

# *Kinderen & Jeugdigen* *naar een efficiënter zorgproces*



**Universiteit Twente**  
*de ondernemende universiteit*

## Samenvatting

In dit rapport is het onderzoek beschreven dat kijkt naar structurele alternatieven voor *verbetering van de cliëntendoorstrom, wachttijden en besturing* bij de ambulante afdeling van Kinderen & Jeugdigen bij De Grote Rivieren in Dordrecht. De ambulante afdeling van Kinderen & Jeugdigen is een afdeling bij de GGZ instelling dat jaarlijks 2000 cliënten behandelt die voor meer dan 20.000 unieke behandelaafspraken zorgen. Vaak zijn de ouders hier ook bij betrokken. Bij de afdeling werken 55 mensen, waarvan voornamelijk psychologen en sociaal psychiaterisch verpleegkundigen.

Voor de opzet van het onderzoek ik gebruik gemaakt van de *Algemene Bedrijfskundige Bedrijfsaanpak* van Heerkens. Het onderzoek is verricht in drie fases: het inzichtelijk maken van het zorgproces, een data-analyse naar zorgvraag en aanbod en het uiteindelijk doen van aanbevelingen om doorstroom, wachttijden en besturing te verbeteren. De eerste fase is terug te vinden als stroomdiagrammen in de bijlage van het rapport, de tweede is te vinden in het bijgesloten rapport *Data Analyse* en de laatste is een vlechtwerk van alle verkregen informatie en is terug te vinden als dit rapport.

De ambulante afdeling heeft gedreven medewerkers die secuur werken erg belangrijk vinden. Er is veel vrijheid voor de medewerkers, zelfs zoveel dat het voor het management bijna onmogelijk is om goed inzicht te krijgen in de werkwijzen van het personeel. Het krijgen van grip op informatie is voor het management dan ook van groot belang.

Diverse interviews, documenten en de data analyse hebben inzichten gegeven in verbeteringsalternatieven voor doorstroom en wachttijden. Het meest prominent is daar de samenwerking met Bureau Jeugdzorg naar voren gekomen. Daarnaast zijn aanpassing van de intakeprocedure en invoering van agendaplanning aanpassing die grote voordelen met zich mee zullen brengen. Het ophogen van de vastgelegde bezettingsgraad behoeft ook veel aandacht.

Naast deze grotere punten kan een nieuwe procedure voor het regelen van de intakegesprekken zorgen voor een afname in de W1 (eerste wachtlijst). Het direct afspraken maken na een intake, kan er voor zorgen dat de W3 wordt ingekort. Om te voorkomen dat behandelingen te lang voortduren is het belangrijk dat iedere cliënt structureel wordt geëvalueerd. Het scherper vastleggen van de bedoeling van procesonderdelen kan de medewerker meer inzicht geven in de beste manier van werken (best practices, bewezen methoden). Het zou goed zijn om procedures over welke werknemer welke taken verricht nog eens opnieuw te doorlopen, omdat dit ofwel efficiëntie winsten op kan leveren of wel kan zorgen voor een betere waarborging van het proces. Wanneer de oorzaken van no-shows worden achterhaald, dan kan men hier misschien met kleine maatregelen op anticiperen. Tenslotte kan op de wat langere termijn gekeken worden of de acute diensten nog dynamischer ingericht kunnen worden.

Bij deze aanpassingen is het belangrijk dat ze onderbouwd worden gepresenteerd en dat er duidelijk binnen het circuit wordt gecommuniceerd. Bij voorkeur nemen medewerkers deel aan het proces om tot verandering te komen.

Dit rapport vormt een basis om verder te kijken wat er moet gebeuren. Actie moet nu ondernomen worden. Management en medewerkers moeten samen werken aan het aanscherpen van hun werkwijzen.

# Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>2</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>3</b>
<b>VOORWOORD</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INLEIDING</b> .....	<b>5</b>
1.1 PROBLEEMIDENTIFICATIE .....	5
1.1.1 <i>Onderzoeksvragen</i> .....	5
1.1.2 <i>Aannames en randvoorwaarden</i> .....	5
1.2 PROBLEEMAANPAK .....	6
<b>2 THEORETISCH KADER</b> .....	<b>7</b>
2.1 GRONDSLAG PLANNING EN BESTURING IN DE ZORG .....	7
2.2 THEORIE VOOR HET OPTIMALISEREN VAN LOGISTIEKE ZORGPROCESSEN .....	8
2.3 IMPLEMENTATIE .....	9
<b>3 HUIDIGE SITUATIE</b> .....	<b>10</b>
3.1 INTERNE ORGANISATIE .....	10
3.1.1 <i>Organisatie van De Grote Rivieren</i> .....	10
3.1.2 <i>Organisatie van het circuit Kinderen en Jeugdigen</i> .....	11
3.2 EXTERNE ORGANISATIE.....	14
3.3 BESCHRIJVING VAN HET ZORGPROCES .....	15
3.4 PLANNING EN BESTURING .....	17
3.5 ZORGVRAAG: .....	18
3.5.1 <i>Totale cliëntpopulatie</i> .....	18
3.5.2 <i>Soorten behandelingen, aantallen en duur</i> .....	19
3.5.3 <i>Jaarlijkse instroom</i> .....	20
3.5.4 <i>Zorgvraag per cliëntgroep</i> .....	20
3.6 ZORGAANBOD .....	21
3.7 ONTWIKKELINGEN BINNEN DGR .....	21
ADHD-INTAKE.....	21
ADHD-POLI .....	21
<b>4 GEWENSTE SITUATIE</b> .....	<b>22</b>
<b>5 ALTERNATIEVE OPLOSSINGEN</b> .....	<b>23</b>
5.1 OPTIMALISERING PLANNING & BESTURING .....	23
5.2 DOORLOOPTIJD VS. WACHTRIJ VERKORTING.....	23
5.3 OPLOSSINGSRICHTINGEN .....	24
<b>6 IMPLEMENTATIE</b> .....	<b>28</b>
<b>7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b> .....	<b>29</b>
<b>BRONVERMELDING</b> .....	<b>31</b>
<b>APPENDICES</b> .....	<b>32</b>
I. AFKORTINGEN .....	32
II. PRIMAIR PROCES .....	32

## Voorwoord

Het was april 2006 en ik begon voor het eerst aan mastervakken. Mijn bachelor moest alleen nog afgerond worden met een afsluitende bacheloropdracht, maar het zag er niet naar uit dat ik binnen een kort tijdsbestek een leuke opdracht zou vinden, dus begon ik maar aan mastervakken. Mijn opdracht zou wel een jaartje later komen. Die overtuiging had ik totdat ik bericht kreeg van Henk Jan Hofsteenge. Een jaar eerder had ik een kleine opdracht voor Kinderen en Jeugdigen bij de De Grote Rivieren gedaan, of ik deze zomer misschien weer voor ze wilde werken. Ze hadden nu wat anders in gedachten: het in kaart brengen van de wachtrijproblematiek. Ik was aangenaam verrast met deze vraag, dit was niet alleen een opdracht die mij erg aansprak, maar het paste perfect bij mijn studie en het zou gemakkelijk om te vormen zijn naar een afsluitende bacheloropdracht.

In overleg met Henk Jan en Jan Jongbloed is daarna een onderzoeksopdracht opgesteld. Binnen de Universiteit Twente had ik nu nog een begeleider en een meelezer nodig. Hiervoor had ik Erwin Hans gevraagd, omdat ik wist dat hij erg actief was met logistiek in de medische sector. De gedrevenheid en enthousiasme leek mij een goede input voor het onderzoek. Het heeft hem dit jaar ook de onderwijsprijs van de faculteit opgeleverd. Op aanbeveling van Erwin is Eelco Breedenhoff gevraagd om als meelezer deel te nemen aan de beoordeling van het onderzoek.

De opdracht was rond, nu alleen nog de praktijk. Na niet te lang zoeken vond ik een kamer in hartje Dordrecht. Negen vierkante meter was ruim genoeg voor twee maanden. Gelukkig was ik niet alleen en kon ik de zomer delen met de andere bewoners van Huize 't Zwaantje. In mijn eerste dagen bij Kinderen en Jeugdigen bleek ik niet de enige die net kwam kijken bij hoe alles op de afdeling werkte. Henk Jan werd als afdelingshoofd opgevolgd door Henk Euverman: de eerste uitlegsessies konden gezamenlijk worden gedaan. Door de vakantie was er wat ruimte over en had ik zowaar een groot kantoor voor mezelf. Het onderzoek begon, eerst werd er veel gelezen, het proces werd in kaart gebracht, de openstaande vragen moesten tijdens de interviews naar boven gebracht worden. Ik kreeg alle vrijheid om aan wie dan ook te vragen, wat ik ook wilde weten.

De behulpzaamheid van de medewerkers was groot. Velen maakten tijd voor een interview en veel kon ik tussendoor nog even aanschieten met een vraag. Vooral Mart, de cliëntenstroomcoördinator, werd regelmatig overspoeld met vragen. De openheid van antwoorden en het meedenken van de medewerkers hebben procesgang en verbeterpunten voor een zeer groot deel duidelijk gemaakt.

Na een korte vakantie van een week kwam de data-analyse aan bod. Van te voren had ik met Ron Trompper hier al overleg over gevoerd. Ook hij is als leverancier van de databestanden menig maal door mij benaderd om me verder te helpen. Voor de bewerking van de databestanden is contact gehouden met Wilma de Jong. Zij heeft mij geholpen met het verifiëren van de data in de bestanden. Toen uiteindelijk bleek dat er in de eerder aangeleverde data nog een aantal fouten zaten, heeft ze geholpen met het leveren van volledige informatie. De uitkomsten van het onderzoek zijn in het circuitoverleg besproken en worden met de medewerkers besproken.

Tenslotte wil ik mijn vader en Eljo Haspels nog bedanken voor de input die ze mij hebben gegeven aangaande het eindrapport.

Deze opdracht ik voor mij een hele bijzondere ervaring geweest. Voor het eerst kon ik iets van mijn opleiding in de praktijk brengen. Terugkijkend op de opdracht ben ik tevreden over de manier waarop het is verlopen. Ik ben erg enthousiast geworden over deze manier van werken en over (geestelijke) gezondheidszorg als sector. Dit heeft er voor mij voor gezorgd dat ik zal kijken of ik meer in deze hoek kan betekenen. Ik ben het adviesbureau Logiza gestart ([www.logiza.nl](http://www.logiza.nl)) en zal gaan kijken of dit onderzoek toegepast zou kunnen worden op meerdere instanties of dat er nog andere problemen zijn waar nader onderzoek naar kan worden gedaan.

Martijn van Andel  
November 2006

# 1 Inleiding

Dit rapport is een beschrijving van het onderzoek dat is verricht bij de ambulante afdeling van Kinderen en Jeugdigen naar aanleiding van een vraag van Henk Jan Hofsteenge.

We zullen de opzet van het onderzoek nader uitlichten. Dit hoofdstuk omvat een probleemidentificatie (1.1), waar de probleemomschrijving, vraagstelling en randvoorwaarden worden beschreven. We sluiten dit hoofdstuk af met een beschrijving van de probleemaanpak (1.2).

## 1.1 Probleemidentificatie

Kinderen en Jeugdigen is een circuit binnen de organisatie De Grote Rivieren, een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De ambulante afdeling houdt zich bezig met de hulp aan cliënten die op basis van afspraken zelf langs kunnen komen bij de instelling. (Dit is te vergelijken met een polikliniek in een ziekenhuis.)

In gesprekken met het afdelingshoofd en de circuitmanager van de Kinderen & Jeugdigen afdeling van De Grote Rivieren (DGR) kwam naar voren dat de ambulante afdeling kampt met het probleem dat productiedoelstellingen moeilijk worden gerealiseerd en dat wachtlijsten al jaren te lang zijn. Zowel bij de voordeur (binnenkomst bij DGR), als in het proces zelf bestaan wachtlijsten (Figuur 1). Wanneer er meer aandacht uitgaat naar de voordeur, lopen in het proces de wachtrijen op en andersom lopen de voordeur wachtrijen op wanneer in het proces extra aandacht wordt besteed aan het verkorten ervan. Er moet daarom gezocht worden naar structurele oplossingen om de wachtlijsten aan te pakken en de doorstroom van cliënten te verbeteren. Bij het management bestaat het vermoeden dat de beschikbare tijd niet efficiënt wordt gebruikt.

Dit onderzoek richt zich op de verbeteringsmogelijkheden van de doorlooptijd van een cliënt vanaf het moment dat een cliënt in aanmerking komt voor het eerste intakegesprek. Dit bekijken we zowel vanuit het gezichtspunt van de cliënt als van De Grote Rivieren.

### 1.1.1 Onderzoeksvragen

Om de verbeteringsmogelijkheden te onderzoeken zal de volgende onderzoeksvraag in dit rapport beantwoord worden:

*“Hoe ziet het behandelingsproces en de besturing van de ambulante zorg er uit en hoe kan deze aangepast worden om een kortere doorlooptijd van de cliënt te creëren en wachtrijen te verkorten?”*

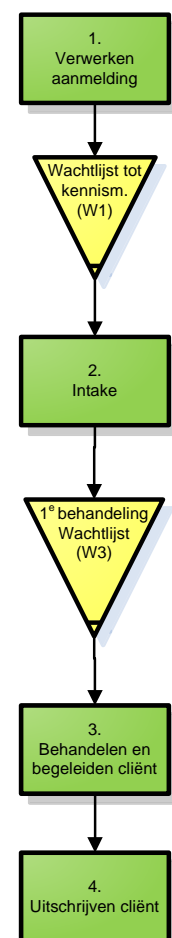
Deze onderzoeksvraag kan worden gesplitst in een aantal deelvragen. Deze zullen beantwoord moeten worden om antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven. De deelvragen zijn:

- Hoe is de afdeling Kinderen & Jeugdigen georganiseerd?
- Wat is het totale proces dat een cliënt doorloopt?
- Welke behandelvormen zijn er aanwezig?
- Welke cliënttypen zijn te onderscheiden?
- Hoe verhouden zich de aantallen cliënten en doorlooptijden met betrekking tot de stappen in het proces en de behandelvormen?
- Wat is de utilisatiegraad binnen de afdeling?
- Hoe worden afspraken gepland?
- Hoe ziet het ambulante zorgproces er idealiter uit?
- Welke stappen kunnen genomen worden om tot een efficiënter zorgproces te komen?

### 1.1.2 Aannames en randvoorwaarden

Een onderzoek kan zo breed getrokken worden als men denken kan. Om het onderzoek scherp te houden, kijken we alleen naar het zorgproces voor de ambulante zorg bij het Kinderen & Jeugdigen circuit, vanaf het moment dat een cliënt klaar is om naar de intake fase te gaan. Verder nemen we het volgende aan:

- De tijd die een behandeling kost, wordt uit de Synaps database gegevens gehaald en wordt niet nagemeten.



Figuur 1

- De individuele werkbelasting van de werknemers worden als gelijk beschouwd. Hier zal geen nadere analyse van plaatsvinden.
- Er wordt gekeken naar de globale processtromen en niet naar gedetailleerde handelingen binnen een van de procesfasen.
- Financiële planning en besturing wordt niet meegenomen.

Om het onderzoek toepasbaar te maken in de praktijk, geven de organisatie en de omgeving een aantal randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om het uiteindelijke voorstel toepasbaar te maken:

- Oplossingen moeten binnen de wettelijke normen toepasbaar zijn.
- Medewerkers moeten zich kunnen vinden in de voorgestelde veranderingen en actief betrokken worden bij nadere uitwerking en de implementatie.
- De kwaliteit van het zorgproces mag niet in gevaar komen.

## 1.2 Probleemaanpak

Bij dit onderzoek is als richtlijn gebruik gemaakt van de Algemene Bedrijfskundige Probleemaanpak van Heerhens. Deze aanpak is ontwikkeld aan de Twente School of Management van de Universiteit Twente en verschaft een systematische benadering en inzichtelijke manier om problemen aan te pakken.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zal aan de hand van een theoretisch kader (Hoofdstuk 2) de ambulante afdeling van K&J tegen het licht worden gehouden. We hebben diverse interviews gehouden en we hebben verschillende bedrijfsdocumenten bestudeerd. Op basis van deze informatie beschrijven we de huidige en de gewenste situatie (Hoofdstukken 3 en 4). Door de vergelijking van deze situaties dragen we een oplossing aan en beschrijven we een implementatieplan om van de huidige situatie naar de gewenste te komen (Hoofdstuk 5 en 6). Tenslotte volgt de conclusie en doen we een aantal aanbevelingen (Hoofdstuk 7).

