolg op het overzichtsartikel van Pijnenburg, Vennix en De Bruijn (1998). In de voorliggende beknopte bijdrage wordt volstaan met een paar belangrijke conclusies uit onderzoek.

trainingen, die een aantal jaren zeer populair zijn geweest. De onderzoeksliteratuur laat zien dat je beslissers tijdens trainingen wel kunt wijzen op tal van vormen van vertekening die in hun oordeelsvorming kunnen sluipen, maar dat dit hen helaas niet immuniseert. Strategieën die meer zoden aan de dijk zetten zijn onder meer:

- investeren in het professionaliseren van voorzitters in hun faciliterende rol, en het (onder)scheiden van faciliterende en inhoudelijke functie;
- indikken en overzichtelijker maken van de papierstraat in de aanloop naar het teamoverleg; procedurele disciplineren van het hele proces van voorrapportage, besluitvorming tijdens het overleg, verslaglegging en communicatie na afloop;
- ontwikkelen van systematische follow-up- en feedbackroutines met betrekking tot genomen beslissingen.

Zulke initiatieven kunnen helpen om teambesluitvorming om te vormen van de reflexieve activiteit die het nu vaak helaas nog is tot de reflectieve activiteit die het zou moeten zijn. Toegegeven: teamoverleg kan meerdere doelen dienen dan enkel besluitvorming. Daarvan ben ik me terdege bewust. Inzet kan bijvoorbeeld onderlinge afstemming en coördinatie zijn, of intercollegiale toetsing. Geen probleem, zolang dat op voorhand maar duidelijk is. In deze korte bijdrage ligt de nadruk echter specifiek op teamoverleg als besluitvormend overleg. In dat licht is wat vaak gepresenteerd wordt als ‘transdisciplinaire’ of ‘teambesluitvorming’ mijns inziens nog al te vaak een vorm van oer-Hollands professioneel polderen die teamleden in de verleiding brengt zich te verschuilen achter elkaars rug, in het valse besef dat het teambesluitvormingsproces boven gerede twijfel verheven is. Was het maar zo.

Tot slot: over dit thema heb ik de afgelopen jaren binnen veel jeugdzorginstellingen met collega’s van gedachten mogen wisselen. Op zichzelf is dat goed nieuws. Tegelijkertijd is het ook zo dat het aantal keren dat ik tijdens deze ontmoetingen niet te horen kreeg: “uw verhaal is weliswaar heel interessant maar niet van toepassing op onze organisatie”, op de vingers van één hand te tellen is. In het licht van de literatuur over de kwaliteit van teambesluitvorming geeft dat te denken. Want als er een les uit te trekken valt is het dat superieure teambesluitvorming mogelijk is, maar ook veel zeldzamer dan wij wensen te geloven.

Literatuur

Dijkshoorn, P. (2004). Weg met de wachtlijsten, zoeken naar kwaliteit: Efficiënt werken voor een beter resultaat. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 4-11.

Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.

Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Pijnenburg, H.M., Bruyn, E.E.J. De, & Vennix, J.A.M. (1998). Diagnostische besluitvorming in teams: Van onderzoek naar ondersteuning. In J. Bosch, H. Bosma, A. Ruijsenaars R.J. van der Gaag & A. Vijt (red.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 1998* (pp. 297-329). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vroon, P. (1992). Interview. *De Volkskrant* (19 september 1992).

Over de auteur

Huub Pijnenburg is als lector Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd verbonden aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Daarnaast is hij als senior onderzoeker/adviseur werkzaam bij Praktikon, een onafhankelijk centrum voor onderzoek in jeugdzorg en onderwijs dat deel uitmaakt van het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit.

Contactgegevens: dr. H.M. Pijnenburg, HAN, Bisschop Hamerhuis, Verlengde Groenestraat 75, 6524 EJ Nijmegen, h.pijnenburg@han.nl

Ondernemen in ketens en netwerken

Anja van der Aa

Hieronder staan 10 trucs voor ondernemen in netwerken. Let wel, oefening baart kunst. Hoe vaker u het doet, hoe succesvoller u wordt.

Zeg wat u zelf wilt; vraag wat anderen willen

Het zou geweldig zijn als alle leidinggevendenden, collega's of samenwerkingspartners een flinke dosis empathie in hun handelingsrepertoire hebben zitten. Zich kunnen voorstellen of invoelen wat u zelf belangrijk vindt en wilt bereiken. Helaas, zo zit de gemiddelde leidinggevende, collega of partner niet in elkaar. Alleen door duidelijk, positief en in concrete termen te formuleren wat u zelf wilt en dit met regelmaat te herhalen, kunnen anderen rekening met u houden. Vraag ook altijd aan anderen wat zij willen, anders ontstaat er geen verbinding.

Beperk overleggen en vergaderingen; maak werkafspraken

Lang vergaderen is nodig als er veel onduidelijk is en blijft ofwel als er geen keuzes worden gemaakt. Door het maken van concrete werkafspraken is veel en lang overleggen overbodig. Dan is immers helder wat probleem, doel, doelgroep zijn en wie wat doet. Zorg ervoor dat deze afspraken bij iedereen bekend zijn. Let op: gebruik concrete formuleringen, activiteiten zijn gekoppeld aan personen en deadlines zijn verwoord in data. Voelt niemand zich geroepen om de afspraken op papier te zetten? Doe het dan zelf!

Stop met dingen die niet werken; probeer wat anders

Niet alles kan een succes worden. Soms wordt gedurende een project pas echt duidelijk of iets werkt. Schroom niet om te experimenteren met ruwe concepten, halffabrikaten of breed te communiceren over probeersels. Liever een slechte uitvoering dan helemaal geen uitvoering. Vaak krijgt u zoveel reacties en feedback op een halffabrikaat of probeersel, dat u daarna precies weet wat wel werkt. Als iets helemaal niet blijkt aan te slaan, stop er dan zo snel mogelijk mee. Probeer dan wat anders, want het project, het werkproces of de samenwerking moet wel doorgaan.

