

## Opmerkelijk

### Versnellingsproject leidt tot opvallende verkorting van wacht- en doorlooptijden in de jeugd-ggz

‘Veel jeugdigen die speciale zorg nodig hebben krijgen deze niet op tijd in de juiste vorm. Zonder passende en tijdige zorg is het risico groot dat de problemen escaleren’, zo concludeerde de Algemene Rekenkamer najaar 2007. Het onlangs afgesloten project ‘Versnelling in de jeugd-ggz’ speelde hierop in. In dit project experimenteerden veertien teams uit negen instellingen voor poliklinische jeugdpsychiatrie van maart 2008 tot februari 2009 met het slimmer organiseren van hun zorg. Tijdens de slotconferentie presenteerden de teams hun resultaten (Diephuis, Dronkers, Janssen, Tijink & Van der Zijden, 2009). Meest in het oog springend resultaat: een reductie van wacht- en doorlooptijden van 50-90%. Om dit voor elkaar te krijgen, brachten de teams op geleide van de Doorbraak-methode (Diephuis, 2004) eigen verbeterideeën in de praktijk en gingen zij op zoek naar nieuwe werkwijzen. Doorbraak is gebaseerd op het programma Breakthrough van het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (Kilo, 1998). In ons land is de methode recentelijk toegepast door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (Schouten, Minkman, De Moel & Van Everdingen, 2007). Het Trimbos-instituut paste de methode binnen de ggz toe bij de implementatie van behandelrichtlijnen (Van Wetten, Van der Gaag & Slooff, 2007), en in de jeugdzorg werden er de doorlooptijden voor indicatiestelling in de BJZ’s sterk mee teruggebracht (Diephuis, Van Deur, Oortgiesen & Stienstra, 2006).

De Doorbraak-methode is ontwikkeld om beschikbare kennis en goede voorbeelden, die zich in de praktijk slecht verspreiden en weinig worden toegepast (Institute of Medicine, 2001), versneld in te voeren in de praktijk. Het is een gestructureerde manier van werken die bestaat uit een combinatie van interventies, zoals het verzamelen en toegankelijk maken van relevante kennis, instructie en ondersteuning aan professionals, planmatige experimenten op kleine schaal, meten en bijsturen, en uitwisseling tussen deelnemende teams (zie ook Van Deur & Van Odenhoven, 2008).

Vijf uitgangspunten staan centraal.

- 1 Slecht de kloof tussen kennis en praktijk, door professionals systematisch te ondersteunen bij het toepassen van beschikbare kennis in de praktijk.
- 2 Pak urgente zaken aan. Kies dat thema waarop voor cliënten drastische verbeteringen mogelijk, wenselijk en noodzakelijk zijn.

- 3 Formuleer baanbrekende doelstellingen, zoals het terugbrengen van de duur van de intakefase van drie maanden naar vijf dagen. Deelnemers worden dan gedwongen buiten de normale kaders naar oplossingen te zoeken.
- 4 Geef professionals ruimte én verantwoordelijkheid. Managers en bestuurders stellen algemene kaders. Zij stimuleren en faciliteren professionals om verbeteringen door te voeren.
- 5 Grootse doelen, kleine stapjes. Grootse doelen worden niet bereikt door langdurig vergaderen of lijvige projectplannen, maar door kleine verbeteracties (begin morgen bij één of twee cliënten). Professionals voeren dagelijks een 'plan, do, study, act'-cyclus uit. Deze wordt herhaald tot duidelijk is dat een verbeteridee ook daadwerkelijk tot verbetering voor de cliënt leidt. Vervolgens wordt het op grotere schaal toegepast.

De projectteams in de jeugd-ggz bestonden uit psychiaters, gedragswetenschappers, SPV'ers, diverse andere behandelaars en vooral ook secretariaatsmedewerkers. Binnen een jaar verkortten alle teams de aanmeld- en onderzoeksfase met 50-95,5%. Verschillende teams werkten hun behandelwachtlijsten geheel weg, en meer dan de helft realiseerde een wachttijdreductie van 50-100%. (De resultaten van de pogingen om ook de behandelduur terug te dringen zijn nog niet beschikbaar.) De teams boekten deze successen door op diverse fronten tegelijk verbeteracties uit te voeren.

De belangrijkste verbeteringen hadden betrekking op het volgende.

- Duidelijke afspraken maken met ketenpartners (m.n. Bureau Jeugdzorg en huisartsen) over in- en uitstroom van cliënten.
- Vereenvoudigen van werkprocessen. Teams analyseerden hun processen en vroegen zich daarbij af wat de toegevoegde waarde was van iedere stap. Tegelijkertijd bedachten zij manieren om de stappen in het proces economischer te organiseren.
- Terugdringen van administratieve lasten. Teams namen hun formulierenset onder de loep en wisten hun 'papierstraat' in te dikken en vereenvoudigen. Bijvoorbeeld door een betere koppeling tussen of samenvoeging van aanmeld-, intake- en behandelplanformulier, inclusief automatische koppeling aan de huisartsenbrief.
- Teams naar de optimale caseload binnen hun werkwijze laten zoeken. Een meer optimale, vaak lagere caseload leidde ertoe dat evenveel (en soms zelfs meer) cliënten in kortere tijd geholpen konden worden. De vraag van de cliënt en de professionele opvatting van de medewerker was dan weer bepalend voor het tijdstip van de volgende afspraak, en daarmee voor de duur van een onderzoeks- of behandelproces. De

doorlooptijd werd zo niet langer bepaald door de overvolle agenda van deze professionals.