Ter voorbereiding op dit rapport deden we een data-analyse. De hierbij horende werkwijzen en resultaten zijn te vinden in het rapport 'Data Analyse, Kinderen en Jeugdigen naar een efficiënter zorgproces' dat hierover is opgesteld. Onderstaand bevindt zich een tabel waarin de globale planning is weergegeven van het onderzoek.

Week	Onderdeel	Acties
<26	Vorbereiding onderzoek	
27- 28	Inzicht krijgen in problemen en situatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documenten lezen</li> <li>▪ Interviews afnemen</li> </ul>
29	Beschrijven huidige situatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literatuur selecteren</li> <li>▪ Situatie beschrijven</li> </ul>
30	<i>Vakantie</i>	
31- 34	Data-analyse uitvoeren (oplossen kennisprobleem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Data interpreteren</li> <li>▪ Definitieve gewenste analyse uitkomsten bepalen</li> <li>▪ Uitkomsten visualiseren</li> </ul>
35	Gewenste situatie beschrijven	
36	Implementatieplan schrijven	
39	Inleveren concept verslag	
44	Inleveren definitief verslag	
47	Colloquium	

**Tabel 1 – Tijdsplan onderzoekopdracht**

## 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk volgt de theorie die het raamwerk vormt voor het in kaart brengen en het analyseren van het zorgproces en de besturing. De theorie is opgesplitst in drie delen: *Grondslagen voor planning en besturing* (Planning & Control model Vissers, Bertrand, De Vries en Van Houdenhoven et al.), *theorie voor optimalisatie* (Focused Factory, Demand-supply model, variabiliteit) en *implementatietheorie* (stages to commitment of change, deming circle). Wanneer deze achtergronden bekend zijn, gaat hoofdstuk 3 verder met de beschrijving van huidige situatie.

### 2.1 Grondslag planning en besturing in de zorg

Natuurlijk is het belangrijk dat een zorgproces logistiek goed in elkaar zit, maar zonder een goede planning kan geen optimaal gebruik gemaakt worden van de logistieke eigenschappen en zonder besturing kan geen informatie worden gewonnen op welke vlakken aanpassingen nodig zijn in het zorgproces.

Vissers, Bertrand en De Vries beschrijven in een raamwerk de planning en besturing van een zorginstelling. Hierin geven ze aan wat de planning en besturing inhouden voor de cliëntstroom (Patient flows) en de allocatie van middelen (resources). Dit model gaat uit van een organisatie met patiëntgroepen en een focused factory aanpak per bedrijfsonderdeel.

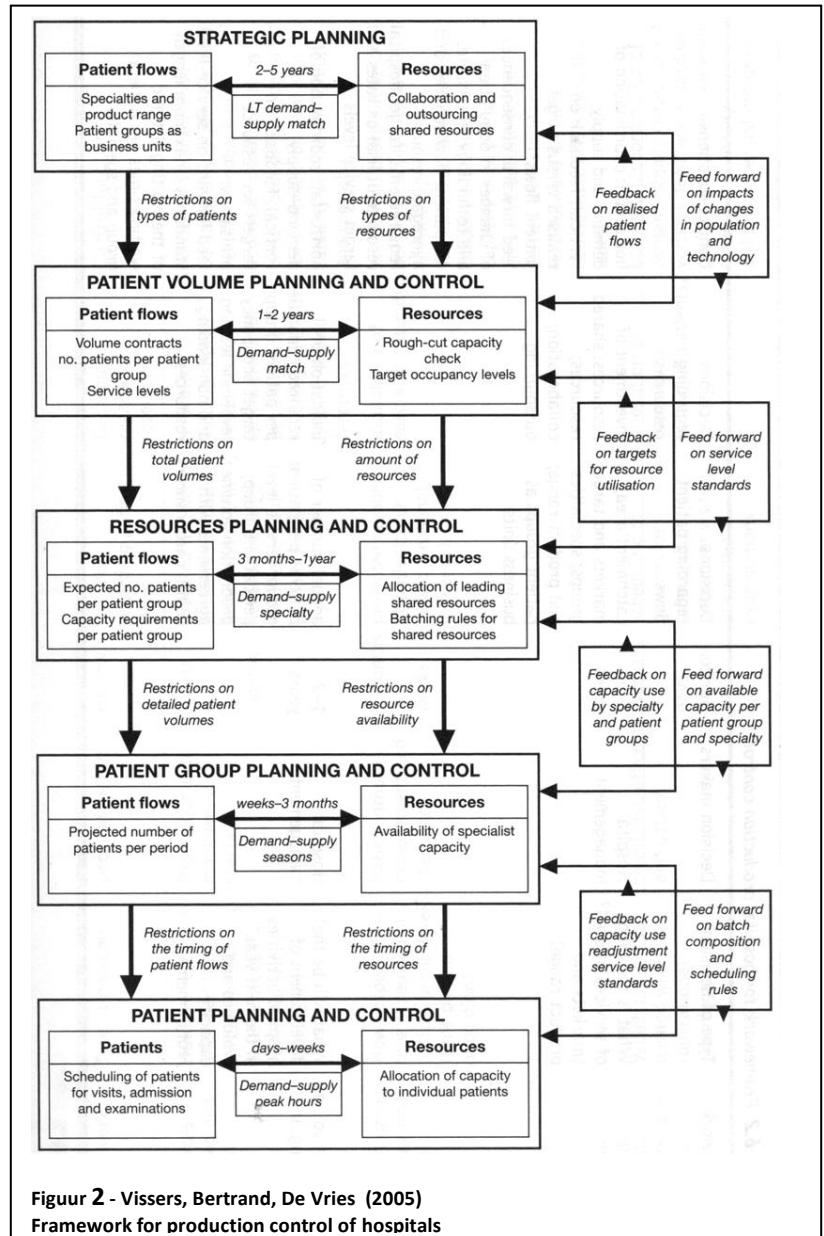
Op het *hoogste niveau* (strategische planning) worden beslissingen gemaakt die te maken hebben met waar de organisatie wordt geplaatst in de markt en wat de productgroepen hier zijn. Ook wordt hier gekeken naar hoe schaarse middelen gecoördineerd worden, hoeveel cliënten jaarlijks geholpen worden en wat de gewenste service levels zijn.

Op het *tweede niveau* wordt gekeken hoe de middelen ingezet moeten worden om aan de jaarlijkse doelstellingen te voldoen. Ook worden hier de regels voor het gebruik van de middelen vastgelegd.

*Niveau drie* houdt zich bezig met de planning van de middelen, hierbij is inzicht nodig in de aantallen cliënten van een bepaald type op een bepaalde tijd.

Op het *vierde niveau* wordt de vraag van de patiëntgroepen geëxpliciteerd en worden planningsrichtingen voor deze groepen gemaakt.

Het *vijfde niveau* gaat om het plannen van de individuele cliënt.



Figuur 2 - Vissers, Bertrand, De Vries (2005)  
Framework for production control of hospitals

Het model werkt twee kanten op, een bovenliggend niveau stelt richtlijnen op voor planning en besturing, andersom voorziet een onderliggend niveau je van benodigde informatie om op te kunnen handelen.

Het model van Vissers et al. richt zich met name op 'Resource capacity planning', terwijl medische planning, materiaalplanning en financiële planning ook van belang zijn. Op dit moment zijn Van Houdenhoven, Wullink, Hans en Kazemier (2006) bezig met een model waarbij wel al deze vlakken worden meegenomen. Deze vier groepen worden dan uiteengezet tegen strategische, tactische en operationele planning, waar deze laatste is onderverdeeld in 'offline' en 'online'. Online operationele planning wil zeggen hoe wordt om gegaan met onverwachte omstandigheden als acute gevallen.

Omdat dit artikel nog een 'working paper' is, zullen we het niet verder toelichten, wel zullen we er bij de planning en besturing met een schuin oog naar kijken en er de vlakken terugkoppelen.

## 2.2 Theorie voor het optimaliseren van logistieke zorgprocessen

### Focused Factory

(Bertrand en De Vries) Het concept van *focused factory* is ontwikkeld door Skinner (1974). Het idee hier achter is dat operationele processen ontwikkeld zouden moeten zijn om de productie optimaal te ondersteunen en een homogene groep van producten of diensten zouden moeten leveren. Homogeniteit wordt bedoeld in de kwaliteit en benodigdheden in de markt en de grondstoffen/middelen (bijv. werknemers) benodigd in de verwerking. Verschillen hierin vragen om verschillende vormen van operationele processen. De theorie stelt dat slechte kwaliteit, slechte service en hoge productiekosten worden veroorzaakt door aan de ene kant een gebrek aan informatie over de vraagkant en aan de andere kant een niet-optimaal gebruik van de *learning-curve*. Dit is het effect dat de benodigde tijd voor een handeling afneemt, naar mate er meer van die handelingen zijn uitgevoerd.

Focused factory moet niet verward worden met specialisatie, dat ook op de learning-curve is gebaseerd. Het gaat bij focused factory niet om het specialiseren van je middelen, maar om het gericht ontwikkelen van een operationeel proces dat past bij het doel dat uiteindelijk bereikt moet worden. Wel is een gevaar bij focused factory dat door over focusering het uiteindelijke doel van de complete organisatie uit het oog wordt verloren.

Hoe groter de variëteit in producten, diensten en prestatie-eisen, hoe meer onderscheid er nodig is. Hierbij moet gelet worden op de *cost of variety*, dat door Stalk en Hout (1990) is beschreven. Wanneer te veel variëteit wordt aangebracht, kan dit leiden tot een daling van de effectiviteit en een stijging van de kosten. Er zal dus goed afgewogen moeten worden in hoeverre (handelen naar) variëteit nodig is.

Nu is deze theorie gebaseerd op het handelen van bedrijven in een marktomgeving. Bertrand en De Vries maken de link naar de toepasbaarheid in de zorg. Zij stellen dat zorg (ziekenhuizen) zich steeds meer focust op patiëntgroepen die dezelfde middelen nodig hebben. Kwaliteit is niet iets waar onderscheid in is, omdat alle zorg 'perfect' moet zijn. Gevraagde diensten kunnen wel van belang zijn. (De ene dienst is bijvoorbeeld acuut nodig, terwijl de andere best even kan wachten). Ze stellen dat focused factory is toe te passen wanneer het om een onderdeel van het zorgproces gaat, dat is afgebakend met duidelijke ontkoppelingpunten. Binnen dit onderdeel is het toe te passen op specifieke aspecten (bijv. benodigde middelen) van de totale set van benodigdheden.

### Variabiliteit en productie

Shahani (1981) merkte op dat variabiliteit een grote impact had op planning. Wanneer men gaat plannen op basis van gemiddelden, kan men bij een grote variabiliteit bedrogen uitkomen. Het terugdringen van variabiliteit kan de planbaarheid van een proces in sterke mate verbeteren.

Ook Hopp en Spearman (1995) beschrijven de effecten van variabiliteit. Ze beschrijven hoe het *variabiliteitscoëfficiënt* een inschatting kan geven van de mate van

$$\text{Variabiliteitscoëfficiënt} = \sigma/\mu$$

$\sigma$  = st. deviatie,  $\mu$  = gemiddelde

Variabiliteitsklasse	Variabiliteitscoëfficiënt
Laag (LV)	$c < 0,75$
Gemiddeld (MV)	$0,75 < c < 1,33$
Hoog (HV)	$c > 1,33$

Figuur 3 - Variabiliteitscoëfficiënt

variabiliteit. Daarmee is de variabiliteit in drie klassen in te delen: *laag*, *gemiddeld* en *hoog*.

*Van Houdenhoven et al.* beschrijven in hun working paper ook een model in hoeverre de mix van voorkomende gevallen gevolgen heeft voor de planning en controle. Ze gebruiken hiervoor de volgende variabelen: *interklinische variabiliteit*, *intra klinische variabiliteit* en het *volume* van een patiëntgroep. Hierbij is interklinische variabiliteit in hoeverre te zeggen is hoe lang een behandeling zal duren. De intraklinische variabiliteit is de mate waarin te zeggen is welke behandelvormen een cliënt moet doorlopen.

Zorgvraag met een hoge interklinische variabiliteit heeft robuuste planningsmethoden nodig: in situaties met diverse gevallen moet het totaal zo efficiënt mogelijk blijven. Inherent hieraan is dat de utilisatiegraad daarmee lager is. Wanneer de intra klinische variabiliteit groot is, betekent dit dat de behandelaar de belangrijke beslissingen moet nemen ten aanzien van het pad dat de cliënt moet bewandelen. Als de intraklinische variabiliteit laag is, dan kunnen behandelaren beter werken via protocollen om optimaal van de middelen gebruik te maken. Grote volumes kunnen als voordeel hebben dat ze variabiliteit minder effect laten hebben op de capaciteitsbenutting.

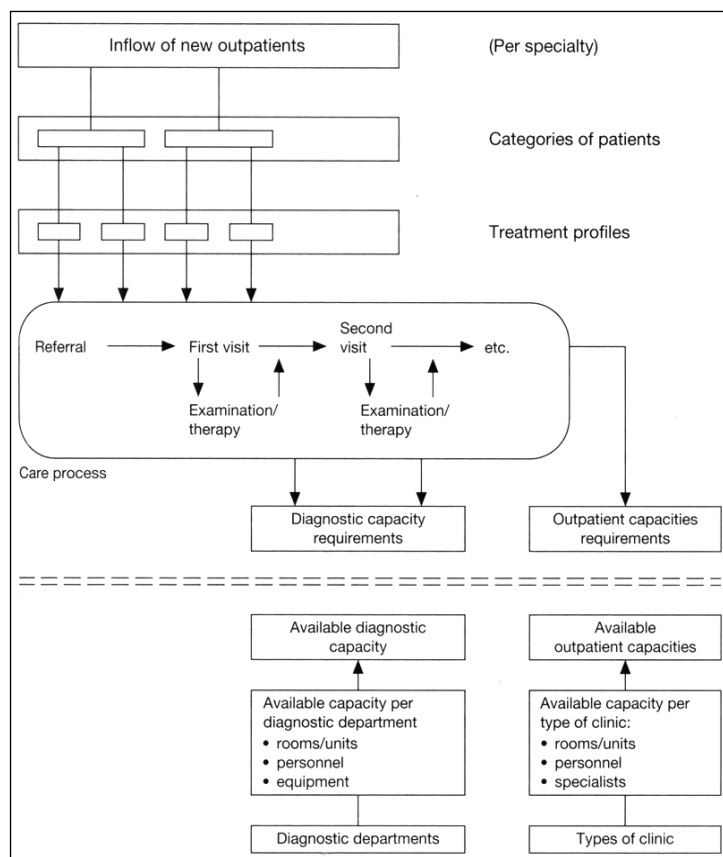
### Demand-supply model

Het *demand-supply model* (Vissers) is een model dat is opgesteld om de vraag naar behandelingen in kaart te brengen. Binnenkomende cliënten worden in categorieën ingedeeld en deze worden weer opgesplitst in behandelprofielen.

Aan de hand van de behandelprofielen is een duidelijk overzicht te genereren van de zorgvraag. Aan de onderkant wordt het zorgaanbod uitgesplitst. Uiteindelijk kunnen de vraag en aanbod aan elkaar gekoppeld worden.

### 2.3 Implementatie

Voor de implementatie van verandering bestaan veel theorieën. Praktisch alle komen er op neer dat er eerst een bewustzijn en steun vanuit de medewerkers moet worden gecreëerd alvorens over te gaan op verandering. Er moet overeenstemming bestaan over het feit dat verandering nodig is en er moet gezamenlijk aan de verandering gewerkt worden. Daft beschrijft implementatie met *Stages of commitment to change* en *Techniques for implementation*. Ook een zeer bekend model is het *Unfreeze / change / refreeze model* van Rhoades (1972)



Figuur 4 – Vissers (2005), Demand and Supply model

Een heel basaal model voor het op een hoger niveau brengen van de organisatie is de Deming-cirkel. Met het Plan-Do-Check-Act creëert de Deming-cirkel een manier van zelfevaluatie.