Investeer in persoonlijke relaties; bouw een eigen netwerk op

Mensen zijn op de eerste plaats sociale wezens die behoefte hebben aan aandacht en intermenselijke interactie. Goede persoonlijke relaties zijn sterker dan formele structuren. Formele structuren leggen uw positie en functie vast. Informele netwerken bepalen uw identiteit en reputatie en daarmee uw bewegingsruimte. Via relaties ontvangt u kennis en contacten die u verder kunnen helpen. Verzamel de contactgegevens van alle leuke en interessante

mensen die u ontmoet en houd contact met hen. Nodig mensen uit voor leuke bijeenkomsten om de relatie warm te houden.

Deel uw kennis met anderen; presteer zelf ook

Uw meerwaarde hangt vooral af van de prestatie die u levert, niet van uw kennis. Die kennis is dankzij internet overal te vinden. Dus kunt u net zo goed al uw kennis met anderen delen. Door zelf ook te presteren (= dingen te doen), weet u ook precies aan welke kennis behoefte is. Op abstracte kennis zitten weinig mensen te wachten. Kennis delen heeft nog een voordeel: het vormt een goede en essentiële basis voor samenwerking. Ergens moet de gemeenschappelijke taal voor onderlinge communicatie tot stand komen.

Doe iets leuks samen; genereer positieve energie

Andere omgevingen of werksferen kunnen wonderen verrichten. Tijdens een informele setting is er vaak veel meer mogelijk. Werkbezoeken en excursies zijn leerzaam en leuk. Vindt u het lastig om iets te bedenken? Vraag gewoon aan mensen die u graag meewilt wat ze altijd al een keertje hebben willen zien of uitproberen. Een kijkje in de keuken van een meesterkok? De logistieke processen binnen een ziekenhuis of op een luchthaven bekijken? Zorg voor optimale logistieke ondersteuning, een slechte facilitering levert weerstand op.

Ga op zoek naar sleutelfiguren; let op competenties

Niet posities of functies zijn doorslaggevend, maar competenties zoals een visie hebben, keuzes durven maken, gevoel hebben voor of verstand hebben van uitvoeringsaspecten. Nog een belangrijke competentie is het zelf actief meewerken aan praktische en werkbare oplossingen. Personen die aan deze eisen voldoen mogen zich sleutelfiguren noemen. Ze zitten overal, binnen en buiten organisaties. Niemand kan u ervan weerhouden om ze op te zoeken voor advies, consult en steun.

Neem zelf initiatief; benader sponsoren

In veel hiërarchische contexten wordt vaak gewacht op een formele opdracht voordat er actie wordt ondernomen. Hebt u een goed idee? Maak zelf een beknopt voorstel van maximaal een A-viertje en laat personen die u vertrouwt hierop reageren. Verwerk alle suggesties die worden gedaan. Leg het aangepaste voorstel voor aan een potentiële opdrachtgever. En hebt u een voorstel gemaakt waarvoor geen middelen beschikbaar zijn? Geen probleem. Nederland barst van de sponsoren om een voorstel te ondersteunen.

Denk niet in 'oplossingen'; creëer kansen

Als u zich fixeert op een enkele oplossing dan is de kans levensgroot dat u niet aansluit bij anderen. Denk liever in termen van knelpunten en behoeften.

Signaleer de knelpunten en behoeften in uw (werk)omgeving. Zijn er meerdere personen die last hebben van dezelfde knelpunten of dezelfde behoeften hebben dan doet zich een kans voor om toe te werken naar een oplossing. U kunt ook kansen creëren door urgentie te organiseren. Laat mensen spelenderwijs of visueel ervaren en voelen wat het kernprobleem is. Een gedeeld en gevoeld probleem doet al het ijs smelten.

Leg onoplosbare knelpunten daar neer waar ze wel opgelost worden

U kunt heel veel zelf oplossen, maar niet alles. Er zijn altijd knelpunten en problemen die buiten uw vermogen liggen. Ga er niet vanuit dat anderen deze knelpunten ook kennen. Hoe verder van de werkvloer of werkpraktijk, hoe groter de kans dat ze onbekend blijven. Als deze knelpunten niet worden opgepakt dan worden ze groter en nog moeilijker op te lossen. Zet ze op papier, leg ze daar neer waar ze thuishoren en vraag om een reactie. Breng desnoods de verantwoordelijke personen bij elkaar en confronteer ze ermee. Vaak is één bijeenkomst al voldoende.

Anja van der Aa is voorzitter van Stichting Ketennetwerk en facilitator van www.ketens-netwerken.nl, een platform en community voor mensen die samenwerken en kennisdelen in ketens en netwerken. Eventuele vragen kunt u mailen naar anjavanderaa@ketennetwerk.nl