- Doelgericht en planmatig werken tijdens diagnostisch onderzoek en behandeling. Dit leverde kortere maar even effectieve trajecten op. Diverse teams voerden min of meer gestandaardiseerde onderzoeks- en behandeltrajecten in. Zo comprimeerde één team intake, diagnostisch onderzoek en adviesgesprek in een enkele werkweek, waarop de behandeling direct aansloot. Andere teams ontwikkelden een ADHD-poli waar binnen een dag(deel) een diagnose werd gesteld en adviesgesprekken plaatsvonden.

De deelnemende teams rapporteren ook allerlei positieve neveneffecten.

- Tot de start van het project was nadenken over en beïnvloeden van wacht- en doorlooptijden vooral een thema voor het instellingsmanagement. Bij de deelnemende teams groeide het logistieke en economische bewustzijn. Tegelijkertijd kregen ze ruimte, kennis en hulpmiddelen om de noodzakelijk geachte verbeteringen zelf door te voeren. Zij ontdekten dat sneller werken niet hoeft te leiden tot verhoging van werkdruk of kwaliteitsverlies.
- Teams bevroegen hun cliënten zelf over projectresultaten. Veel cliënten gaven daarbij aan verrast te zijn over de snelle doorlooptijd. Mede door de negatieve publiciteit over de jeugdzorg hadden zij dat niet verwacht. Diverse teams rapporteerden een daling van het aantal cliënten dat niet kwam opdagen voor behandelafspraken.
- De projectactiviteiten leverden praktische verbeteringen op die het werk prettiger maken, zoals soepeler werkprocessen, effectievere dossiervorming en minder vergadertijd.

Hoe opvallend deze resultaten echter ook zijn, het is allerminst zeker dat zij hun weg zullen vinden naar collega-instellingen in de jeugd-ggz en bij andere partners in de jeugdzorgketen en daar worden geborgd. Evenmin zijn aversieve naijleffecten uitgesloten. Gebrek aan borging ligt bij elk vernieuwingsproject op de loer, want een voor de hand liggend vervolgsценario is dat de resultaten en de gedrevenheid van de teams na het afsluiten van het project nog even op peil blijven en daarna langzaam uitdoven. Afgezien misschien van enkele eilandjes waar stabiele teams erin slagen overeind te houden wat ze hebben bereikt. Een tweede risico is dat de behaalde resultaten zich tegen de zorgpraktijk keren doordat overheid en financiers - en vervolgens instellingsmanagers - hogere eisen gaan stellen aan doorlooptijden, maar dan zonder professionals te faciliteren met de benodigde kennis en

experimenteerruimte. In dat scenario neemt de werkdruk toe, waarschijnlijk ten koste van de kwaliteit.

Instellingen die deelnamen aan het project 'Versnelling in de jeugd-ggz' zouden daarom een intern een borgings- en verspreidingstraject moeten starten. Deelnemende teams worden dan gefaciliteerd om de opgedane kennis en ervaring over te dragen aan hun collega's. Daarnaast moeten instellingen die nog niet deelnamen hun verantwoordelijkheid nemen en gezamenlijk een tweede versnellingsproject ontwikkelen. Van het Ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg vraagt dit tot slot een stimulerende en faciliterende, niet-vrijblijvende opstelling. Drastisch verkorten van de wacht- en doorlooptijden vraagt om een stevige cultuuromslag binnen veel zorgorganisaties. Dat kost tijd en geld, maar het nu afgesloten project laat ook zien dat binnen opvallend korte tijd aansprekende resultaten behaald kunnen worden.

*Drs. Quirien van der Zijden*

Partners in Jeugdbeleid, Doespolderkade 2, 2355 AB Hoogmade. E-mail: [quirien@partnersinjeugdbeleid.nl](mailto:quirien@partnersinjeugdbeleid.nl).

*Dr. Huub Pijnenburg*

HAN/RU/Praktikon. Bisschop Hamerhuis, Verlengde Groenestraat 75, 6522 JE Nijmegen. E-mail: [h.pijnenburg@han.nl](mailto:h.pijnenburg@han.nl).

## **Literatuur**

Algemene Rekenkamer (2007). *Kopzorgen*. Den Haag: Sdu.

Diephuis, K. (2004). *Doorbreken met kwaliteit*. Utrecht: MOgroep en GGZ Nederland.

Diephuis, K., Dronkers, F., Janssen, I., Tijink, H., Van der Zijden, Q. (2009). *Handboek Versnelling in de Jeugd-GGZ*. Hoogmade/Utrecht: Partners in Jeugdbeleid en Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Diephuis, K., Van Deur, H., Oortgiesen, R., & Stienstra, P. (2006). Resultaten van een doorbraakproject in de jeugdzorg. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 5, 233-239.

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy of sciences.

Kilo, C. (1998). A framework for collaborative improvement: Lessons from the institute for

healthcare improvement's breakthrough series. *Quality Management in Health Care*, 6, 1-13.

Schouten, L., Minkman, M., De Moel, J., Van Everdingen, J. (red.) (2007). *Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Van Deur, H., & Van Odenhoven, R. (2008). Handboek Doorbraak in de jeugdzorg. Beter presteren door blijven verbeteren. Internet: [www.nji.nl/ecache/def/1/10/568.html](http://www.nji.nl/ecache/def/1/10/568.html) of [www.nji.nl/doorbraak](http://www.nji.nl/doorbraak).

Van Wetten, H., Van der Gaag, M., Slooff, C. (2007). *Eindrapport doorbraakproject schizofrenie 1*. Utrecht: Trimbos-instituut.