### 3 Huidige situatie

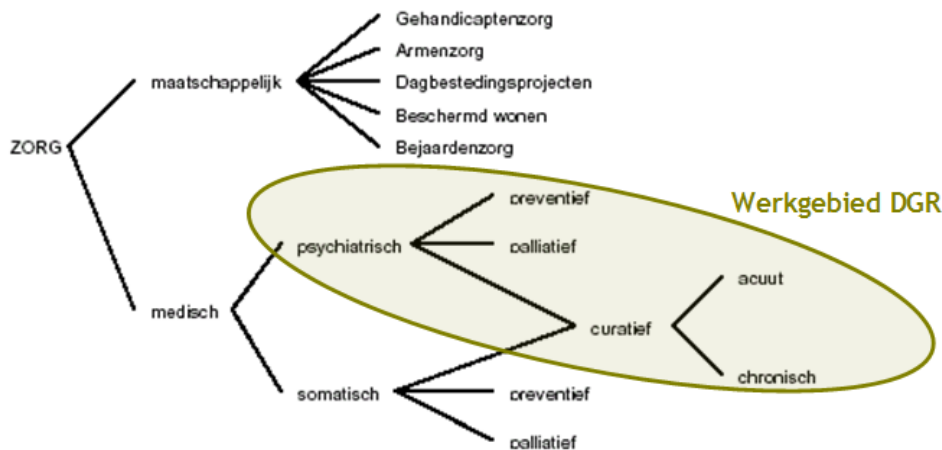
Om duidelijk te maken hoe de onderzochte organisatie in elkaar zit en wat het uitgangspunt is van het onderzoek, volgt hier een beschrijving van de huidige situatie. Als eerst beschrijven we de interne organisatie van De Grote Rivieren en het circuit Kinderen en Jeugdigen. Vervolgens beschrijven we de externe organisatie, het zorgproces, planning en controle, zorgvraag en zorgaanbod. In de zorgvraag zijn de uitkomsten van de data analyse meegenomen.

#### 3.1 Interne organisatie

##### 3.1.1 Organisatie van De Grote Rivieren

De Grote Rivieren is organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Zuid-Holland Zuid. De Grote Rivieren heeft ongeveer 850 medewerkers, goed voor zo'n 630 FTE. Ze heeft ongeveer 400 opnameplaatsen per dag, 90 deeltijdplaatsen per dag en ze voert meer dan 31.000 behandeling per jaar uit (*Jaarverslag DGR, 2005*).

Zoals te zien in **Figuur 5** is DGR een medische instelling die zich bezig houdt met de psychiatrische kant van de gezondheidszorg.



**Figuur 5 – Kerkhoff (2005), bouw en werking gezondheidszorg (Biomedische Technologie, Universiteit Twente)**

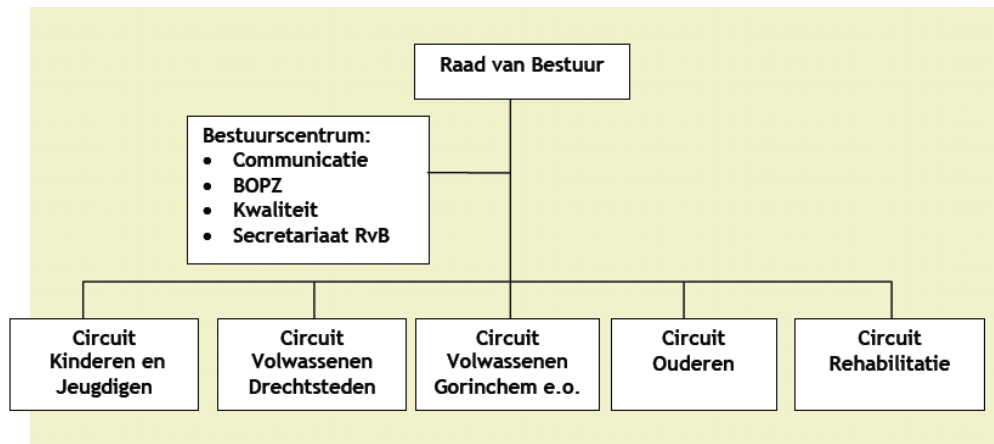
Missie van De Grote Rivieren<sup>[1]</sup>:

“De Grote Rivieren is een innovatieve en toonaangevende organisatie voor geestelijke gezondheidszorg die vanuit een maatschappelijk ondernemende houding diagnostiek, behandeling en begeleiding biedt aan haar cliënten. Vanuit die positie stelt De Grote Rivieren haar kwaliteiten ten dienste aan haar omgeving.”

Visie van De Grote Rivieren<sup>[1]</sup>:

“Onze cliënten zijn mensen en hun netwerk die psychische en psychiatrische hulpvragen hebben, waardoor zij beperkingen ondervinden in hun persoonlijk of maatschappelijk functioneren. In onze toekomstvisie zijn wij een organisatie die het beter doet dan de concurrent. Cliënten, medewerkers, verwijzers en financiers kiezen graag voor ons. Wij kennen de vraag van onze cliënten en beantwoorden die vakkundig en doeltreffend. Cliënten worden door ons snel en klantvriendelijk geholpen. Onze organisatie speelt alert in op nieuwe ontwikkelingen en veranderende marktomstandigheden. Om onze cliënten zo goed mogelijk van dienst te zijn, staat ‘van en met elkaar leren’ in onze cultuur centraal. Deze cultuur stimuleert het vakmanschap van onze medewerkers. Wij hebben een veerkrachtig personeelsbestand, dat zich openstelt voor veranderingen en dat nieuwe vaardigheden kan toepassen als de markt daarom vraagt. Als deskundige op zijn/haar vakgebied ontwikkelt de individuele medewerker zich voortdurend in lijn met de behoeften van cliënten, de organisatie én zijn/haar eigen loopbaandoelstellingen. Ons gedrag is gericht op de selectie, ontwikkeling en beloning van die medewerkers, die een bijdrage leveren aan het succes van de onderneming.”

Zoals in het organigram in **Figuur 6** is te zien, is De Grote Rivieren verdeeld in vijf circuits. Het circuit Kinderen & Jeugdigen zal in de volgende paragraaf verder beschreven worden.



Figuur 6 – Organigram DGR uit: Handboek Communicatie (2006), De Grote Rivieren

### 3.1.2 Organisatie van het circuit Kinderen en Jeugdigen

#### Kinderen & Jeugdigen algemeen

Het circuit Kinderen & Jeugdigen is het onderdeel van DGR dat zich bezig houdt met de zorg voor mensen tot 21 jaar. Het circuit bestaat uit 167 werknemers, goed voor 126 FTE. Jaarlijks zijn er meer dan 3.300 nieuwe contacten en er zijn ongeveer 6.200 cliënten in behandeling (deze cijfers zijn inclusief inschrijvingen en behandelingen van ouders/verzorgers die betrokken zijn bij het zorgproces van het kind, bron *Jaarverslag DGR*, 2005)

#### *Opbouw Kinderen & Jeugdigen*

Het circuit bestaat uit meerdere afdelingen:

- *De Kreek*, klinische behandeling (opname) voor de hele regio en ambulante hulp
- *De Steiger*, één van de twee in Nederland aanwezige centra voor behandeling van een autisme spectrumstoornis
- *Hellingen*, ambulante hulp in Dordrecht en omgeving
- *Touwbaan*, ambulante hulp in Gorinchem en omgeving

Bij Touwbaan en Hellingen worden de reguliere ambulante behandelingen uitgevoerd (maximaal 2 uur/week per cliënt). Verder wordt er nog onderscheid gemaakt in deeltijdbehandelingen (5 dagdelen/week) en klinische behandeling (fulltime opname), deze laatste twee vinden op De Kreek plaats.

Kinderen & Jeugdigen heeft de volgende ambitie opgesteld:

“Algemeen geestelijke volksgezondheid voor kinderen en jeugdigen bedrijven, zoals gangbaar is in de perifere instellingen op het niveau van een academische instelling.”

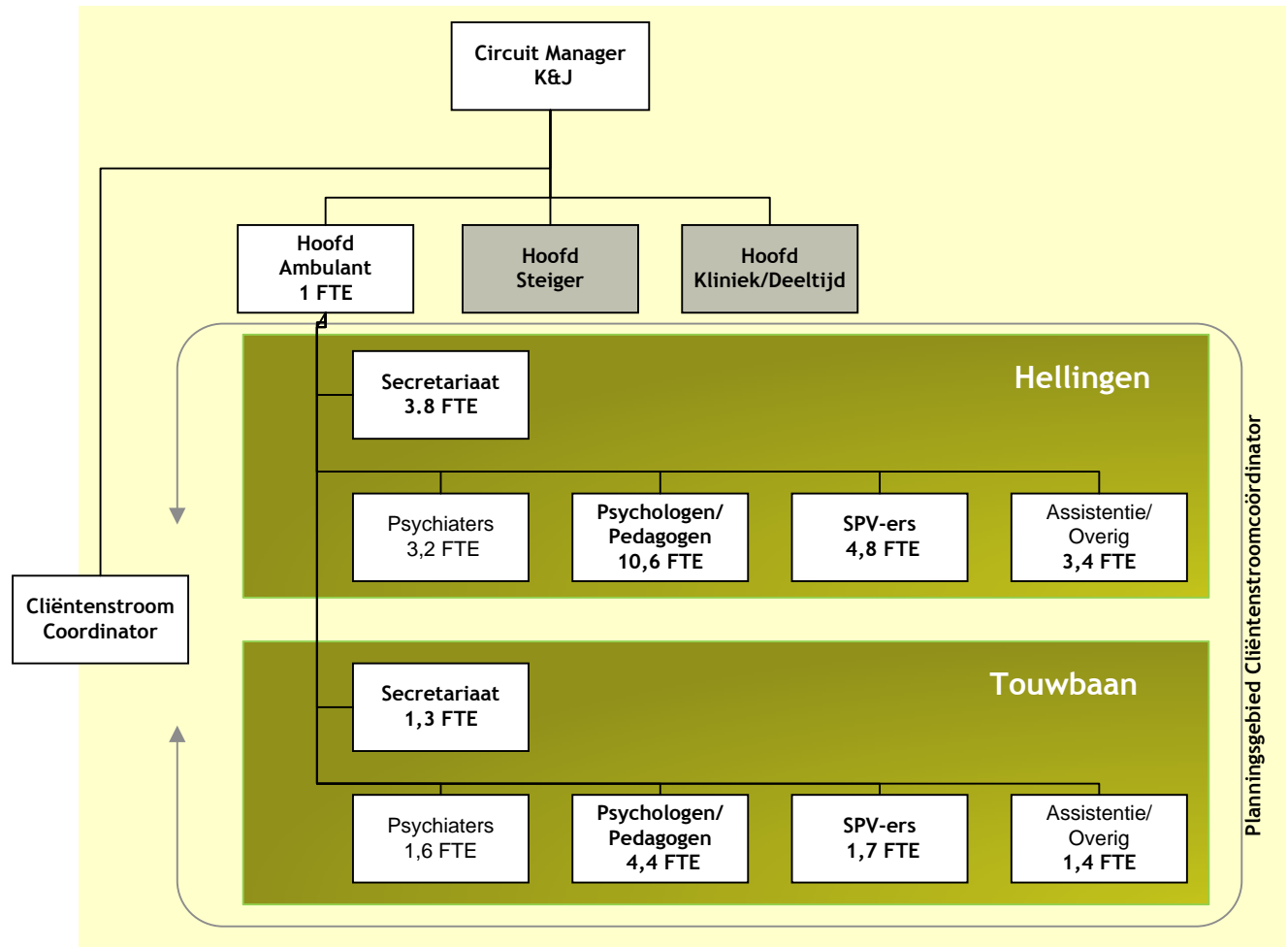
#### Personele organisatie K&J ambulant

Dit onderzoek vindt plaats op de ambulante afdelingen Touwbaan en Hellingen. Op deze afdelingen werken 55 mensen. Het grootste deel van hen zijn psychologen, pedagogen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers). De medewerkers zijn veelal hooggeschoold en mede daardoor ligt het kennisniveau binnen de organisatie erg hoog. Zoals in het organigram (Figuur 7) van Kinderen & Jeugdigen te zien is zijn de volgende functies binnen de ambulante afdeling waar te nemen:

#### *Circuitmanager* (bron: functiebeschrijving circuitmanager)

De circuitmanager is samen met de beleidspsychiater verantwoordelijk voor het voorbereiden, ontwikkelen en uitvoeren van het beleid voor de algemene gang van zaken. Ze zijn verantwoordelijk voor de voortgang en voor de participatie in het beleid van De Grote Rivieren als geheel. Verder verricht de circuitmanager taken met betrekking tot de beleidscyclus (jaarplan, budget, jaarverslag), het circuitbeheer (procedure, productie, bezetting en budget), personeelsbeleid, alsmede het scheppen van randvoorwaarden, waardoor afdelingshoofden en teams hun werk uit kunnen voeren.

De circuitmanager overlegt met het algemeen bestuur van De Grote Rivieren en is voorzitter van het circuitoverleg, waarin alle afdelingshoofden plaatsnemen. Daarnaast onderhoudt het contacten met andere circuits en externe organisaties.



**Figuur 7 – Organigram van de ambulante afdelingen van Kinderen & Jeugdigen**

*Afdelingshoofd* (Bron: *Functiebeschrijving afdelingshoofd en interviews*, juli 2006)

Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor het behalen van de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van de afdeling. Samen met het team van de afdeling maakt hij beleid en ziet er op toe dat dit beleid wordt nageleefd. Hier onder vallen ook personeelsbeleid en financieel beleid. Het afdelingshoofd voert overleg in het afdelingsoverleg als in het circuitoverleg (met het circuitmanagement). Daarnaast voert hij functioneringsgesprekken met de teamleden.

De afgelopen jaren is deze functie door veel verschillende mensen bezet geweest. Vanuit het personeel komt een duidelijke vraag naar meer stabiliteit op dit vlak. Op sommige afdelingen binnen De Grote Rivieren en ook hier in het verleden, is het afdelingshoofd bijgestaan door een ‘Chef de clinique’, een soort van beleidspsychiater op de eigen afdelingen die het kan hebben over behandeling inhoudelijke zaken.

*Secretariaat* (bron: *Interviews met secretaresses*, juli 2006)

Het secretariaat voert ondersteunende administratieve taken uit en handelt brieven en telefonische contacten met cliënten en verwijzers. Ze versturen post, maken brieven voor verwijzers op (deze zijn uit de database gegenereerd), verwerken dagstaten van behandelaars (uitgevoerde behandelingen op een dag) en beantwoorden telefonische vragen. Deze laatste twee kosten naar eigen zeggen de meeste tijd.

Wanneer een schriftelijke aanvraag binnenkomt, controleren ze of deze cliënt al bekend is bij DGR, daarna bepaalt de cliëntenstroomcoördinator of er inderdaad tot behandeling overgegaan moet worden. Indien dit het

geval is, stuurt het secretariaat vragenlijsten naar de cliënt. Deze moeten eerst ingevuld worden. Wanneer deze terugkomen, worden ze verwerkt en daarna is de cliënt zorg van de cliëntenstroomcoördinator. De eerste stappen worden verricht door het secretariaat Hellingen. Vanaf het moment dat een cliënt voor een intake gepland staat, wordt de secretariële ondersteuning overgenomen door de plaats van behandeling. Papierdocumenten die tijdens het proces gemaakt/ingevuld zijn, worden door het secretariaat gedigitaliseerd. De secretariaten houden ook bij wanneer cliënten tussentijds besproken dienen te worden.

*Cliëntenstroomcoördinator* (Bron: *Gesprekken met cliëntenstroomcoördinator*, juli/augustus 2006)

De cliëntenstroomcoördinator (CSC) houdt zich bezig met de planning van de instroom van de cliënten. Acute gevallen (tijdens kantooruren) komen direct bij hem binnen. Hij checkt voor alle aanvragen of de gevraagde hulp inderdaad zorg is van Kinderen en Jeugdigen en indien dit niet zo is verwijst hij door naar de betreffende instantie. De CSC plant met de cliënt het moment van intake. De mogelijkheden die de CSC hiervoor heeft, zijn momenten die door behandelaren zijn aangedragen.

De voortgang van cliënten checkt de CSC door een Excel bestand, waarin alle cliënten worden bijgehouden. De CSC checkt alle verrichtte behandelingen van iedere dag, om zo bij te kunnen houden wanneer de cliënt de overgangen W1, Intake (W2) en W3 passeert. De CSC geeft aan dat dit hem tot 2 uur per dag kost. Uit dit bestand genereert de CSC overzichten over de wachtlijststatus en lijsten met cliënten die een tussentijdse bespreking nodig hebben. (Dit laatste komt de laatste tijd niet structureel meer voor en wordt niet gehanteerd bij de voortgangsgesprekken)

*Psychiater/Arts-assistent* (bron: *Interviews met psychiaters, arts-assistent*, juli/augustus 2006)

De psychiater is een arts op de afdeling. Het een indicatiestelling moet altijd door een psychiater gedaan worden. Op deze manier is psychiater altijd bij de intake betrokken, in de intakestaf worden deze dingen besproken. Naast psychiaters, mogen ook GZ-psychologen een aandoening vaststellen, in de praktijk doen alleen psychiaters dat. De psychiater is dan voor een intake ongeveer 7 minuten kwijt per intake. Formeel zou een psychiater ook de cliënt moeten zien, maar in de praktijk blijft het bij een overleg met de intakestaf.