Cultuurverandering in de jeugd-GGZ

Monica Haimé

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

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

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

Cultuurveranderingen in de zorg

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

Veranderen wordt effectief wanneer mensen zich bewust worden van hun

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

<p>Bestaande uitgangspunten over cliënten</p> <p>Wij weten wat goed is voor cliënten</p> <p>Informatie is ondersteunend aan zorg</p> <p>Het professionele handelen staat centraal</p> <p>Wat wij doen helpt!</p> <p>Wij nemen de regie over</p> <p>We moeten verwanten ontzien</p>	<p>Nieuwe uitgangspunten over cliënten</p> <p>Cliënten weten zelf wat goed is voor hen</p> <p>Informatie is zorg</p> <p>Het behandelproces staat centraal</p> <p>Helpt dat wat wij doen?</p> <p>Cliënten houden de regie zelf</p> <p>We mogen verwanten betrekken</p>
<p>Uitgangspunten over organiseren nu</p> <p>Middelen zijn schaars</p> <p>We doen wat we kunnen</p> <p>Managers zijn sturend en bepalend</p> <p>Professionals sturen en bepalen</p> <p>We moeten alles plannen en controleren</p> <p>Flexibiliteit is beperkt mogelijk</p> <p>Sturing vanuit de hiërarchie is nodig</p>	<p>Nieuwe uitgangspunten over organiseren</p> <p>Middelen zijn voorhanden</p> <p>We kunnen meer dan we doen</p> <p>Managers zijn ondersteunend en faciliterend</p> <p>Professionals helpen en zijn ondersteunend</p> <p>We plannen en controleren alleen risico's</p> <p>Flexibiliteit is te allen tijde nodig</p> <p>Zelfsturing vanuit het primaire proces is nodig</p>

Voorbeelden van uitgangspunten in relatie tot vaste patronen

In de zorg is het bij vele instellingen nog steeds ‘not done’ om per medewerker substantieel tijd en geld te reserveren voor reflectie, scholing en coaching die niet vakgebonden is. Dit terwijl juist reflectie over de bestaande manier van werken hard nodig is om veranderingen door te voeren die hulpverleners in staat stellen om aan de hulpvraag van cliënten te beantwoorden. In toenemende mate worstelen hulpverleners met problemen rond het afstemmen van de vraag en het aanbod. In de taal als cultuuruiting worden de dominante uitgangspunten en de vaste patronen zichtbaar. De taal in de zorg wordt gedomi-

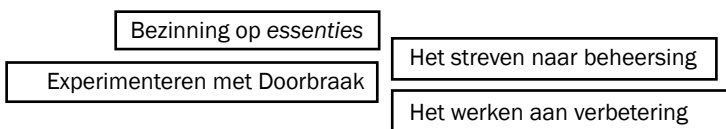
neerd door woorden als zorgzwaarte, werkdruk, wachttijden, wachtlijsten, en bij verandering of vernieuwing wordt steevast geantwoord dat er geen tijd en geen geld voor is. Terwijl we in de zorg sneller, beter, effectiever, efficiënter en steeds harder werken om aan de hulpvraag tegemoet te komen nemen wachttijden, wachtlijsten, toegangstijden en doorlooptijden toe. In de loop der tijd is dit een patroon geworden in de zorg. Het antwoord is eenvoudig: soms moet je vertragen om sneller en beter te kunnen werken. Vertragen in de vorm van stilstaan bij de wijze waarop wordt gewerkt en ruimte nemen voor de vraag: Kan het anders? De patroonverandering die werkt is interveniëren op het werktempo.

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

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

Handvatten voor verandering

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



Het streven naar beheersing

Het streven naar beheersing is zinvol wanneer er sprake is van een beproefde en succesvolle werkwijze. Om deze werkwijze gemeengoed te maken worden

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

Het werken aan verbetering

Werken aan verbetering is zinvol wanneer blijkt dat een beproefde en succesvolle werkwijze efficiënter en effectiever kan worden uitgevoerd. Veelal is dan sprake van een heroverweging van het proces van activiteiten waarbij elke onderscheiden activiteit kritisch wordt geëvalueerd in termen van toegevoegde waarde. Dan blijkt dat activiteiten sneller kunnen, weggelaten kunnen worden of toegevoegd moeten worden. Het dominante gedrag is streven naar sneller en beter werken. Geprefereerde oplossingen zijn scholing en training waarbij medewerkers leren om een activiteit sneller en foutloos te verrichten. Als de baten de kosten van risico's overstijgen dan is men bereid in voorkomende gevallen bepaalde risico's aan te gaan. Het dominante gedrag is streven naar steeds beter, de norm is een ijkpunt en risico's worden afgewogen.

Binnen en buiten de kaders

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

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

Het experimenteren met Doorbraak

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

Bezinning op de essentie

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

Voorbeelden van universele waarden zijn bijvoorbeeld de tien geboden, de universele rechten van de mens, de rechten van het kind en andere waarden die soms in verdragen of verklaringen zijn opgesteld. Voorbeelden van bestaande organisaties op dit vlak zijn het Leger des Heils en Humanitas Ouderenzorg Rotterdam. Humanitas Rotterdam huldigt een aantal waarden waarvan er een is dat de mate waarin de cliënt in staat is om de regie over het eigen leven te houden intact wordt gelaten door hulpverleners die zich niet als hulpverlener opstellen maar als extended family, een tweede belangrijke waarde. Door bezinning op de essentie wordt elke handeling die niet bijdraagt tot de essentie als overbodig gezien.

Het dominante gedrag is tot de essentie doordringen, de norm valt samen met een universele persoonlijke waarde en men gaat ervan uit dat risico's inherent zijn aan het leven en men die nooit volledig kan beheersen.

Toelichting vier dimensies

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

Het bewegingsveld

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

De voorspelbaarheid

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

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

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

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

Vanuit die beleving kan een “breakthrough” plaatsvinden waardoor de manier waarop iemand in de wereld staat fundamenteel is veranderd.

Men kan niet meer kijken en handelen zoals men dat voorheen deed, er is sprake van een paradigmashift waardoor een onomkeerbaar proces in gang is gezet. Het eigen denken, kijken, beleven en handelen zijn veranderd en dit uit zich in concreet waarneembaar gedrag. Een dergelijk veranderingsproces vergt vaak worsteling aangezien de tegenkrachten vanuit de omgeving vaak toenemen nadat een Doorbraak heeft plaatsgevonden. Men wordt verleid of voelt zich gedwongen tot terugval in oude patronen die angstreductie en onzekerheidsreductie als beloning in het vooruitzicht stellen.

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

Rob Zuiderhoudt

Stappen in het veranderingsproces

Onderstaande stappen in het veranderingsproces zijn ontleend aan een grote cultuurverandering die heeft plaatsgevonden in het St. Charles Medical Centre in Oregon. Schuingedrukt staan kort enkele resultaten weergegeven.

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

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

De waarden die fundamenteel zijn gebleken bij de cultuurverandering zijn:

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

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

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

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

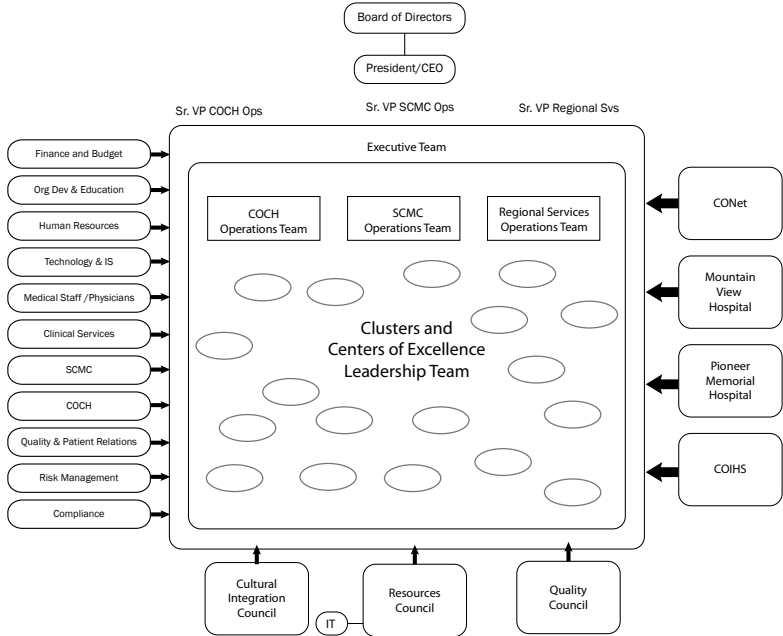
3. Zet het primaire proces centraal. Wanneer duidelijk is geworden welke veranderingen zinvol worden geacht en wanneer daar draagkracht voor is moet duidelijk worden wat nodig is om de verandering vorm te geven. Behandelaars, hulpverleners en cliënten geven aan wat zij nodig hebben om de verandering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

In het St. Charles worden relaties die patiënten hebben met hun dierbaren op

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

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

Cascades Health Services Organization



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

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

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

Het St. Charles wilde de wensen van de patiënten vorm geven en besloot te gaan leren van de "de besten" (benchmarken). Als voorbeeld wordt de Room Service genoemd. Aangezien 30% van het ziekenhuisvoedsel weggegooid werd wilde men leren van dé experts op het gebied van dienstverlening van voedsel: het Ritz Carlton. Samen met hen is onderzoek gedaan naar mogelijkheden voor verbetering. Dit heeft geresulteerd in Room Service in het hele ziekenhuis. Het aardige is dat dit niets meer kost, de patiënt de regie houdt over zijn eigen herstelproces en dat de voedingstoestand van patiënten veel beter is. Met als gevolg, minder kans op complicaties en eerder ontslag. Daarnaast is ook ge-benchmarked met Disney Corporation, Les Schwab Tires, Farells Ice Cream Stores, Nordstrom's, South West & Alaska Airlines en de Salvation Army. Dit alles om de kwaliteit van dienstverlening te vergroten.

6. Breng zichtbare veranderingen direct aan, schroom niet. Houd op met onderscheid te maken tussen bezoekers en medewerkers. Geef een ieder de kans om mee te werken en bij te dragen. Maak de resultaten zichtbaar.

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

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

Conclusie: Op het moment dat een cultuurverandering succesvol in gang is gezet en consequent is bekrachtigd is het een voortdurend veranderingsproces geworden. In aanvang zijn het vaak de smaakmakers en begeleiders die de veranderingen initiëren. Na verloop van tijd is er geen houden meer aan en is elke medewerker een veranderaar geworden. Dan is verandering niet uitzonderlijk

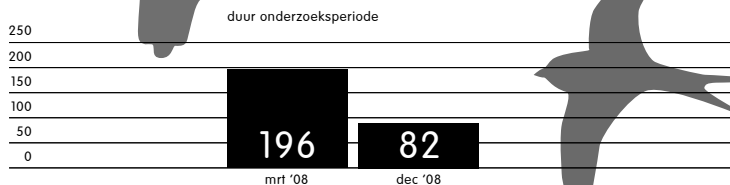
meer, het is normaal geworden. In het St. Charles kregen professionals meer richting en meer ruimte. Wellicht is een van de grote denkfouten in de zorg dat meer richting en meer ruimte niet samengaan.

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

Bijlage Resultaten en tips van Doorbraakteams

De teams die deelnamen aan het Doorbraakproject Versnelling in de jeugd-ggz presenteerden hun resultaten tijdens de slotconferentie in februari 2009. Hun resultaten staan hier weergegeven en zijn gebaseerd op een steekproef van circa 15 dossiers per team. Daarnaast geven de teams kort weer wat hun ervaringen waren en geven zij tips voor teams die met dit Handboek aan de slag willen gaan.

team 1 resultaten



duur onderzoek: – 58%

Toelichting op de grafiek

In bovenstaande gesprek staat de verbetering van de duur van het diagnostiektraject weer-gegeven: van het eerste gesprek tot en met het adviesgesprek. Er is een verbetering zichtbaar van 58%.