Naast de intake, voert de psychiater nog medicatiebehandelingen en psychiatrische onderzoeken uit. Deze mogen alleen door een psychiater worden ondernomen. Verder zijn psychiaters nog eindverantwoordelijk voor juridische zaken en kunnen ze benaderd worden voor consultatie door behandelaren, huisartsen of medisch specialisten. Alle correspondentie (over bijvoorbeeld indicatie en ontslag) komen bij de psychiater langs. Zo is er een mogelijkheid van controle over in en uitstroom en uitvoering van behandelplannen. Ze kunnen worden ondersteund in de werkzaamheden door doktersassistenten, dit is bijvoorbeeld bij de ADHD poli het geval. Ze plannen zelf de afspraken met cliënten. Hoe ze dit doen en hoe ze met variabiliteit omgaan bepalen ze zelf. Naast psychiaters, zijn er ook arts-assistenten. Dit zijn veelal psychiaters in opleiding, deze voeren dezelfde handeling uit, maar alleen onder begeleiding van een psychiater.

*Psycholoog/Pedagoog/Psychotherapeut* (bron: *Interviews met psychologen/pedagogen*, juli 2006)

De psycholoog/pedagoog voert de algemene behandelingen uit en neemt intakes af. Dit wordt ook gedaan door SPV-ers. Ze zijn bevoegd tot psychologische onderzoeken, waartoe SPV-ers niet bevoegd zijn. Ze plannen zelf afspraken met cliënten. Hoe ze dit doen en hoe ze met variabiliteit omgaan, bepalen ze zelf.

*Sociaal psychiatrisch verpleegkundige* (bron: *Interview met een SPV-er*, juli 2006)

Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige voert behandelingen uit en neemt intakes af. De acute diensten zijn meestal ingepland op de acute diensten, omdat ze hier vaak wat meer affiniteit mee hebben. Behandelingen plannen ze zelf met de cliënt. Hoe ze dit doen en hoe ze met variabiliteit omgaan, bepalen ze zelf.

### *Teams*

Naast deze functies zijn er nog twee soorten teams: de intakestaf en de voortgangsteams. In de *intakestaf* wordt iedere cliënt die een intake heeft gehad besproken. Dit moet gebeuren omdat voordat een behandeling start er altijd goedkeuring nodig is van een psychiater. Hoe het zorgproces precies verloopt, beschrijven we in paragraaf 3.3. De intakestaf bestaat uit een psychiater en een psycholoog met secretariële ondersteuning. De behandelaar die een intake heeft afgenomen komt de cliënt in ongeveer 10 minuten bespreken, daarin kan een behandelplan goedgekeurd worden of er kunnen nog aanbevelingen gedaan worden om tot een ander behandelplan te komen. Wanneer aanbevelingen worden gedaan hoeft de cliënt niet opnieuw besproken te worden om tot goedkeuring over te gaan. Momenteel is de intakestaf bespreking verre van vol gepland.

Ook zijn er drie *voortgangsteams*. Iedere behandelaar wordt bij een van deze teams ingedeeld. In deze teams is het de bedoeling dat cliënten periodiek besproken worden en daarnaast brengen behandelaren zelf cliënten in wanneer ze dat nodig vinden. Dit is om advies te krijgen over de te volgen behandeling. In de praktijk worden voornamelijk probleemgevallen besproken en komt het periodiek bespreken van cliënten niet echt naar voren. Alleen bij Touwbaan wordt dit nog wel actief gedaan, omdat het secretariaat daar zelf achteraan zit.

#### *Acute dienst*

Touwbaan en Hellingen hebben tijdens kantooruren een gezamenlijke acute dienst. Acute dienst houdt in dat er op ieder moment een SPV-er/psycholoog ("de voorkant") en een psychiater ("de achterkant") aanwezig zijn. Wanneer een acuut geval binnenkomt wordt aan de voorkant gekeken wat voor geval het is en of er extern behandeling nodig. Medewerkers die hiervoor ingepland staan proberen veelal vroeg op de dag nog wat in te plannen en zich daarna vooral bezig te houden met administratieve zaken. Ze maken extra tijd vrij om klaar te staan voor een eventueel acuut geval. Jaarlijks wordt er ongeveer 600 uur gedeclareerd aan acute diensten op Touwbaan en Hellingen.

#### Aanwezige informatievoorzieningen

Alle informatie omtrent afspraken en cliënten worden vastgelegd in een informatiesysteem. Sinds juni 2006 worden geen papieren dossiers meer aangemaakt, dus alle informatie ligt digitaal vast. Dit systeem heet Synaps en bestaat uit drie subsystemen:

- PA, patiëntadministratie (SQL)
- A&P, Afspraak en Planning (SQL)
- EPD, Elektronisch Patiënten Dossier (Lotus Notes)

In deze systemen is alles vastgelegd en ook de financiële afwikkeling komt hier uit voort.

## **3.2 Externe organisatie**

### Wetgeving en financiering

De manier waarop de GGZ werkt, is voor een groot deel vastgelegd door de overheid. Zorginstaties zijn doormiddel van de Wet toelating zorginstellingen erkend. In 2008 zal de zorgverzekeringswet voor de geneeskundige GGZ van kracht worden, dit neemt onder andere het gebruik van DBC's met zich mee.

Op dit moment wordt de GGZ nog gefinancierd vanuit de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), dit zal binnenkort de Wet Marktordening Gezondheidszorg worden. Onder de WTG valt het merendeel van wat onder de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) is vastgelegd.

Een zorginstelling maakt productieafspraken met de zorgkantoren. Het College Tarieven Gezondheidszorg bepaald het budget voor de zorgkantoren (regiobudgetten). Sinds 2003 wordt aan het eind van het jaar het budget aangepast aan de werkelijke productierealisatie. Dit het zogenaamde "boter-bij-de-vis" principe. Sinds 2004 komt hier nog bij dat zorgkantoren niet meer zorg mag contracteren dat het huidige niveau. Groei van de ene instelling zal dus gecompenseerd moeten worden met daling van een andere.

Op moment wordt een nieuwe financieringsstructuur ontwikkeld, namelijk de DBC (Diagnose Behandel Combinatie). De DBC wordt op moment al toegepast in de somatische gezondheidszorg. De DBC koppelt een zorgvraag aan zorgprofiel, oftewel: iemand met een gebroken been (zorgvraag) heeft als zorgprofiel een röntgenfoto, gips en een x aantal medewerkers uren. Je wordt als instelling niet meer gefinancierd op basis gedeclareerde uren, maar op basis van hoeveel cliënten van een bepaalde categorie binnenkomen. Dit zal gaan betekenen dat de GGZ gedeeltelijk vanuit de zorgverzekeraars betaald gaan worden in plaats van door de zorgkantoren.

Voor Kinderen & Jeugdigen is verder van belang, dat het deel uitmaakt van de jeugdketenzorg. De Wet op de Jeugdzorg is hier de basis van en staat boven de AWBZ. Deze wet stelt bijvoorbeeld dat de zorgvraag bij Bureau Jeugdzorg geïndiceerd moet worden, waarna een cliënt daarna naar een andere zorginstelling wordt verwezen.

Wat ten slotte van belang is voor de organisatie van Kinderen & Jeugdigen is de Wet BIG (Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Hierin zijn de titels van behandelaren vastgelegd met de daarbij horende voorbehouden behandelingen.

## Kwaliteitszorg

Wanneer zorg in de GGZ gekocht zal worden door de zorgverzekeraars, dan wordt de kwaliteitszorg ook van extra groot belang. Op dit moment werkt De Grote Rivieren dan ook aan een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS), hiertoe is ze ook wettelijk verplicht. Het uiteindelijke doel hiervan is om HKZ-gecertificeerd te worden. HKZ is de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, dat volgens ISO 9001 normen eisen heeft opgesteld voor het kwaliteitsmanagementsysteem. De planning is dat Kinderen & Jeugdigen in 2007 een HKZ-certificering krijgt.

## Verwijzers

De cliënten worden op verschillende manieren verwezen naar Kinderen & Jeugdigen. Hier volgt een overzicht van de verwijzers met daarbij de eigenschappen van de cliënten.

### *Bureau Jeugdzorg*

Bureau Jeugdzorg is in 2004 gestart als voorportaal van de GGZ. Het idee hier achter is dat met voor alle problemen rondom kinderen er naar één instantie gegaan hoeft te worden: Bureau Jeugdzorg. Bij Jeugdzorg analyseren ze vervolgens het probleem en kijken ze of de cliënt binnen Jeugdzorg geholpen kan worden (binnen 5 gesprekken), of dat een cliënt doorverwezen moet worden naar een andere instelling als Trivium (meer relationeel) of De Grote Rivieren (Psychiatrisch). Het proces om tot een indicatie te komen kan meer dan 10 weken duren. De bedoeling is dat direct daarna behandeling bij een van de instanties kan beginnen. Ongeveer 40% van cliënten bij Kinderen en Jeugdigen komt bij Jeugdzorg vandaan. In het verleden heeft Kinderen en Jeugdigen diverse mensen gedetacheerd aan Jeugdzorg.

In de praktijk blijkt dat een cliënt van Jeugdzorg eerst de wachtlijst bij een betreffende zorginstelling moet afwachten. Kinderen en Jeugdigen krijgt een pakket van 68 pagina's van Jeugdzorg, maar los van dit te grote blok papier bevat dit blok veelal niet de informatie die daadwerkelijk nodig is om een behandeling te kunnen starten. Een cliënt maakt daarom wederom een intakeprocedure mee, maar nu bij De Grote Rivieren. Formeel wordt dit niet vastgelegd als intake, omdat cliënten van Jeugdzorg formeel geen intake mogen krijgen. Het proces van plaatsing op de wachtlijst tot start van de behandeling duurt dan theoretisch nog 14 weken, in de praktijk zelfs nog langer. Dat een cliënt meer dan een half jaar na het aangeven van een probleem bij Jeugdzorg behandeld wordt, is daarom eerder regel dan uitzondering.

### *Huisartsen*

Wanneer de situatie van een cliënt ernstig is (GAF-score lager dan 50, zie bijlage V Data Analyse), dan mag een huisarts een cliënt direct doorverwijzen naar De Grote Rivieren. Deze stroom is goed voor 40% van de instroom. Deze groep stroomt direct in op de wachtlijst (W1) om aan een intake te beginnen.

### *Overig*

De overige 20% komt binnen via andere instanties zoals ziekenhuizen. Ook hier moet het om ernstige gevallen gaan.

## **3.3 Beschrijving van het zorgproces**

Tussen het moment dat een zorgvraag ontstaat en het moment dat een cliënt ontslagen wordt, zitten een groot aantal stappen. In deze paragraaf beschrijven we hoe een cliënt deze stappen normaalgesproken doorloopt. Dit gaat van aanvraag naar intake, behandeling en afronding. Kortom: een beschrijving van het primaire proces van de afdeling (Figuur 8). Uitbreidere diagrammen zijn te vinden in Appendix II.

### Binnenkomst aanvraag

Alle zorgaanvragen komen gebruikelijk schriftelijk binnen bij het secretariaat van de Hellingen. Wanneer het om een acuut geval gaat, dan gebeurt dit telefonisch bij de cliëntenstroomcoördinator. Als eerste kijkt men of de aanvraag een cliënt betreft die eerder in behandeling is geweest, om eventuele papieren dossiers nog op te vragen. Daarna kijkt de cliëntenstroomcoördinator of de aanvraag inderdaad in aanmerking komt voor de GGZ,

of dat de cliënt door- of terugverwezen moet worden. Als de cliënt blijft worden in principe vragenlijsten naar de cliënt gestuurd. (Bij sommige aanvragen van Jeugdzorg, zitten deze al.) Deze vragenlijsten moeten binnen zes weken beantwoord zijn. Wanneer ze terugkomen dan is de aanmelding afgerond en dan wordt de cliënt op de wachtlijst voor de intake geplaatst.

Er komen ongeveer 1100 aanvragen binnen gedurende een jaar. Naar schatting 10% komt niet in aanmerking voor behandeling. Daarnaast heeft naar schatting 10% acute hulp nodig waardoor een intake niet nodig is. Uiteindelijk moeten er ongeveer 700 intakes in een jaar plaatsvinden.

Voor de intake wordt de cliënt op een wachtlijst geplaatst, de W1. Cliënten mogen hier maximaal 4 weken op staan, in de praktijk haalt [ ] van de cliënten dit. [ ] Gemiddeld wacht een cliënt [ ] dagen, dit gemiddelde is inclusief de acute gevallen (deze staan als 1 dag wachttijd). In werkelijkheid ligt het gemiddelde dus nog hoger. Op het moment van onderzoek stonden ongeveer 150 cliënten op de W1.

## Intake

De intake is bedoeld een indicatie van de aandoening van de cliënt te kunnen geven. Vaak duurt een intake drie gesprekken en het wordt door een psycholoog of SPVer gedaan. In deze gesprekken worden zowel kind als ouders betrokken. Inhoudelijk omvat de intake een klacht- en probleemanalyse, ontwikkelingsanamnese, gegevens over het gezinsfunctioneren en een beschrijven van het functioneren op school en tussen leeftijdsgenoten.

Er wordt een intake verslag vastgelegd en daarin worden de behandelhypothesen toegelicht. Dit verslag wordt overlegd met de intakestaf en dat resulteert in een behandelplan, na goedkeuring kan met de behandeling gestart worden. Eventueel kan ook hier nog besloten worden dat behandeling bij DGR niet nodig is. In de praktijk komt dit nauwelijks voor.

Behandelaren geven zelf aan bij de cliëntenstroomcoördinator wanneer ze tijd hebben om een intake te doen. De CSC benadert de behandelaar wanneer daar een mogelijkheid voor is. Wekelijks komt de intakestaf samen om de intakes van de week daarvoor te behandelen. Daarna wordt het besluit besproken en gaat er een brief naar de huisarts met de indicatiestelling. Uiteindelijk krijgt [ ] uitsluitend ambulante behandeling. Meer over de intakestaf vindt u bij '3.1.2, Teams'

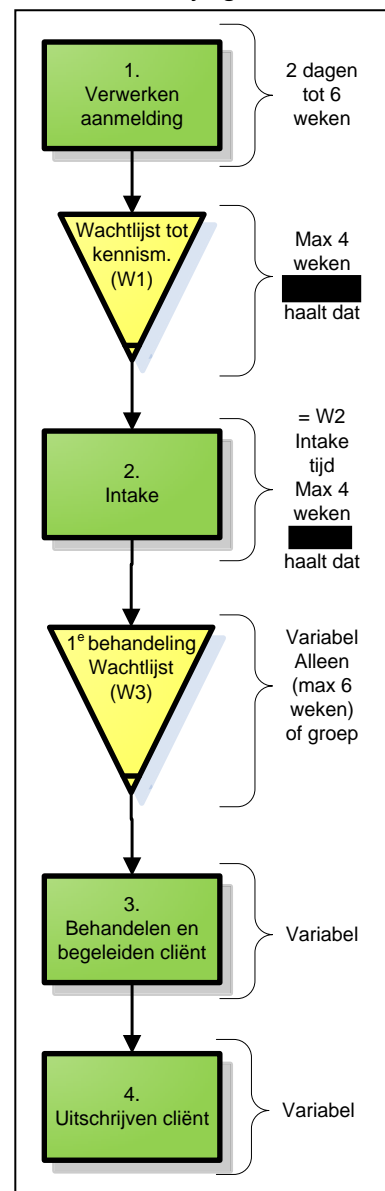
De totale tijd die aan de intake wordt besteed wordt de W2 genoemd. Deze periode mag maximaal vier weken duren. In de praktijk haalt ongeveer [ ] dat. Opvallend is wel het verschil tussen Touwbaan en Hellingen, bij Touwbaan haalt [ ] het, bij Hellingen [ ]%. Gemiddeld duurt de periode [ ] dagen.

Op het moment van onderzoek bevonden er zich ongeveer 200 cliënten op de W2.

## Behandeling

Wanneer de intake is afgerond kan gestart worden met de behandeling. De tijd tussen het afronden van de intake en de eerste behandeling wordt de W3 genoemd. Deze periode mag maximaal 6 weken duren. In de praktijk haalt 70% dat en duurt het gemiddeld 36 dagen. Bij zowel Hellingen als Touwbaan is dit ongeveer gelijk.