Top 3 verbeteringen

- ASS Carrousel
- Nieuwe vergaderstructuur
- Verbeteren formulier behandelplan + evaluatieformulier

Top 3 positieve neveneffecten

- Bij ASS Carrousel: collegiaal leuker, verdieping, bewuster bezig
- Bij nieuwe vergaderstructuur: minder leestijd, verdieping waar nodig en kort waar het kan
- Bij verbeteren formulier behandelplan + evaluatieformulier: minder papier, efficiënter, meer SMART geformuleerd

Top 3 randvoorwaarden

- Afstemming met collega's en secretariaat
- Op tijd komen
- Reserves belangrijk – d.w.z. vervanging bij uitvallen medewerker

Top 3 tips voor andere teams

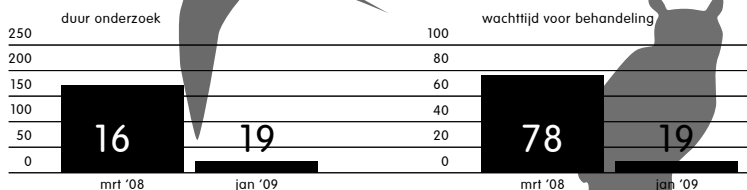
- Meekijken achter one way screen
- Ga met kinderen waarbij een vermoeden van autisme bestaat niet alleen praten maar ook dingen doen
- Elkaar blijven motiveren en gewoon doen

versnelling in de jeugd-ggz

team 2

resultaten

versnelling in de jeugd-ggz



duur onderzoek: – 89%

duur wachttijd: – 76%

Toelichting op de grafieken

Grafiek 1: De duur van start tot einde van het onderzoek is met 89% teruggebracht: van gemiddeld 167 naar 19 dagen.

Grafiek 2: De wachttijd na afronding van het onderzoek tot aan de start van de behandeling is teruggebracht met 76% teruggebracht: van gemiddeld 78 dagen naar 19 dagen.

Top 3 verbeteringen

- Cliënt komt centrater te staan: van diagnostiekteam naar diagnostiek-behandelteam
- Cultuuromslag; komen tot een werkhypothese
- Doorlooptijd: diagnostiek gebeurt in 4 weken, behandeling start binnen 4-6 weken

Top 3 positieve neveneffecten

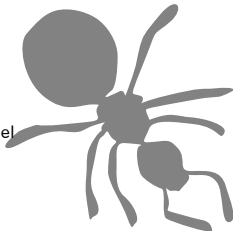
- Accent op de behandeling, nieuwe behandelmodules, minder inzet diagnostiekmodules
- Vraaggericht vergaderen
- Werken met doelrealisatie

Top 3 randvoorwaarden

- Inzet van team én management
- Flexibiliteit in inzet mensen, te kiezen middel
- Cultuuromslag

Top 3 tips voor andere teams

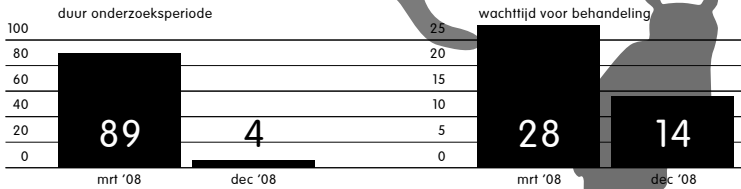
- Extra tijd krijgen voor het proces
- Laat het een gezamenlijk proces zijn, gedragen door het team
- Goede projectleider, gefaciliteerd door het management



team 3

resultaten

versnelling in de jeugd-ggz



duur intake: – 95,5%

duur wachttijd: – 50%

Toelichting op de grafieken

- Onze intakeprocedure realiseert voor alle intakes een afname in tijd van 95,5% !
- De wachttijd voor behandeling is afgenomen met 50%

Top 3 verbeteringen

- Intakefase over het algemeen binnen een week rond, inclusief adviesgesprek
- Wachttijd aan de voordeur en voor behandelingen is sterk verkort
- Meer zorg op maat door nieuwe behandelvarianten, ontwikkeling van evidence based werken en stepped care

Top 3 positieve neveneffecten

- Geen no-shows doordat ouders gemotiveerd zijn en weten waar ze aan toe zijn, voelen zich serieus genomen
- Minder stress omdat de rapportage op tijd af is. Afname van de indirecte tijd voor verslaglegging, vergadering e.d.
- Buiten de kaders denken is mogelijk waardoor er nieuwe behandelmethodes zijn ontwikkeld

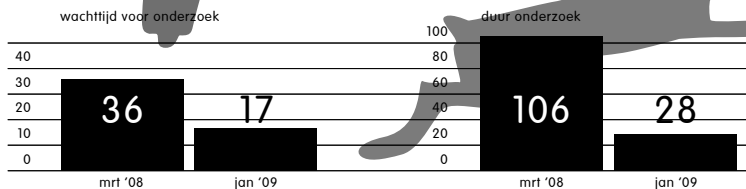
Top 3 randvoorwaarden

- Goede secretariële ondersteuning
- Strakke agendaplanning en –beheer voor afspraken en administratietijd
- Ruimte nemen en krijgen om te ontwikkelen en direct handelen!

Top 3 tips voor andere teams

- Strakke planning
- Buiten de kaders denken
- Niet te lang discussiëren maar gewoon proberen, evalueren en ontwikkelen

team 4 resultaten



duur wachttijd: – 53%
duur intake: – 74%

Toelichting op de grafieken

Grafiek 1: De wachttijd is met 53% afgenomen doordat zaken tegenwoordig een stuk sneller worden opgepakt.