Hoe de eerste afspraak wordt gepland, hangt van de behandelaar af. Sommigen doen dit direct bij het bespreken van de uitslag van de intakestaf, sommigen wachten tot de agenda er wat meer ruimte voor overlaat. Het is wenselijk dat de behandeling wordt voortgezet door dezelfde medewerker als bij de intake.



Figuur 8 – Primair proces

In principe wordt de cliënt na de intake in een zorgprogramma geplaatst. Het zorgprogramma schrijft voor welke behandelingsstappen er voor de cliënt mogelijk zijn afhankelijk van de aandoening (zie Figuur 9). De organisatie van Kinderen & Jeugdigen zelf is echter niet toegespitst op de zorgprogramma's. Alle medewerkers werken dus over de hele breedte van de programma's en er is in planning geen toespitsing op zorgprogramma. Medewerkers geven ook aan dat ze dit erg prettig vinden.

Binnen een zorgprogramma zijn verschillende behandelvormen mogelijk als 'onderzoek' en 'gesprek' en deze zijn weer in vele vormen als 'individueel', 'groep' (meerdere cliënten) of 'systeem' (ouders van de cliënt). Deze vormen zullen bij de *zorgvraag* nader besproken worden.

Zoals al was aangegeven bij *teams*, is het de bedoeling dat iedere cliënt periodiek wordt besproken in het voortgangsteam. Hier kan besloten worden wat te doen met de lopende cliënten. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat een behandeling wordt afgesloten of dat een andere vorm van behandeling wenselijk is. Wanneer een andere behandeling nodig is, is het soms gewenst om de intakeprocedure te herhalen.

#### Zorgprogramma's

- Voordeur (korte behandeling)
- ADHD
- Bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling en -stoornissen
- Affectieve stoornissen en angststoornissen
- Autisme spectrum stoornis
- Psychotische stoornissen
- Somatoforme stoornissen en eetstoornissen
- Gedragsstoornissen (wordt in 2006 gerealiseerd)

Figuur 9 – Zorgprogramma's bij Kinderen & Jeugdigen

### Afronden/Uitschrijven

Wanneer een besluit genomen wordt de cliënt niet (meer) te behandelen of wanneer alle behandelingen zijn afgelopen, dan wordt de cliënt ontslagen. De behandelaren moet alle openstaande gegevens in het informatie-systeem afronden en daarna kan het secretariaat de cliënt ontslaan. De verwijzer wordt daarna doormiddel van een brief op de hoogte gesteld dat de cliënt is ontslagen.

### Terugkomst na ontslag

Heel formeel moet na ontslag iedereen die weer een zorgvraag heeft opnieuw alle stappen van de jeugdzorg doorlopen. Nu is er de regel dat wanneer iemand binnen een jaar terugvalt, deze niet opnieuw de Bureau Jeugdzorg en Indicatie hoeft te doorlopen.

Voor sommige aandoeningen is het lastig te stellen of een jaar later precies het zelfde probleem nog wel speelt. Voor andere aandoeningen is te verwachten dat een cliënt na langer dan een jaar weer terug zal komen. Een voorbeeld hiervan is een autistisch kind dat van de basisschool naar de middelbare school gaat. Voor de eerste groep wenst men dus eigenlijk wel een intake, maar voor de tweede groep niet.

## 3.4 Planning en besturing

Op strategisch niveau is de circuitmanager verantwoordelijk voor de lange termijn planning. Op dit vlak moet men zich bezig houden met dingen als onderzoek, procesbepaling, voorzien van lange termijn faciliteiten en overleg met externe partijen om aan de randvoorwaarden van opereren te voorzien. Er vinden regelmatig gesprekken plaats met het bestuur van DGR en afdelingshoofden om elkaar van informatie te voorzien. Los van enkele productiecijfers en de uitgebreidere financiële cijfers, zijn er weinig harde feiten op basis waarvan men kan handelen.

Op tactisch niveau ligt de verantwoordelijkheid voornamelijk bij het afdelingshoofd. Hier gaat het meer om het maken van behandelingsrichtlijnen, het opstellen van productietargets, vasthouden aan financiële richtlijnen en het hebben van de juiste capaciteit om deze goed in te zetten. Van het afdelingshoofd komen ook productietargets naar voren. Op dit moment houden deze weinig anders in dan het vaststellen hoeveel van een bepaald soort behandelingen in een periode moet worden gedaan. Dit wordt gecontroleerd, maar zegt verder weinig omdat uit de gegevens niet duidelijk wordt waarom er verschillen kunnen zitten in planning en realisatie. De dialoog is ongeveer de enige manier om achter oorzaken te komen. Financieel zijn wel weer veel gegevens beschikbaar.

Operationeel ligt de planning ongeveer volledig in handen van de behandelaar. Er zijn wel een aantal richtlijnen over hoe lang een behandelaar er maximaal over stappen mag doen. Vooral in de intakefase ligt dit duidelijk vast. Rond de intake wordt er gemonitord door de cliëntenstroomcoördinator. Dit is echter meer voor het houden van het overzicht, dan het daadwerkelijk aansturen van medewerkers. Op wat voor manier een behandelaar daar invulling aan geeft aan planning wordt verder vrijgelaten. In de al eerder beschreven voortgangsteams is ook nog een mogelijkheid van controle, maar in de praktijk blijkt dat hier vaak geen invulling aan gegeven wordt.

Wat betreft de 'online' planning die *Van Houdenhoven et al.* noemen, is deze planning eigenlijk omgevormd tot een offline planning. Er is iedere dag een acute dienst gepland die hiervoor uren vrijhoudt. Op andere dan directe planning hebben acute gevallen weinig invloed omdat dit alsnog goed is te standaardiseren.

De communicatie tussen deze lagen ligt lastig. Zoals we al hebben aangegeven zijn er weinig harde feiten en controle middelen beschikbaar. Aan de ene kant is er operationeel personeel dat wordt gekenmerkt door een sterk individueel karakter. Het zijn werelden op zich met hoge mate van vrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Aan de andere kant is er een management dat met beperkt beschikbare middelen grote veranderingen van buitenaf heeft moeten verwerken en er zijn nog meer veranderingen op komst.

Van de werkvloer kunnen beslissingen als opgelegd voelen, er bestaat een gevoel dat er niet heel veel wordt gedaan met ideeën die worden aangedragen. Aan de andere kant heeft het management problemen met het hebben van grip en overzicht over wat er zich precies op de werkvloer afspeelt.

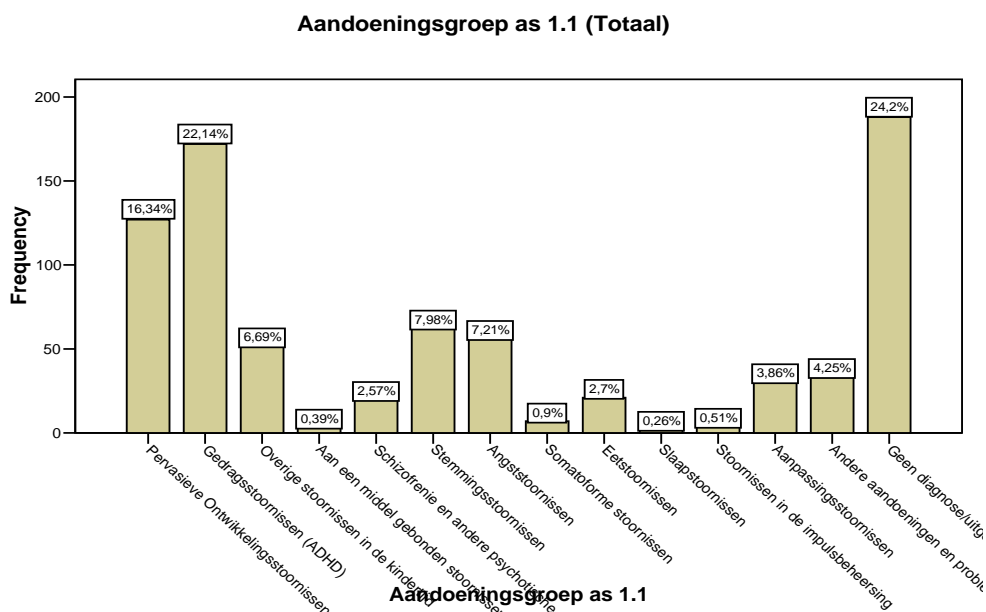
### 3.5 Zorgvraag:

In deze paragraaf geven we aan hoeveel cliënten er jaarlijks zorg vragen, met welke aandoeningen deze te kampen hebben en welke tijd dit van de medewerkers vraagt.

Om de zorgvraag te verhelderen is er een data-analyse uitgevoerd. In deze data-analyse zijn de cliënten ondergebracht in cliëntgroepen. Meer informatie over hoe tot deze cliëntgroepen is gekomen en wat deze precies inhouden, zijn te vinden in de data-analyse Appendix III.

#### 3.5.1 Totale cliëntpopulatie

In totaal worden ongeveer 2000 cliënten geholpen bij Touwbaan en Hellingen. De verdeling is hier ongeveer 30%-70%. Ouders zijn hierbij niet meegerekend. De verdeling van de aandoeningen laten we zien in Figuur 10.



**Figuur 10 – Aandoeningsverdeling van totale groep cliënten**

NB. Absolute waarden bij 'frequency' moet ongeveer maal 2, relatief is juist, voor meer uitleg over aantallen en significantie zie 'data-analyse Figuur 14')

### 3.5.2 Soorten behandelingen, aantallen en duur

Bij een analyse van alle in een jaar verrichte behandelingen is in Tabel 2 een weergave gegeven van de aantallen behandelingen, hoeveel tijd totaal is besteed en hoeveel minuten gemiddeld per behandeling worden gedeclareerd door de medewerker.

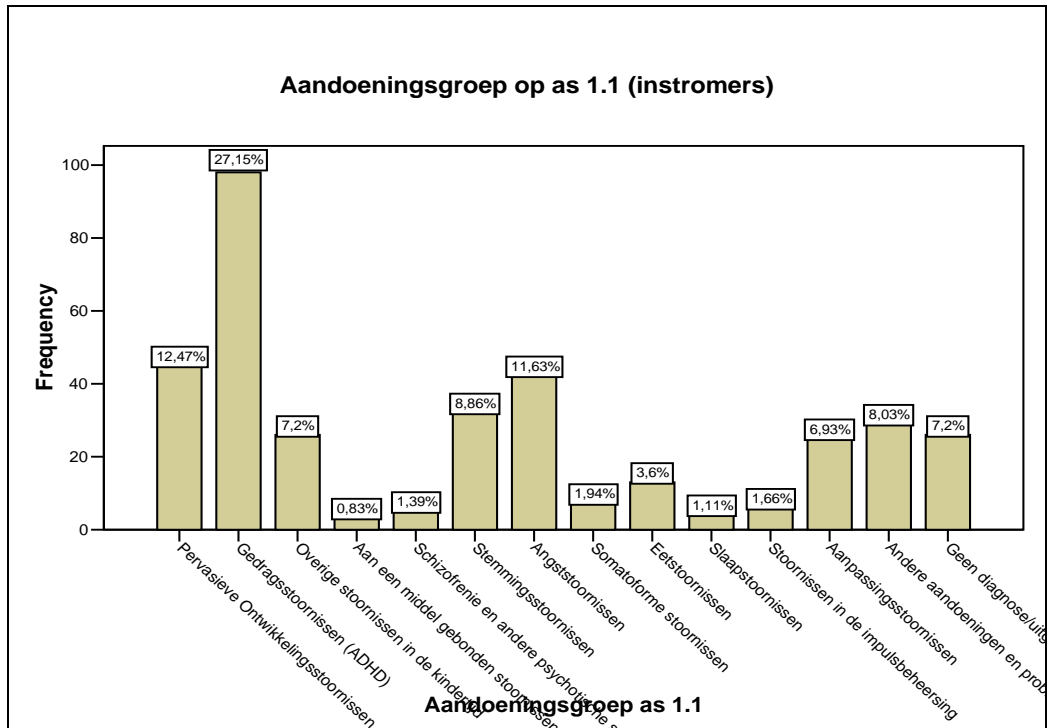
	Aantal	Bestede tijd (uur)	Gem. Tijd $\mu$ (min)	St.dev. $\sigma$ (min)	Var. coëfficiënt $\sigma/\mu$
<b>Intake (totaal)</b>					
Intake					
Intake (extern)					
<b>Behandeling (totaal)</b>					
Behandeling - individueel					
Behandeling - groep					
Behandeling - systeem					
Behandeling - systeem in groep					
Behandeling - telemail					
Behandeling - farmacotherapie					
<i>Extern</i>					
Behandeling - individueel (ext.)					
Behandeling - systeem (ext.)					
Behandeling - systeem in groep (ext.)					
<b>Psychotherapie (totaal)</b>					
Psychotherapie - individueel					
Psychotherapie - systeem					
<b>Onderzoek (totaal)</b>					
Onderzoek - psychiatrisch					
Onderzoek - testbatterij					
Onderzoek - psychodiagnostisch					
<i>Extern</i>					
Onderzoek - psychiatrisch (ext.)					
Onderzoek - testbatterij (ext.)					
Onderzoek - psychodiagnostisch (ext.)					
<b>Crisis(totaal)</b>					
Crisis					
Crisis (ext.)					
<b>Indirect (totaal)</b>					
Indirect					
Indirect (ext.)					
<b>No-show</b>					
<b>Eindtotaal</b>					

**Tabel 2 – Aantallen, tijd en standaarddeviatie voor de duur van behandelingen**

Voor de achtergrond van deze getallen, zie Data-analyse 'Tabel 3'

### 3.5.3 Jaarlijkse instroom

Uit de data-analyse is gebleken dat ongeveer █████ cliënten in een jaar een plaatsing krijgen bij Touwbaan (30%) of Hellingen (70%). Bij ongeveer twee derde hiervan was een intake nodig. In Figuur 11 geven we een overzicht van de aandoeningsverdeling van de instroom.



**Figuur 11 – Aandoeningsverdelingen cliënten die een plaatsing krijgen (kan tot 2% verschillen wanneer vergeleken met comorbiditeiten)**

(NB. De absolute aantallen bij 'frequency' moeten ongeveer maal 2, relatief is juist, voor meer uitleg over aantallen en significantie zie data-analyse paragraaf 3 en figuur 7)

Een vergelijking van deze instroomgegevens met de totale cliëntpopulatie, geeft een beeld over welke aandoeningen langer blijven hangen. Zo is de instroom van pervasieve ontwikkelingsstoornissen (autisme) 12% terwijl het bij het totaal 16% bedraagt. Dit duidt er op dat mensen met deze aandoening een langer dan gemiddelde behandeling krijgen.

### 3.5.4 Zorgvraag per cliëntgroep

In eerste instantie wilden we kijken hoeveel behandelingen nodig zijn per cliënt met een bepaalde aandoening. Echter door het grote aantal cliënten waarbij geen aandoening geregistreerd stond (ze hadden een NULL waarde) en de korte termijn dat het informatiesysteem gebruikt wordt, worden de steekproefgrootten zo klein dat we er weinig concrete informatie over kunnen genereren. Hiervoor is namelijk een populatie nodig waarvan de aandoening bekend is, en waarvan bekend is hoeveel behandelingen in het verleden zijn verricht tussen een bekende start en einddatum. Deze populaties bleken te klein. We adviseren deze gegevens op een later moment in een grootschaliger onderzoek boven tafel te krijgen, wanneer data beschikbaar is over twee jaren en hier een voldoende steekproefgrootte aanwezig is.

In plaats daarvan is gekeken hoeveel procent van een cliëntgroep met een bepaalde behandeling te maken krijgt. Hoeveel behandelingen en hoeveel tijd hiervoor nodig is, is dus niet goed te beantwoorden. Wel hebben we bij een kleine groep gekeken naar deze aantallen en de variantiecoëfficiënten vergeleken om zo een beeld te vormen of het verdelen in cliëntgroepen de behandeling beter voorspelbaar maakt.

Dit kan beantwoord worden zodra het laatste onderdeel van de data-analyse op een later tijdstip alsnog afgerond zal worden.

### 3.6 Zorgaanbod

Het zorgaanbod van Kinderen & Jeugdigen bestaat uit en wordt verzorgd door het behandelende personeel: psychiaters, arts-assistenten, psychologen, sociaal psychologische verpleegkundigen. Hoeveel er aanwezig zijn is te vinden in **Figuur 7**. En wat de bijbehorende taken zijn staat beschreven in paragraaf 3.1.2. In het data-analyse rapport is te lezen dat ongeveer █████ uur aan behandelend personeel beschikbaar is. Uit **Tabel 2** blijkt dat ongeveer █████ uur wordt gedeclareerd. Dit komt neer op een bezettingsgraad van van ongeveer █████. Het gaat hierbij dus om de (in)directe tijd die daadwerkelijk aan cliënten is besteed. Helaas is uit gedeclareerde behandelingen niet op te maken welk soort behandelaar welke behandeling doet, omdat meerdere categorieën behandelaren dezelfde code gebruiken. Anders zouden deze cijfers nog uitgesplitst kunnen worden naar behandelarsgroep.

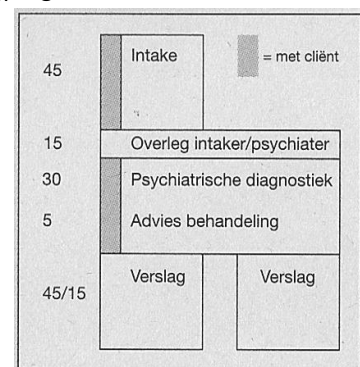
Uit een onderzoek dat DBC GGZ gebruikt, blijkt dat een normale bezettingsgraad ongeveer █████ zou moeten bedragen, hier houden ze ook rekening met het berekenen van de toekomstige financieringen. Het lage percentage van bezetting zal zeer waarschijnlijk komen door een combinatie van uren die verkeerd of niet gedeclareerd worden en enkele groepen/medewerkers die niet geheel efficiënt werken. Dit laatste kan ook veroorzaakt worden door inefficiënte planning doordat medewerkers het gevoel hebben dat ze het druk hebben. Het mag duidelijk zijn dat men met de bezettingsgraad ver onder de verwachting zit, omdat de toekomstige financiering hier van af hangt moet dit een belangrijk aandachtspunt zijn.

### 3.7 Ontwikkelingen binnen DGR

Binnen De Grote Rivieren worden ook aanpassingen aan het proces gemaakt en nieuwe werkwijzen uitgeprobeerd. Een aantal lichten we er in het bijzonder uit.

#### Werkwijze Volwassenen Gorinchem

In augustus 2005 is er bij de Volwassenenafdeling in Gorinchem een procesaanpassing gekomen. Deze aanpassing is eigenlijk tweeledig. Aan de ene kant zijn werknemers ingedeeld bij zorgprogramma's, ze behandelen enkel nog cliënten die binnen hun zorgprogramma vallen. Omdat ze gespecialiseerder bezig zijn, zouden de medewerkers meer kennis op doen en efficiënter gaan werken. Daarnaast is de intakeprocedure aangepast (zie **Figuur 12**). Vroeger werd ongeveer dezelfde methode toegepast als dat nu bij Kinderen & Jeugdigen wordt toegepast. In de nieuwe procedure wordt getracht de intake terug te brengen van een periode van vier weken naar een enkel dagdeel. De tijd die het vraagt blijft wel ongeveer hetzelfde, maar het wordt nu met twee medewerkers gedaan: een psycholoog/SPVer en een psychiater. Deze methode moet de W2 sterk terugdringen. Uit cijfers van de afdeling in Gorinchem blijkt ook dat dit inderdaad zo is. Bij de medewerkers wordt ook na een jaar in de praktijk het werken in zorgprogramma's nog wel vaak afgedaan als een achteruitgang op de diversiteit van het werk.



**Figuur 12 – De nieuwe intakevorm**

#### ADHD-intake

Bij Kinderen & Jeugdigen op de Hellingen wordt inmiddels getest met een vergelijkbare methode als bij de Volwassenen in Gorinchem. Bij de zogenaamde ADHD-intake wordt eerst door een doktersassistent basisgegevens opgenomen. Na een kort gesprek met ouders en kind splitsen de behandelaren, de psycholoog/SPVer praat met de ouders, de psychiater praat met het kind. Daarna komen de behandelaren weer samen, bespreken ze de cliënt en maken een behandelplan. Deze wordt direct teruggekoppeld naar ouders en kind en de cliënt kan op de W3 geplaatst worden. Het totaal moet ongeveer anderhalf uur duren. Ervaringen hiermee zijn zeer positief. Deze methode weet de W2 terug te dringen en wordt als zeer prettig ervaren voor de cliënten.

#### ADHD-poli

Een andere ontwikkeling is de ADHD-poli, hier worden net als in een ziekenhuis taken overgedragen aan een doktersassistent. Eerst komt de cliënt bij de assistent waar basis stappen als gewicht opnemen en dergelijke plaatsvinden. Daarna volgt een kort bezoek aan de psychiater, waarna bij de assistent een volgende afspraak gemaakt kan worden. Ervaringen hiermee zijn zeer positief.

## 4 Gewenste situatie

In Hoofdstuk 3 is de organisatie en het proces besproken. Zowel overheid, algemeen bestuur, circuit management als medewerkers hebben zo hun punten die ze in de toekomst aangescherpt willen zien. In dit hoofdstuk geven we een overzicht welke punten aangescherpt zouden moeten worden.

In februari 2006 is vanuit het management K&J van De Grote Rivieren het *bedrijfsplan K&J* uitgebracht. In dit plan staan onder andere de volgende punten die Kinderen & Jeugdigen na zal moeten streven:

- Na verwijzing start binnen vijf dagen de diagnostiek/ behandeling/begeleiding van de cliënt.
- Voor acute situaties geldt een 24-uurs-bereikbaarheid en -beschikbaarheid.
- De cliënt weet vooraf wat de behandeling zal inhouden en hoe lang deze zal duren.
- De diagnostiek/behandeling/begeleiding van de cliënt is gebaseerd op gespecialiseerde en omschreven methodieken.
- Voor alle cliënten wordt door ketenmanagement continuïteit van zorg geboden.

In het bedrijfsplan K&J worden ook een aantal redenen gegeven voor het feit dat de wachtrijen langer zijn dan gewenst. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Weinig onderscheid in soorten intakes,
- Onvoldoende zicht op het volume en dus absorptievermogen van de programma's,
- Te veel langdurige trajecten,
- Hoge administratieve last,
- Geen zicht op de agenda's van medewerkers en dus geen zicht op effectiviteit.

Uit gesprekken met het management van Kinderen & Jeugdigen en het hoofd Ambulant zijn ook een aantal punten naar voren gekomen die ze in de toekomst graag aangepakt zien.

- De wachtrij mag maximaal vijf tot vijftien dagen bedragen
- Er is meer informatie gewenst over de proces voortgang gewenst
- Er moet een gestructureerde instroom plaatsvinden
- De mogelijkheid moet bekeken worden om de cliëntenstroomcoördinator later in het proces te betrekken
- Er moet inzicht komen in agenda's en agendaplanning kan mogelijk secretariael gestuurd worden.
- De intake moet sneller verlopen
- Er moet een betere afstemming met Bureau Jeugdzorg komen
- Systematische evaluatie over de voortgang van behandeling is gewenst, er moet snel duidelijk zijn wanneer verdere behandeling niet meer nodig is.

Naast documenten en gesprekken met het management zijn er ook nog gesprekken geweest met psychiaters, een arts-assistent, psychologen, een SPV-er en secretariële ondersteuning. Hier kwamen de volgende punten naar voren.

- Er moet een goede afstemming met Bureau Jeugdzorg komen
- Er is veel vertrouwen in nieuwe intakevorm die wordt gebruikt bij ADHD en bij Volwassenen Gorinchem
- Er wordt een actievere houding van het management verwacht, waar besluiten meer in samenwerking worden genomen.
- Bij veel mensen zijn de werkwijzen en protocollen ten aanzien van informatiesysteem niet duidelijk of ze vinden het lastig.
- Er moet een systematischere evaluatie komen

We hebben nu de wensen uit de organisatie beschreven. In hoofdstuk 5 zullen we met deze punten in het achterhoofd oplossingsrichtingen aandragen die tot een betere doorstroom en kortere wachtrijen moeten leiden.

## 5 Alternatieve oplossingen

In hoofdstuk 4 hebben de gewenste aanpassingen van de organisatie beschreven. Op basis van deze punten en onderzoeksvraag zullen we nu oplossingen presenteren die doorlooptijd en wachtrijen korter zouden moeten maken. Eerst zullen we beschrijven op welke wijze een effectieve planning & besturing mogelijk moet zijn, daarna beschrijven we het verschil tussen doorlooptijd en wachtrij verkorting om tenslotte de oplossingsrichtingen aan te geven.

### 5.1 *Optimalisering Planning & Besturing*

Bij de aanvang van het onderzoek was een van de eerste conclusies die wij trokken, dat het management over zeer weinig informatie beschikt op basis waarvan het beleid voor de toekomst van Kinderen & Jeugdigen kan worden opgesteld. Dit beperkt zich tot aantallen behandelingen die per maand worden verricht, waar verder weinig onderscheid in wordt gemaakt. Verschillen die in deze aantallen zitten zijn nauwelijks te verklaren, omdat er weinig andere data beschikbaar is naast deze aantallen.

Het management heeft geen greep op wat een medewerker daadwerkelijk uitvoert en kan hier enkel richtlijnen voor geven. In hoeverre het beleid dat het management opstelt voor alle behandelingen van toepassing is, is moeilijk te onderbouwen. Een voorbeeld is dat men bestuurlijk graag zou zien dat een behandeling niet meer dan 8 afspraken omvat. In hoeverre is zo'n richtlijn toepasbaar? Inzicht in deze informatie is nodig om problemen te signaleren en de juiste beslissingen te maken. Productieaantallen per medewerker horen hier ook bij. Natuurlijk moet wel in ogenschouw worden genomen dat cijfers altijd een reden tot vraag moeten creëren en niet linea recta een gevolg moeten hebben.

Om keuzes beter te kunnen onderbouwen is er een data-analyse uitgevoerd die op veel vragen wat betreft de zorgvraag antwoord moet geven. Wanneer deze informatie in de toekomst vaker en eventueel nog uitgebreider wordt uitgevoerd, kunnen problemen makkelijker gesignaleerd worden, kan er onderbouwd beleid gevormd worden en kunnen de effecten van maatregelen gemeten worden. Om dit in uitvoering te brengen is een management informatie systeem of in ieder geval een structurele data generatie een noodzaak.

Maar in hoeverre kan een manager zich nu bemoeien met de zaken die zich op de werkvloer afspelen? *Van Houdenhoven et al.* hebben een raamwerk opgesteld voor Planning & Controle en stellen dat planningsmethoden afhankelijk zijn van de variabiliteit van de afspraak en de variabiliteit tussen de afspraken. In de data-analyse hebben we dit meegenomen. In een nader onderzoek zou dit nog verder uitsplitst kunnen worden naar zorggroepen, maar dat was op dit moment nog niet mogelijk. Uit de data-analyse kwam naar voren dat een afspraak op zich een lage variabiliteit heeft (zie **Tabel 2**). Bij een beperkte steekproef van de variabiliteit tussen de afspraken kwam naar voren dat hier een gemiddelde tot hoge variabiliteit is. (Data-analyse, Tabel 5 & Tabel 6)

Wat betreft de planning van de agenda van een behandelaar betekent dit dat plannen kan zonder dat daar heel ingewikkelde planningsmethoden voor nodig zijn om robuustheid in te bouwen. Het management kan hier een eigen beleid op maken. Wat betreft de planning van het te doorlopen zorgpad van de cliënt en het aantal behandelingen dat een cliënt krijgt, blijkt dat hier van een hoge variabiliteit sprake is. In dat geval is het het best om de behandelaar te laten bepalen wat goed is voor een cliënt. Het management moet zich niet bezig houden met de planning van de individuele cliënt. Dit betekent echter niet dat het management hier helemaal niets over kan zeggen. Het zorgpad van de individuele cliënt mag tussen cliënten heel variabel zijn, maar 1wanneer je kijkt naar de complete groep cliënten die gedurende een jaar een behandeling hebben gehad, dan zal de variabiliteit hiervan door het portfolio effect lager zijn (*Markowitz, 1991*). Het is voor het management dus wel mogelijk om bepaalde criteria gemiddeld over een jaar te stellen. Wanneer het management maximaal 8 afspraken per cliënt wil, dan kan het management bij een individueel geval van 18 afspraken niet zeggen dat het te veel is. Echter wanneer het jaarlijks gemiddelde op 18 ligt, is dit een ander verhaal, omdat de variabiliteit dan afgenomen zou moeten zijn door het portfolio effect.

### 5.2 *Doorlooptijd vs. wachtrij verkorting*

Het verkorten van de doorlooptijd hoeft niet per definitie te betekenen dat de wachtrijen ook krimpen. Wanneer activiteiten dezelfde tijd vragen, maar ze slimmer achter elkaar geplaatst worden, kost de totale activiteit net zo

veel tijd, maar zal een cliënt wel eerder geholpen zijn. In dit hoofdstuk zullen we methoden beschrijven. Overigens is de W2 wel te verkorten door veranderingen in de doorlooptijd, omdat de W2 eigenlijk geen echte wachtrij is, maar de gemeten tijd van eerste intakemoment tot intake afronding. Hier kunnen meerdere behandelingen in zitten en daartussen kan wachttijd zitten. Door de intakemomenten sneller achter elkaar te zetten is de intake eerder afgelopen en is de W2 korter geworden, dit is dus een doorlooptijdverkorting. Pas wanneer door een verandering het vermogen ontstaat om meer behandelingen uit te voeren, dan zal een wachtrij verkort worden.

### 5.3 Oplossingsrichtingen

#### Samenwerking met Bureau Jeugdzorg

Een grote verbetering zal te halen zijn in een betere samenwerking met Bureau Jeugdzorg. Een cliënt die van Bureau Jeugdzorg vandaan komt is daar veelal tien weken aan indicatie bezig, voordat er naar De Grote Rivieren doorverwezen kan worden. Eenmaal daar aangekomen, vindt een dergelijke indicatie opnieuw plaats. Dat de eerste behandeling meer dan een half jaar na binnenkomst bij Bureau Jeugdzorg plaatsvindt, is eerder regel dan uitzondering. Dit proces is langzaam, klantvriendelijk en bureaucratisch en staat daarmee haaks op de missie van De Grote Rivieren. Het mag dan ook duidelijk zijn dat wij van mening zijn dat dit punt veel aandacht nodig heeft. In overleg met Bureau Jeugdzorg zal een keuze gemaakt moeten worden tussen twee oplossingsmethoden:

1. Indicatie vindt volledig plaats bij Bureau Jeugdzorg. Dit betekent dat de indicatie door gekwalificeerd personeel gedaan zou moeten worden en dat een psychiater de diagnose vastgesteld moet hebben, zodat direct overgegaan kan worden op behandeling.
2. Cliënten worden bij Bureau Jeugdzorg binnen een week doorverwezen zonder uitgebreid indicatieverslag. Daadwerkelijke indicatie vindt bij De Grote Rivieren plaats.

Wettelijk zou het volgens methode 1 moeten gaan, echter is door een gebrek aan gekwalificeerd personeel en een gebrekkige aansluiting tussen de gegenereerde informatie bij Jeugdzorg en de benodigde informatie bij DGR een tweede vorm van indicatie nodig.

Het aanpakken van dit punt zal meerdere positieve effecten hebben. De belangrijkste is dat een cliënt sneller geholpen zal worden. De intermurale doorlooptijd zal korter worden. Als zorginstelling is het je plicht om een cliënt zo snel mogelijk te helpen. Daarnaast zal dubbel werk voorkomen worden. Wanneer de eerste oplossing gekozen wordt, dan zullen minder mensen bij DGR een indicatie krijgen. Dit betekent dat een cliënt van Jeugdzorg direct op de W3 geplaatst kan worden, wat druk van de W1 en W2 afhaalt. De W1 zal hierdoor korter worden omdat er minder indicaties plaats te vinden.

#### Zorg voor procesfocus gebieden

Volgens de theorie van *focused factory* is het goed processen dusdanig in te richten dat alle homogene processen een eigen werkwijze en inrichting hebben. Een homogeen proces moet duidelijke ontkoppelpunten hebben. In de praktijk zien we dat er twee homogene processen zijn: *intake* en *behandeling*. Ook bij de behandelingen worden deze van nature gezien als twee aparte processen, er is sprake van een duidelijk ontkoppelpunt. In een *focused factory* benadering is het daarmee goed om de intake en behandeling een eigen inrichting te geven van het proces.