Grafiek 2: De intakefase wordt tegenwoordig sneller afgerond, dat levert cliënten een versnelling van 74% op!

Top 3 verbeteringen

- Tijdswinst
- Minder papieren rompslomp
- Verkorte intake bij uitgebreide info vooraf

Top 3 positieve neveneffecten

- Cultuuromslag in het team, met minder informatie beslissingen nemen, vertrouwend op de intaker
- Meer kijken van afstand naar je eigen werkproces, waardoor verbetering/verandering mogelijk is
- Beter dossiervoering

Top 3 randvoorwaarden

- Iedereen moet uiteindelijk mee doen
- Het intakeverslag/behandelovereenkomst moet volledig ingevuld worden
- Continuïteit van organisatie en bezetting van de werkgroep

Top 3 tips voor andere teams

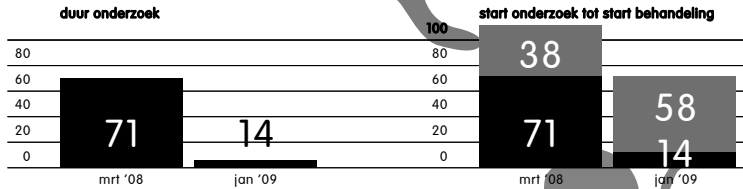
- Gewoon doen! Ook in moeilijke situaties
- Aantal mensen voor een veranderteam moet voldoende groot zijn
- Samenwerking tussen secretariaat en behandelaren

versnelling in de jeugd-ggz

team 5

resultaten

versnelling in de jeugd-ggz



duur intake: – 80%

Toelichting op de grafieken

Het is duidelijk dat de winst van het instellen van versnelde intakes zit in het feit dat ouders veel eerder dan voorheen een diagnose en een behandeladvies krijgen (een versnelling van 80%). De doorlooptijd tussen start van het onderzoek en start behandeling is eveneens korter geworden. Opvallend is dat de wachttijd tussen behandeladvies en start behandeling is opgelopen. Het is de vraag waarom dit zo is. Dit vraagt nader onderzoek.

Top 3 verbeteringen

- Versnelde intake
- ADHD polikliniek
- Reorganisatie wachtlijsten

Top 2 positieve neveneffecten

- Versterking van het bewustzijn/identiteit van het cluster
- Katalysatorwerking naar andere processen

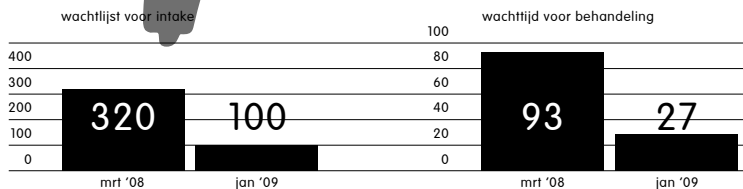
Top 3 randvoorwaarden

- Motivatie
- Facilitering in tijd en geld
- Secretariële ondersteuning

Top 3 tips voor andere teams

- Besteed voldoende tijd en aandacht aan meten van de resultaten
- Zorg voor een stevig draagvlak
- Kom snel tot concrete actie

team 6 resultaten



duur wachtlijst: – 69%
duur wachttijd: – 71%

Toelichting op de grafieken

Grafiek 1: In maart 2008 stonden 320 kinderen gemiddeld 4 maanden op een wachtlijst voor het intakegesprek. In januari 2009 is dit aantal met 69% teruggebracht naar 100, alle kinderen zijn nu uitgenodigd binnen een termijn van negen weken.

Grafiek 2: De tijd dat kinderen na het onderzoek wachten op hun behandeling is afgenomen van 93 naar 27 dagen: een afname van 71%.

Top 3 verbeteringen

- Het invoeren van een planbord, waarmee we zicht hebben op de cliëntenstroom
- De invoering van een afsprakenbureau heeft geleid tot een hogere productie
- Versnelling van de doorstroming van cliënten door push en pull dmv het planbord

Top 3 positieve neveneffecten

- Bewustzijn bij professionals bij het belang van een goede productie
- De werkprocessen zijn ge-update en passend bij de huidige praktijk
- Successen van het doorbraakproject krijgen een vervolg in de organisatie

Top 3 randvoorwaarden

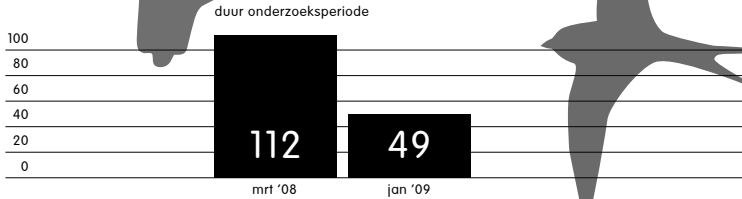
- Een team moet gemotiveerd zijn
- Ondersteuning vanuit het management
- Noodzaak voor verandering moet onderkent worden op de werkvloer

Top 3 tips voor andere teams

- Vooruit plannen en structureren van het project
- Consistentie in je team is belangrijk
- Toon lef en ambitie, en maak verbinding met de professionals en managers op de werkvloer

versnelling in de jeugd-ggz

team 7 resultaten



duur onderzoek: – 56%

Toelichting op de grafiek

De grafiek laat de duur van de onderzoeksperiode zien, van intake tot aan adviesgesprek. Deze periode is gedurende de loop van het project teruggebracht met 56%, van gemiddeld 112 naar 49 dagen.