Hoe we dit zien bij de intake zullen we bij het onderdeel *nieuwe intakevorm* beschrijven. Wat betreft de inrichting van het behandelingstraject, moeten de zorgprogramma's de ruggengraat vormen. In de zorgprogramma's moeten niet alleen de mogelijke wegen besproken zijn, maar moet ook duidelijk zijn welke wegen het meest gewenst zijn (bewezen methoden) en moet alles vastliggen met betrekking tot evaluatiemomenten die nodig zijn, verwachte behandelingen die nodig zijn, het uitvoeren van een nieuwe intake wanneer iemand na langere tijd weer terug komt. Op dit moment wordt nog getracht dit soort handswijzen en maatstaven voor alle typen aandoeningen aan te duiden. Dit geeft problemen omdat niet alle handswijzen en maatstaven ook toepasbaar zijn op alle groepen. Handswijzen, verantwoordelijkheden, doelstellingen en zorgvraageigenschappen kunnen daarom het best per zorgprogramma vastgelegd worden om deze hier af te stemmen aan de zorgvraag.

#### Nieuwe intakevorm

Zoals we bij de *procesfocus gebieden* aangaven is de intakeprocedure een proces dat aangepast moet zijn aan haar eigen doelstellingen. Op dit moment kan men de intake zien alsof het een onderdeel is van de behandeling, enkel zijn er tijdsrestricties en is er een extra overleg voor ingepland.

Bij de volwassenenafdeling van Gorinchem en bij ADHD-cliënten bij K&J Hellingen draaien pilots met nieuwe vormen van intakes. Uit een rapportage van Volwassenen Gorinchem en reacties van behandelaren blijkt dat deze methode succesvol blijkt in het terugdringen van de W2, en dat is ook logisch, want een traject dat eerst enkele weken duurde wordt nu in een dagdeel geplaatst. De methode zorgt er voor dat cliënten sneller hun eerste behandeling krijgen, dat er minder mensen wachten en dat er een beter overzicht mogelijk is op de procesvoortgang.

Wel is het belangrijk om in ogenschouw te nemen, dat deze methode NIET minder tijd kost, maar dat de benodigde tijd anders wordt ingedeeld: de doorlooptijd verkort hierdoor. Het kan zelfs zo zijn dat deze methode iets intensiever is, omdat hier ook bij iedere intake inspanning van een psychiater benodigd is. Ook om juridische redenen kan het wel verstandig zijn de keuze te maken om hier dan iets meer tijd in te stoppen. Want wanneer er iets mis gaat gedurende een behandeling waarbij blijkt dat er een indicatiestelling van een psychiater is gekomen, die deze cliënt nog nooit gezien heeft, kan dit negatieve gevolgen hebben. Het actief betrekken van de psychiater in de intake is daarom misschien wel noodzakelijk.

Een gevaarlijk punt van de 'dagdeel intake' is dat er eigenlijk twee categorieën cliënten zijn: eenvoudige en complexe cliënten. Bij de eenvoudige gevallen kan aan de hand van een middag doorgrond worden wat precies de problemen zijn. Echter bij de complexe gevallen is vaak niet in een keer te achterhalen wat het probleem is en hoe dit aangepakt kan worden. We raden daarom aan om een speciale intakevorm in te richten voor complexe gevallen. Dit zou kunnen betekenen dat er eerst een of twee oriënterende gesprekken plaatsvinden om daarna de dagdeelintake uit te voeren. Belangrijk is dan wel dat er aan de poort iemand zit die het onderscheid tussen eenvoudig en complex kan maken. Dit kan de cliëntenstroomcoördinator zijn, ondersteund door een psychiater.

#### *Opgelet!*

De pilot bij Volwassenen Gorinchem is eigenlijk tweeledig: het intakeproces is veranderd, maar daarnaast is in het behandelingsproces een specialisering naar zorgprogramma's ingevoerd. De directe verbetering van de W2 is waarschijnlijk veroorzaakt door het veranderen van het intakeproces. Het tweede wijzigingspunt zal pas op langere termijn effecten moeten gaan behalen, omdat hier het doel is dat mensen gespecialiseerder raken in hun vakgebied. Vanuit het personeel komen hier echt zeer veel negatieve geluiden, omdat ze hierdoor de diversiteit in hun werk verloren zijn. Ook logistiek kunnen er vraagtekens geplaatst worden bij deze specialisering. Specialisering heeft namelijk ook negatieve logistieke aspecten: wanneer er bijvoorbeeld bij een specialisatiegroep op een moment weinig cliënten zijn, dan zal de productiviteit daar lager zijn. Wanneer er geen specialismes zijn, kunnen deze en andere onregelmatigheden makkelijker worden opgevangen. In eerste instantie zien we meer heil in oplossing waarbij de processen van de intake en behandeling duidelijk zijn vastgelegd en het personeel daar over de hele breedte kan worden ingezet. Pas wanneer het teveel kennis vraagt voor een behandelaar dient overgegaan te worden op specialisatie en dit kan natuurlijk ook betekenen dat je in plaats van in 7 zorgprogramma's in drie zorgprogramma's actief wordt. We raden aan om hier eerst nader onderzoek naar te doen. Dit kan bijvoorbeeld door het uitvoeren van een simulatie. Daarna kan weloverwogen een keuze gemaakt worden of de voordelen de nadelen overtreffen.

### Wijs werk aan de juiste persoon toe en vermijd dubbele werkzaamheden

Het besproken voorbeeld van agendaplanning is eigenlijk een vorm van een behandelaar dat laten doen waar hij voor aangenomen is: behandelen. Alle zaken die daar omheen zitten kunnen ook door ondersteuning worden uitgevoerd. Een ander voorbeeld is de *ADHD-poli*, zoals besproken aan het eind van *Hoofdstuk 3*. Alle voorbereidende en afsluitende handelingen worden verricht door ondersteunend personeel terwijl de tijd van de behandelaar alleen wordt gebruikt voor de behandelingen aan zich.

Een ander voorbeeld om een behandelaar geen tijd te laten verdoen is door telefonische consulten te ondersteunen met headsets. Er wordt ongeveer ■■■ uur aan telefonische behandelingen besteed. Op basis hiervan is uit te rekenen tot welke investering het waardevol is om een dergelijke infrastructuur aan te schaffen.

Tenslotte kan ook nog gekeken worden naar bevoegdheden van behandelaren. De verschillende soorten behandelaren hebben formeel verschillende bevoegdheden. Sommige bevoegdheden overlappen, maar toch worden deze door één type behandelaar uitgevoerd. Het uit laten voeren door alle daartoe bevoegde medewerkers kan planning soepeler maken.

## Structureer instroom en kijk verder vooruit

Op het moment van onderzoek is de instroom beleidsloos geregeld. Wanneer een behandelaar vindt dat er tijd is voor een intake, dan wordt dit aangegeven. In principe is hier niets mis mee, zolang de behandelaar maar vaak genoeg vindt dat er ruimte is. In de praktijk blijkt dit alleen niet zo te zijn. Er wordt dus eigenlijk een keuze gemaakt tussen cliënten die al in behandeling zijn en mensen die wachten op behandeling. Zowel maatschappelijk, bestuurlijk als financieel ligt er een sterke nadruk op het wens dat cliënten niet lang zouden moeten wachten en dat zo min mogelijk cliënten zouden moeten wachten. Het beleid zou er daarom op gefocust moeten zijn om de wachtrijen aan te pakken en dit niet zozeer van het aantal mensen in behandeling af te laten hangen. Wanneer er meer cliënten in behandeling worden genomen, kan dit betekenen dat er meer tijd zit tussen de ene en de andere afspraak, maar hier wordt je niet op afgerekend, omdat er nog ongeveer even veel afspraken nodig zijn. Het gaat hier dus om een keuze tussen een mogelijk wat meer gespreide behandeling met korte wachtlijsten, of een behandeling over een beperktere periode met langere wachtlijsten. Waarschijnlijk zal de eerste van de meeste actoren de voorkeur genieten.

Er moet daarom een instroombeleid opgesteld worden. De instroom van cliënten die een intake vragen bedraagt ongeveer [ ] dan kan hieruit afgeleid worden hoeveel intakes per week zouden moeten plaatsvinden. Eventueel kunnen hier nog seizoensinvloeden in meegenomen worden omdat de laatste zes maanden van een jaar drukker lijken te zijn. Maak hier tijd voor vrij. Wanneer dit in combinatie met de dagdeelintake plaats zal vinden, dan zal deze structurering ook een absolute noodzaak zijn.

Daarnaast kan door verder naar voren te kijken de doorlooptijd verkort worden. Wanneer iemand binnenkomt kan men al weten welke intakegesprekken plaats gaan vinden. Het moet mogelijk zijn om al deze momenten al van te voren vast te leggen zodat een cliënt weet waar hij aan toe is: “volgende week het eerste intakegesprek, de tweede de week daarop en de week daarop bespreken we de intake-uitslag, om direct daarna een eventuele eerste behandeling te krijgen”. Wanneer de nieuwe intakevorm ingevoerd wordt zal dit natuurlijk niet volledig opgaan, maar ook voor bijvoorbeeld behandelingen kan door verder vooruit te kijken de doorlooptijd verkort worden.

## Schaf de W3 af

Wat eigenlijk een beetje inhaakt op het vooruit plannen als eerder besproken, is de W3. De tijd tussen het vaststellen van de indicatie en de eerste behandeling wordt bepaald door het moment waarop de behandelaar een afspraak maakt met cliënt. Sommigen doen dit direct, sommigen wachten hier weken mee. Er staat een maximum van zes weken voor deze periode, maar wanneer iedereen zich er aan zou houden dat direct na het vaststellen van de indicatie een intake wordt gepland, dan moet dit zeker terug te brengen zijn naar minder dan drie weken. De enige uitzonderingen zouden dan nog de cliënten zijn die op groepsbehandeling wachten omdat die slechts op beperkte tijden wordt gegeven.

## Evalueer de behandelingsvoortgang

Behandelingen moeten niet onnodig lang doorlopen. Formeel zijn er evaluatiemomenten waarbij iedereen besproken zou moeten worden. In de praktijk blijkt vaak dat alleen probleemgevallen hier alleen besproken worden. Het zou goed zijn om iedere cliënt periodiek in een evaluatie te laten passeren. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat hier geen administratieve rompslomp bij moet komen kijken, dan gaat het meer energie kosten dan dat nodig is. Er dienen wekelijks lijsten gegenereerd te worden met cliënten die die week besproken dienen te worden. Dit zou automatisch gegenereerd kunnen worden uit de bestanden van de cliëntenstroomcoördinator.

## Verhoog de bezettingsgraad

Uit de data analyse is naar voren gekomen dat de bezettingsgraad wat betreft cliëntgebonden tijd van de ambulante afdelingen van Kinderen & Jeugdigen ongeveer [ ] procent bedraagt. Uit een eerder onderzoek van HHM dat ook de DBC GGZ gebruikt is gebleken dat een percentage tussen de 70 en 75 procent normaal is.

Dit kan drie dingen betekenen: Er wordt niet efficiënt genoeg gewerkt, er wordt niet het juiste aantal uren gedeclareerd of een combinatie van deze twee. Hoe dan ook zal dit een belangrijk punt van aandacht zijn, omdat dit de efficiëntie van de organisatie aangaat en het ook een belangrijke rol zal spelen in de toekomstige financiering.

Er zal dus gezocht moeten worden naar mogelijkheden om de bezettingsgraad te verhogen. Een mogelijkheid hiervoor is de invoering van de *agendaplanning*. Afspraken worden met het secretariaat gemaakt. Dit heeft als voordeel dat het makkelijker wordt wijzigingen in de agenda te maken, de behandelaar hoeft geen lange tijd meer te praten over wanneer de volgende afspraak mogelijk is en er komt een gemakkelijke vorm van controle op het vullen van de agenda. Naar methoden om dit het best aan te pakken kan nader onderzoek worden gedaan. Ook is op dit vlak simulatie mogelijk.

### No-show tegengaan

De No-show is meegenomen in de bezettingsgraad, dit wordt dus gerekend als tijd dat een medewerker aan het werk is. Ongeveer [ ] procent van de afspraken is een no-show afspraak: de cliënt komt niet opdagen. No-shows zullen altijd blijven. Wel kan er naar manieren worden gezocht, om dit percentage te verlagen. Te denken valt aan reminders, straffen of beloningen. Eerst is het misschien verstandig een inschatting te maken in hoeverre dit aantal überhaupt verlaagd kan worden.

### Richt de acute dienst anders in

Iedere werkdag is een SPVer en een psychiater beschikbaar om dienst te doen bij acute gevallen. Dit komt neer op ongeveer [ ] uur arbeid die beschikbaar wordt gesteld voor acute diensten. In een jaar tijd wordt ongeveer [ ] uur aan crisistijd gedeclareerd. Dit komt er op neer dat er [ ] uur aan overcapaciteit is. Dit wordt nog wel minder (misschien zelfs gehalveerd) doordat er gedurende deze dienst nog andere werkzaamheden worden gepland.

In de praktijk blijkt dan een acute aanvraag vaak 's morgens binnenkomt en dat er dan 's middags naar de locatie afgereisd kan worden. Het is dus niet zo dat een acute geval ook actie a la minute verwacht. In een dergelijk geval kan ook gekeken worden of een slimme planning niet tot een betere benutting van de tijd kan leiden. Onlangs is er bij het Erasmus MC een onderzoek geweest naar de planning van acute OK's. Hieruit kwam naar voren dat een reguliere OK veelal is vrij te plannen is tussen het moment dat bekend wordt dat een acuut geval komt en het moment dat het acute geval daadwerkelijke behandeld moet worden.

Bij Kinderen & Jeugdigen kan men denken aan behandelaars die een normale dag draaien, wanneer er een acuut geval binnenkomt plant het secretariaat de uren vrij die eigenlijk ingepland stonden voor de behandelaar. Op deze manier zullen acute diensten gedraaid worden zonder grote verliezen in medewerkersuren.

## 6 Implementatie

In hoofdstuk 5 hebben we beschreven op welke vlakken proces en besturingsverbeteringen mogelijk zijn. In dit hoofdstuk maken we duidelijk welke actiepunten de hoogste prioriteit hebben en wie hiervoor verantwoordelijk zouden moeten zijn.

Op het gebied van implementatie zijn vele theorieën geschreven. In het theoriehoofdstuk hebben we onder andere Daft (2000) en Rhoades (1972) aangedragen. Een van de voorwaarden voor veranderingsimplementatie waar vrijwel iedere theorie op terug komt is *draagkracht*. Verandering moet niet vanuit het niets opgelegd worden aan een medewerker. Medewerkers moeten actief worden betrokken bij zowel het bedenken, invoeren en uitvoeren van nieuw beleid. Alleen ondersteund beleid zal daadwerkelijk leiden tot de grootste verbeteringen.

Om deze draagkracht te garanderen adviseren wij om bij veranderingen met een grote impact op de werkwijze werkgroepen op te richten die uit zowel management, medewerkers en eventueel externen bestaan. Deze werkgroepen moeten bedenken hoe de actiepunten het best aangepakt kunnen worden (een tijdspad) en moeten bepalen welke maatregelen en nieuwe werkwijzen nodig zijn.

In Tabel 3 hebben we aangegeven waar een bij wie de prioriteiten zouden moeten liggen. De termijn *kort* geeft aan dat het zo snel mogelijk om aandacht vraagt, *middellang* kan nog wel een half jaar tot een jaar wachten en *lang* geeft aan dat dit niet binnen een jaar gerealiseerd hoeft te worden. De *duur* geeft aan hoe lang het naar verwachting zal duren om deze veranderingen in te kunnen voeren en de *veranderimpact* geeft aan of het veel of weinig invloed zal hebben op de huidige werkwijze van Kinderen & Jeugdigen.

Termijn	Actie	Verander-impact	Duur	Verantwoordelijke
<b>Kort</b>	Afstemming met Bureau Jeugdzorg	Groot	Jaar	Circuit management
	Vaste evaluatie uitvoeren	Klein	Weken	Cliëntenstroomcoörd.
	W3 'afschaffen'	Klein	Week	Behandelaar
	Instroom vastleggen	Medium	Maand	Afdelingshoofd
	Werkgroep intake starten	Groot	Half jaar	Afdelingshoofd
	Werkgroep agendaplanning starten	Groot	Half jaar	Afdelingshoofd
<b>Middellang</b>	Managementinformatie/controle structureren	Klein	Jaar	Alg.DGR/Circuit mngt
	Zorgprogramma's van logistieke info en protocollen voorzien	Klein	Jaar	Beleidspsychiater
<b>Lang</b>	Nieuwe opzet acute dienst (nader onderzoek/ werkgroep starten)	Groot	Maanden	

**Tabel 3 – Implementatieplanning**

We leggen de eerste prioriteit bij het op elkaar aansluiten van Jeugdzorg en K&J, een nieuwe intakevorm en het gaat uitbesteden van de agendaplanning. Dit zijn veranderingen met een grote impact, maar deze zullen naar verwachting ook een grote positieve invloed hebben op de resultaten. Zoals eerder al was aangegeven is het wel belangrijk dit samen met de medewerkers uit te denken en in te voeren, wil dit tot een succesvol einde worden gebracht. Daarnaast zijn er nog een aantal kleinere punten die zonder heel veel aanpassing tot betere resultaten moeten kunnen leiden.