Top 3 verbeteringen

- Kort onderzoekstraject: intake 1/m diagnose binnen 1 week
- Alle behandelaren doen diagnostisch onderzoek, cliënten krijgen alleen psychiatrisch onderzoek indien duidelijk geïndiceerd. Meer stepped-care werken, doen wat nodig is
- Bij diagnose PDD altijd als standaardaanbod oudergroepen psycho-educatie aanbieden

Top 3 positieve neveneffecten

- Sneller en efficiënter kan met behoud van kwaliteit
- Durf om nieuwe dingen uit te proberen
- Het ervaren als een uitdaging om door te gaan met het uitproberen/uitvoeren van veranderingen en verbeteringen met behoud van kwaliteit. Sneller en efficiënter is niet per definitie verlies van kwaliteit!

Top 3 randvoorwaarden

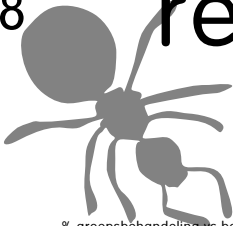
- Een enthousiast, gemotiveerd team
- Tijd om veranderingen effect te laten hebben (eigenlijk is de tijdsduur van dit project, 1 jaar, te kort)
- Geen andere verandertrajecten/reorganisatie in dezelfde periode als het project

Top 3 tips voor andere teams

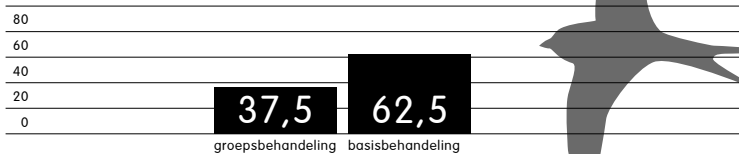
- Durf dingen uit te proberen: werkt iets niet, dan stop je gewoon weer of zoek je naar betere oplossingen.
- Heb niet al te hoge verwachtingen: het effect van vele verbeteringen is pas zichtbaar op de wat langere termijn
- Maak gebruik van de goede en enthousiaste ervaringen van anderen, denk niet te snel: bij ons kan dat niet...

versnelling in de jeugd-ggz

team 8 resultaten



% groepsbehandeling vs basisbehandeling



Toelichting op de grafiek

Te verwachten versnellingseffecten van de nieuwe basisbehandelgroep:

- Open groep met flexibele in- en doorstroom waardoor kortere wachttijden
- Inzet van procesdiagnostiek tijdens basisbehandeling waardoor onderzoeksfase sneller doorlopen wordt
- Verfijnde registratiesystematiek mbt behandelfase waardoor planmatiger gewerkt wordt
- indien nodig volgt een specifieke groepsbehandeling, deze duurt korter en is effectiever omdat basisvaardigheden al zijn aangeleerd

Top 3 verbeteringen

- Stepped Care Behandeling/vraaggericht: behandeling aanbieden die goed aansluit bij wat de cliënt op dat moment nodig heeft en niet de cliënt inpassen in de behandelingsmethode die voorhanden is
- Zicht voor kind, ouders en behandelaren op wachttijd
- Open behandelgroep

Top 3 positieve neveneffecten

- Cultuurverandering bij medewerkers: doen wat werkt, durf gebaande paden te verlaten
- Behandelmethode biedt de mogelijkheid tot procesdiagnostiek m.n. bij complexe problematiek
- Belangstelling van andere afdelingen en ketenpartners voor onze behandelmethoden

Top 3 randvoorwaarden

- Goed administratief patiënten volgsysteem
- Evenwichtig samengesteld multidisciplinair onderzoeks/behandelteam
- Breed inzetbaar personeel

Top 3 tips voor andere teams

- Het inzetten van verschillende disciplines in andere vakgebieden het zgn ontschotten
- Kleine project groep waardoor je slagvaardig aan de gang kunt
- Gewoon beginnen en niet hele plannen eerst op papier willen hebben

versnelling in de jeugd-ggz

team 9 resultaten



duur wachtijd: – 50 tot 100%

Toelichting op de grafiek

Door een combinatie van interventies hebben nu geen wachtlijsten meer bij de instroom. De wachttijd voor een onderzoek is in de loop van 2008 gedaald met 50% tot 100% in januari 2009. Aangezien er in die maand niemand op de wachtlijst stond.

Top 3 verbeteringen

- Geen wachtlijsten bij instroom. De ADHD-Poli haalt de treeknormen
- Meehelpen ontwikkelingen Centralisatie ADHD-Poli in de regio; de poli gaat op meerdere locaties plaatsvinden, waardoor de cliënt meer keuze heeft
- Verbetering primair proces met de daarbij behorende administratieve routing. Voorbeeld: de cliënt krijgt op de ADHD-Poli direct een behandelplan en ondertekent deze

Top 3 positieve neveneffecten

- Betere positionering en bekendheid m.b.t. ADHD vanuit het Sectoroverleg in de regio
- De genoemde verbeteringen worden gegeneraliseerd naar de primaire processen van andere zorgprogramma's op de afdeling
- Teambuilding & interviews ter verbetering van de kwaliteit

Top 3 randvoorwaarden

- Draagvlak Raad van Bestuur en Sectormanagement
- Tijd
- Capaciteit / Geld / Middelen / Ondersteuning

Top 3 tips voor andere teams

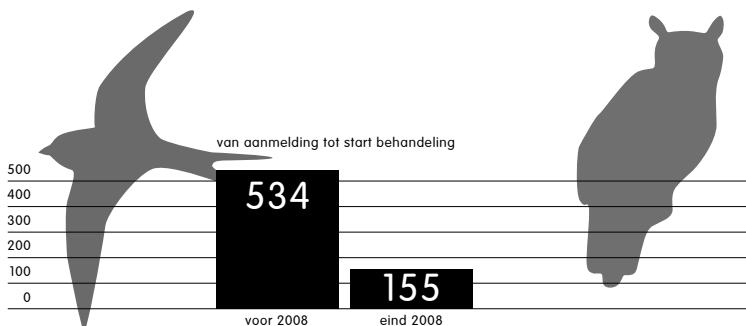
- Inventariseer de deskundigheden van je team, alvorens te starten met veranderingsprocessen
- Betrek ouderorganisaties bij het veranderproces
- Zorg voor een goede balans tussen belasting & ontspanning

versnelling in de jeugd-ggz

team 10

resultaten

versnelling in de jeugd-ggz



duur tot behandeling: – 71%

Toelichting op de grafiek

Dankzij de verschillende interventies is de duur van aanmelding tot start behandeling afgenomen met 71%.

Onderzoek en behandeling gaan sneller en er zijn minder lange wachttijden.

Top 3 verbeteringen

- Stepped care werken bij diagnostiek en behandeling
- Samenwerking met de ketenzorg
- Inzet preventien

Top 3 positieve neveneffecten

- Planmatig werken met vaste evaluatie momenten minder lange wachttijden
- Motto is KORT en KRACHTIG, mede door inzet van de psycho-educatiegroepen
- De interne communicatie en loyaliteit aan de nieuwe werkwijze is verbeterd, breed gedragen door de hele organisatie

Top 3 randvoorwaarden

- Voldoende tijd om het project te kunnen uitvoeren en te experimenteren met de bedachte verbeteringen
- Goede afspraken tussen behandelaren en secretariaat. Secretariaat moet eventueel opgeleid worden voor de veranderde taken
- Het versnellingssteam moet zich gehoord voelen en gefaciliteerd worden

Top 3 tips voor andere teams

- Informeer je collega's. (wij hebben lunchreparaat gehouden waarin groepjes hun eigen verbeterideeën konden aangeven, met een prijs voor het beste idee)
- Inzet psycho-educatie na de diagnose geeft veel ouders (voldoende) houvast
- Maak het project belangrijk! Binnen de organisatie is het project opgepakt door directie. Diverse zaken worden nu breed uitgezet in de organisatie

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. Was projectleider Versnelling in de jeugd-ggz en leidde eerder de Doorbraakprojecten binnen de Bureaus jeugdzorg en de Advies en meldpunten kindermishandeling.

Felix(Flip) Dronkers (1950) is klinisch psycholoog (kinderen en jeugd) BIG, en is werkzaam als zelfstandig beleidsadviseur en projectmanager in jeugdzorg en jeugd-ggz. In de afgelopen jaren was hij ondermeer landelijk projectleider professionalisering jeugdzorg (a.i.) en programmamanager voor de invoering van prestatie-indicatoren voor de jeugdzorg. Op dit ogenblik is hij projectleider voor de richtlijnontwikkeling in de jeugdzorg. Hij is bestuurlid van het NIP, sector Jeugd en voorzitter van de sectie Jeugdzorg.

Ingrid Janssen (1965), fysiotherapeut en gezondheidswetenschapper, is teammanager Logistiek, Arbeidsproductiviteit en Integrale zorg bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Binnen het project Versnelling in de jeugd-ggz was de ontwikkeling van de logistieke principes haar aandachtspunt en begeleidde zij vier verbeterteams. Ingrid heeft meerdere Doorbraakprojecten ontwikkeld en uitgevoerd. Ook begeleidde zij paramedische beroepsverenigingen bij de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid en participeerde zij in het programma Sneller Beter.

Heleen Tijink (1977), gezondheidswetenschapper, werkt bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Binnen het project Versnelling in de jeugd-ggz begeleidde ze meerdere Doorbraakteams. Daarnaast heeft zij, als senior adviseur meerdere implementatieprojecten in ziekenhuizen (be)geleid. Hieronder waren meerdere patientveiligheidsprojecten zoals Veilig Incident Melden binnen Sneller Beter, het Doorbraakproject Postoperatieve wondinfecties en Medicatieveiligheid.

Quirien van der Zijden (1965), orthopedagoog, is mede eigenaar van Partners in Jeugdbeleid. De afgelopen jaren was zij als projectleider verantwoordelijk voor diverse landelijke projecten op het snijvlak van jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en onderwijs. Zij was inhoudelijk coördinator van het project Versnelling in de jeugd-ggz en begeleidde eerder Doorbraakteams binnen de Bureaus jeugdzorg en de Advies en meldpunten kindermishandeling.

slimmer organiseren handboek sneller zorg voor jeugd

Het project *Versnelling in de jeugd-GGZ* heeft laten zien dat met gerichte inspanning aanmerkelijke verbeteringen in de wacht- en doorlooptijden van zorgprocessen in de jeugd-GGZ zijn te bereiken. Door systematisch naar de inhoud van onderzoeks- en behandelprocessen te kijken en dat consequent vanuit het perspectief van de klant te doen, hebben de deelnemende teams grote verbeteringen geboekt. Het aardige van de projectaanpak is dat de teams eigenaar van hun processen blijven c.q. zelf de regie voeren over de verbeterlagen. Daarmee gaan dit soort verbeteringen als het ware 'vanzelf' en behoeft niet grootscheeps van bovenaf gestuurd te worden. Doordat de teams zelf aan het stuur blijven ontstaat een hoog commitment en zijn garanties ingebouwd voor onderhoud en verdere verbetering. De gekozen aanpak sluit aan bij de breed gevoelde noodzaak om meer patiëntgericht te organiseren en draagt bij aan de noodzaak tot kostenefficiënter werken, zoals ondermeer door de DBC-bekostiging ingegeven. – Jos Rietveld, voorzitter Raad van Bestuur Accare