Tijdens en na deze projecten zal evaluatie plaats moeten vinden. Het model van Deming 'Plan, Do, Check, Act' geeft heel simpel weer hoe werk en bestuur naar een hoger niveau worden getild. Evaluatie is hierbij vereist, maar toch wordt dit vaak vergeten in de praktijk en blijft het bij 'Plan, do, plan, do, plan, do' zonder gebruik te maken van opgedane kennis en te leren van fouten uit het verleden.

## 7 Conclusies en aanbevelingen

De voorgaande hoofdstukken hebben een overzicht gegeven van de huidige situatie, de gewenste situatie en manieren om te komen tot een kortere doorlooptijd en kortere wachtrijen. In de *Data Analyse* en in de stroomdiagrammen is het proces inzichtelijk gemaakt. Concluderend komen we op drie hoofdpunten die een efficiëntere doorstroom en werkwijze mogelijk moeten maken: afstemming met Jeugdzorg, dagdeel intakes en het uit handen geven van de agendaplanning. We adviseren het management om hiervoor werkgroepen te starten om samen met de medewerkers tot een vorm te komen waar dit het best werkzaam zal zijn.

Naast deze punten zijn er ook maatregelen mogelijk met minder impact op de huidige werkwijze, die de wach- en doorlooptijden moeten kunnen verkorten. Structurering van intakes en behandelingen is hier een van. Door in de zorgprogramma's scherper te omschrijven wat gewenste behandeltrajecten zijn, kan een meer gestructureerde behandeling plaatsvinden, waar ook aanpassingen en verbeteringen in mogelijk zijn. Structurering in intakes moet fluctuaties uit W1 wachttijden halen en zorgen voor een constante doorstroom naar de behandel-fase (eventueel aangepast naar de beschikbare capaciteit). Zorgprogramma's met haar zorgtrajecten moeten de ruggengraat voor behandeling vormen. Voor alle duidelijkheid: structurering hoeft geen specialisering te beteken.

Andere verbeterpunten zijn het terugdringen van de W3 door direct na de intake een afspraak voor de eerste behandeling te plannen en doormiddel van evaluatie voorkomen dat behandelingen te lang voortduren. Eventueel kan er nog gekeken worden naar mogelijkheden om no-show tegen te gaan en de beschikbare tijd van de acute diensten beter te benutten.

Tenslotte hebben we geconcludeerd dat het management weinig informatie beschikbaar heeft. Het vormen van een adequate informatievoorziening is van groot belang en vooral ook de kwaliteit van de informatie moet gewaarborgd zijn. Op dit moment is van de helft van de cliënten de aandoening niet zichtbaar in het informatie systeem en zijn veel behandelingen niet juist gedeclareerd. De gedeclareerde bezettingsgraad bedraagt op dit moment [REDACTED] dit komt deels door verkeerd declareren en deels door inefficiënte werkvormen. Hoe dan ook, het vraagt om veel aandacht omdat bij toekomstige financieringen rekening wordt gehouden met hogere gedeclareerde bezettingsgraden.

Naast de conclusies doen we ook een aantal aanbevelingen. Dit onderzoek heeft een begin gemaakt met het nader in kaart brengen van de organisatie en cliëntstromen van Kinderen & Jeugdigen. Op deze informatie kan geanticipeerd worden, maar het zal nog meer waarde krijgen wanneer dit op reguliere basis plaats zal vinden en er ontwikkelingen zijn waar te nemen zijn en effecten van eerder genomen maatregelen. Wanneer bij de ontwikkeling hiervan ook een deel van de werkzaamheden van de cliëntenstroomcoördinator worden meegenomen, dan kan dit voor deze misschien wel een vierde van de huidige benodigde werktijd schelen. Deze tijd zou goed ingezet kunnen worden in het monitoren van de cliëntenstroom die al verder in het systeem zitten.

Gedurende het onderzoek is veel informatie boven tafel gekomen, relevante onderwerpen voor dit onderzoek zijn verwerkt. Daarnaast zijn er punten genoemd die op andere vlakken misschien om aandacht kunnen vragen. Allereerst is de groep medewerkers een groep die veel kennis bezit, ze zijn betrokken bij wat er om hen heen gebeurt en vinden het heel belangrijk dat alles op een gedegen manier wordt gedaan. Zowel management als medewerkers kunnen hiervan profiteren wanneer er veel wordt gecommuniceerd en de lijnen naar elkaar heel open zijn. Vanuit de medewerkers constateren we een vraag naar een 'chef de clinique' zoals die er vroeger was: een soort van beleidspsychiater op lokaal niveau, waar men naartoe kan met behandelingstechnische vragen en implicaties hiervan op het beleid.

Diverse medewerkers geven nog aan dat ze moeite hebben met het begrijpen van het informatiesysteem. Hiermee kan zowel tijd verloren gaan, alsmede dat informatie niet op de juiste manier of plek in het systeem komt. Soms worden onderdelen in de informatieverwerking ook overgeslagen (bijv. huisartsenbrieven), omdat men vindt dat dit teveel tijd kost in relatie met wat er nog moet gebeuren.

Verantwoordelijkheden en functie-eisen voor een opdracht zijn niet altijd duidelijk. Wie mag/moet wat doen en wie wordt verantwoordelijk gehouden of iets gebeurd of niet. Soms kunnen taken ook verricht worden door medewerkers met een andere functie, wat meer flexibiliteit met zich meebrengt.

Medewerkers op Touwbaan hebben soms moeite dat alle coördinerende taken bij de Hellingen liggen. Ze vinden dat Touwbaan eigen omstandigheden heeft wat soms een andere manier van werken vraagt. Ze zouden graag zien dat er meer onderscheid tussen Touwbaan en Hellingen wordt gemaakt.

## Mogelijkheden voor nader onderzoek

We sluiten dit rapport af met een aantal mogelijkheden tot nader onderzoek. Onderzoek op deze gebieden kan leiden tot meer praktische informatie om Kinderen & Jeugdigen mee aan te sturen.

### **Uitgebreidere zorgvraag analyse**

In dit onderzoek was al een opgezet gemaakt om uit te rekenen wat de zorgvraag per type aandoening is. Doordat de onderzoeksgroep niet groot genoeg was, zijn hier geen conclusies uit gekomen. Op een later tijdstip kan dit alsnog uitgevoerd worden. Eventueel kunnen dan ook de overige afdelingen van K&J meegenomen worden, om zo tot een volledig beeld van de afdeling te komen.

### **Agendaplanning strategie**

Agendaplanning kan op meerdere manieren gebeuren. Er kunnen marges ingebouwd worden, cliënten kunnen gevraagd worden een aantal minuten voor aanvang aanwezig te zijn. Er kunnen methoden worden ontwikkeld worden om zo tactisch mogelijk te plannen. Er kan hierbij ook gekeken worden naar kansen op overwerk tijden en afspraakuitval. Dit kan theoretisch ook worden ondersteund met simulatie. Simulatie kan heel tastbaar inzichtelijk maken wat de gevolgen en kritieke punten van planningsstrategieën zijn. Ook de strategie voor het inplannen van intakegesprekken kan in deze onderzoeken meegenomen worden. Op deze manier kunnen protocollen worden ontwikkeld om cliëntstroom planning zo efficiënt mogelijk te laten verlopen.

### **Specialiseren vs. Focused Factory**

Bij de oplossingsrichtingen in hoofdstuk 5.3 hebben we aangegeven dat de keuze voor het specialiseren in zorgprogramma's misschien net zo veel nadelen als voordelen heeft. Doormiddel van een simulatie zou hier gekeken kunnen worden wat voor impact de factoren zouden moeten hebben om tot daadwerkelijke productieverbetering te komen. Dit moet men niet voorstellen als een simulatie die kan verklaren wat heel direct beter is, maar puur de impact die factoren zouden moeten hebben om tot een bepaalde procesverbetering te komen. Welke waarde die impact daadwerkelijk zal hebben, zal alleen op verwachtingen berusten.

### **Inrichting van de acute diensten**

Aan het eind van hoofdstuk 5.3 hebben we aangegeven dat de acute diensten wellicht anders ingericht kunnen worden. Dit kan zorgen voor een betere benutting van de beschikbare uren. In het Erasmus MC zijn hier meerdere studies naar geweest waar uit blijkt dat op dit vlak veel winst van te behalen. Nader onderzoek op dit vlak zou voor DGR kunnen betekenen dat er naar methoden wordt gezocht om 'online planning' (Van Houdenhoven et al. 2006) mogelijk te maken. Doormiddel van wiskundige analyses en testen kan gekeken worden welke productiewinsten dit de organisatie kan opleveren.

## Bronvermelding

### Literatuur

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*
- Daft, L. (2001). *Organization Theory and Design*. South-Western College Publishing. Boston
- Heerkens, J.M.G., *De algemene bedrijfskundige probleemaanpak*, Universiteit Twente
- Hopp, W.J. en Spearman, M.L. (1995) *Factory Physics*, Irwin/McGraw-Hill, New York
- Kerkhoff, A.H.M., *Bouw en werking van de Nederlandse gezondheidszorg*
- Markowitz, H.M. (1991) *Portfolio selection*, 2nd ed., Blackwell Publishers Ltd.
- Van Houdenhoven, M. van; Wullink, G.; Hans, E.W. en Kazemier, G. (2006) *working paper: A framework for Hospital Planning and Control*, Erasmus MC, Universiteit Twente afdeling BBT-OMPL
- Vissers, J. en Beech, R. (2005) *Health Operations Management*. Routledge Health Management series. London

### Websites

- [1] [www.degroterivieren.nl](http://www.degroterivieren.nl)
- [2] [www.dbcggz.nl](http://www.dbcggz.nl)
- [3] [www.ggzbeleid.nl](http://www.ggzbeleid.nl)
- [4] [www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)

### Documenten uit de organisatie:

Protocol psychodiagnostisch onderzoek/wachttijstbeheer, december 2001  
Behandelvisie circuit Kinderen en Jeugdigen, oktober 2003  
Handleidingen Synaps (EPD) (digitaal, bekeken augustus 2006)  
Handboek communicatie 2006, De Grote Rivieren  
Zorgprogrammaboek K&J, oktober 2003  
Functieomschrijvingen management K&J, juli 2006  
Breaking news, juni 2005 en juli 2006, Circuit Volwassenen, Gorinchem  
Jaarverslag 2005, De Grote Rivieren  
Productiecijfers 2005, Kinderen & Jeugdigen ambulante  
Personele bezetting 2005, Kinderen & Jeugdigen ambulante  
Bedrijfsplan K&J, versie februari 2006

Data uit informatiesystemen De Grote Rivieren

### Documenten buiten de organisatie:

Kostprijsmodel DBC GGZ, Versie 10, 2005, pagina 44-46  
([www.ggzbeleid.nl/pdfdbc/dbc\\_kostprijsmodel.pdf](http://www.ggzbeleid.nl/pdfdbc/dbc_kostprijsmodel.pdf))  
Codelijst DBC GGZ 2005, april 2005  
([www.dbcggz.nl](http://www.dbcggz.nl))

### Interviews en gesprekken met:

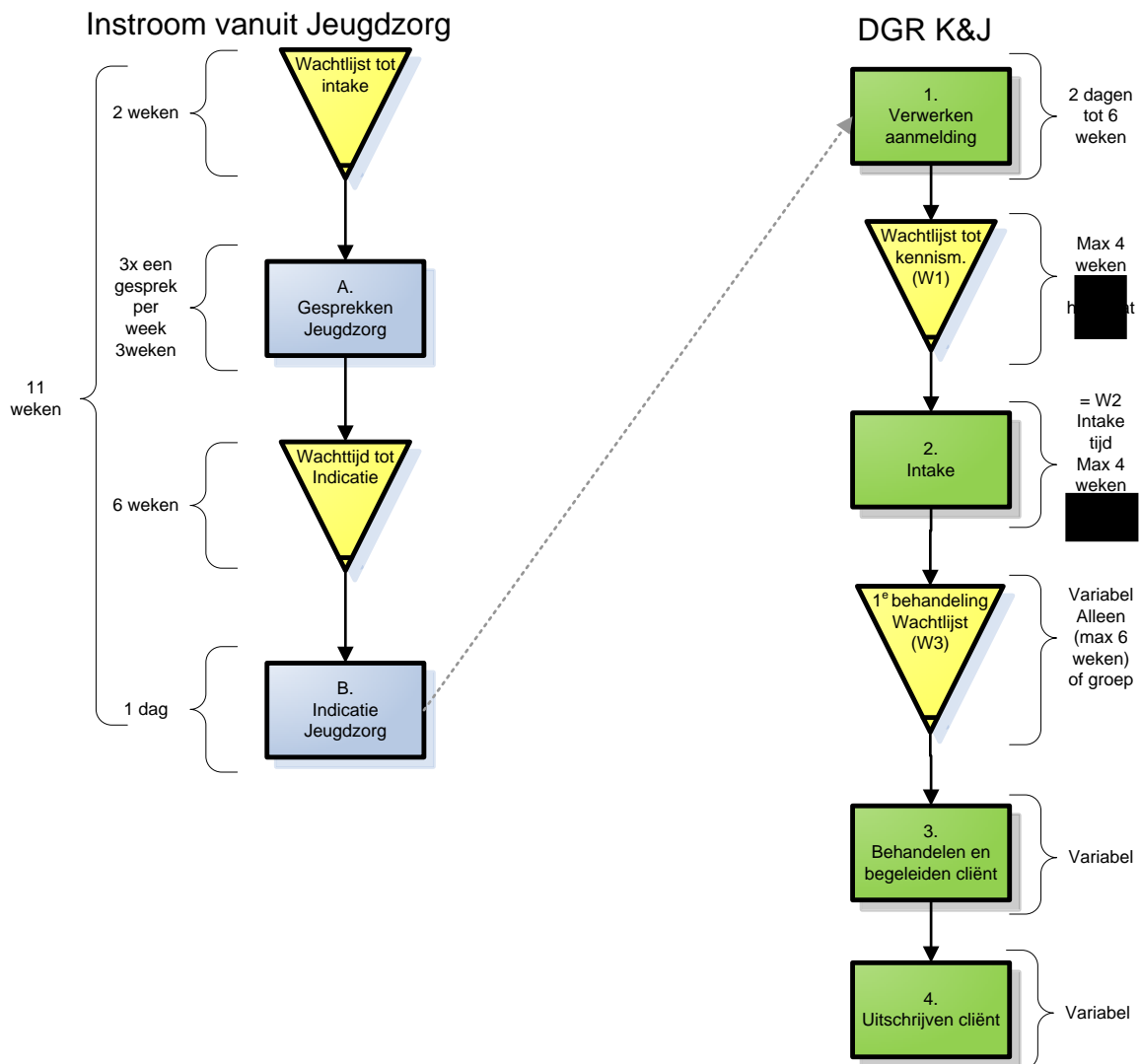
Circuitmanager Kinderen & Jeugdigen  
Afdelingshoofd Kinderen & Jeugdigen Ambulante  
Cliëntenstroomcoördinator Kinderen & Jeugdigen  
3 psychiaters (Touwbaan en Hellingen)  
3 (GZ)psychologen (Touwbaan en Hellingen)  
1 SPV-er (Hellingen)  
3 secretaresses (Hellingen, Touwbaan, Volwassenen Gorinchem)  
2 medewerkers Planning & Controle  
1 medewerker De Kreek

## Appendices

### I. Afkortingen

- A&P = Afspraak en Planning (Informatiesysteem Synaps)
- BOPZ = Bijzondere opneming psychiatrische ziekenhuizen
- DBC = Diagnose Behandeling Combinatie
- DGR = De Grote Rivieren
- DSM IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition
- EPD = Elektronisch Patiënten Dossier (Informatiesysteem Synaps)
- GGZ = Geestelijke GezondheidsZorg
- GAF = Global Assessment of Functioning
- HKZ = stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
- JZ = Bureau Jeugdzorg
- K&J = Kinderen en Jeugdigen
- PA = Patiëntadministratie (Informatiesysteem Synaps)

### II. Primair proces



### Behandelproces K&J

